19, 20 Y 21 DE OCTUBRE 2022

XXXVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ZARAGOZA

PALACIO DE CONGRESOS DE LA EXPO

Los desafíos de hoy, la Calidad de mañana.

SECA Sociedad Española de Calidad Asistencial

FECA Fundación Española de Calidad Asistencial

SACA Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

azul congresos

Secretaría Técnica: Azul Congresos S.L.
Uría 76, 1º - Oficina 1º - 33003 – Oviedo
Tel: 984 051 604 – 984 051 671

© SECA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN

978-84-09-48142-2

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

PRESENTACIÓN

Tras dos años sin Congresos presenciales, se ha celebrado, a orillas del Ebro, el XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial, organizado conjuntamente con la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial (SACA). Durante los días 19, 20 y 21 de octubre nos reunimos en el Palacio de Congresos de la ciudad de Zaragoza bajo el lema "Los desafíos de hoy, la calidad de mañana".

Es la tercera vez que este congreso recala en Zaragoza, donde se celebraron las ediciones de 2008 y 1992.

El lema "Los desafíos de hoy, la calidad de mañana" recoge el contexto de los tiempos de incertidumbre que venimos padeciendo desde 2020, que ha originado nuevas oportunidades de mejora que se suman a los habituales problemas asistenciales, y también las dificultades para implementar nuevas técnicas, métodos y experiencias, que funcionan en otros entornos, en el ámbito de nuestros servicios de salud. La "calidad de mañana" quiere transmitir la esperanza y el optimismo inherentes a los que trabajamos la calidad asistencial. Por ello nuestro programa quedó estructurado con las siguientes áreas temáticas:

AREAS TEMÁTICAS

1. INTELIGENCIA ARTIFICIAL BIG DATA

INTELIGENCIA ARTIFICIAL ¿OPORTUNIDAD O AMENAZA?

EXPERIENCIAS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

DESARROLLO DEL BIG DATA EN EL ENTORNO ESPAÑOL Y EUROPEO

2. NUEVAS RELACIONES CON LOS PACIENTES Y CIUDADANOS. EL CAMBIO DE VALORES EN LAS INSTITUCIONES

COMPETENCIAS CLAVE PARA LA FORMACIÓN DEL PACIENTE ACTIVO EN LA GESTIÓN DE SU SALUD

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE, EJE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

DESAFIOS DE PARTICIPACION CIUDADANA PARA EL SISTEMA SANITARIO

3. CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES

EFICIENCIA, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN TIEMPOS DIFÍCILES

VIGENCIA DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

INFODEMIA. LA COMUNICACIÓN EN TIEMPOS DIFÍCILES

4. CAMBIOS EN EL ROL DE ENFERMERO

EXCELENCIA EN CUIDADOS

PROFESIONALIZACIÓN, PRESENTE Y FUTURO DE LA PROFESIÓN ENFERMERA

5. MEDICINA BASADA EN EL VALOR

NO HACER. SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETRATAMIENTO

HACE FALTA VALOR

6.CRONICIDAD

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

PRÁCTICAS SEGURAS EN EL PACIENTE CRÓNICO

LA SOLEDAD EN EL PACIENTE CRÓNICO

COMITÉ DIRECTOR

Inmaculada Mediavilla Herrera
Presidenta Sociedad Española de Calidad Asistencial

Fernando Vázquez Valdés
Secretario Sociedad Española de Calidad Asistencial

Vicente Herranz González
Tesorero Sociedad Española de Calidad Asistencial

Pastora Pérez Pérez
Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial
Responsable Comunicación

Isabel Gutiérrez Cía
Presidenta Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

José María Turón Alcaine
Vicepresidente Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Luis Alfonso Hijós Larraz
Tesorero Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Víctor Manuel Solano Bernad
Vocal Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Isabel Gutiérrez Cía
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

VOCALES

Ana Matarredona Pareja
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

José Manuel Granada López
Unidad Salud Mental Aragón

Julián Mozota Duarte
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Concepción Revilla López
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Víctor Manuel Solano Bernad
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

María Luisa Trillo Martínez
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

María Teresa Villar Arnal
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Blanca Obón Azuara
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

María Luisa Lozano del Hoyo
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA-AKEB

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

José María Turón Alcaine
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

VOCALES

Reyes Abad Sazatornil
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Hortensia Aguado Blazquez
Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA

Julián Alcaraz Martínez
Presidente Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Elena Altarribas Bolsa
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

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

Pilar Astier Peña
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Ignacio Barrasa Villar
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Elena Bartolomé Benito
Sociedad Española de Calidad Asistencial

Mª José Bueno Domínguez
Sociedad Española de Calidad Asistencial

Berta Candía Bouso
Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, SOGALCA

Aurora Calvo Pardo
Unidad Calidad Huesca. Servicio Aragonés de Salud

José Codes Gómez
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Javier Gallego Dieguez
Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios. Departamento Sanidad Aragón

Juan Carlos García Aísa
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Rafael Gómez Navarro
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Alicia Hernández Santana
Presidenta Asociación Canaria de Calidad Asistencial, ACCA

Luis Hijós Larraz
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Mª Teresa Lanzán Sancho
Centro de rehabilitación psicosocial Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza

Mª Eugenia Llaneza Velasco
Presidenta Asociación Calidad Asistencial del Principado de Asturias, pasQal

Hana Maher Berlin
Atenzia

Pilar Marcos Calvo
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Rosario Ortas Nadal
Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

Carmen Pérez Habas
Presidenta Sociedad Calidad Asistencial de Castilla La Mancha, SCLM

José Manuel Real Campaña
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Concepción Rubio Soriano
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Pedro Ruiz López
Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Manel Santiñá Vila
Sociedad Española de Calidad Asistencial

Fernando Simarro Mir
Presidente Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial, SOVCA

Rosa Mª Valverde Cítores
Presidenta de las Sociedad Vasca de Calidad Asistencial, AVCA-AKEB

PROGRAMA Y TALLERES

PROGRAMA CIENTÍFICO

- AREA TEMÁTICA 1. CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES
- AREA TEMÁTICA 2. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIG DATA
- ÁREA TEMÁTICA 3. MEDICINA BASADA EN EL VALOR
- ÁREA TEMÁTICA 4. CAMBIOS EN EL ROL ENFERMERO
- AREA TEMÁTICA 5. CRONICIDAD
- AREA TEMÁTICA 6. NUEVAS RELACIONES CON LOS PACIENTES Y CIUDADANOS EL CAMBIO DE VALORES EN LAS INSTITUCIONES

MIÉRCOLES 19/10/2022

10:00 - 14:00 h. TALLERES

14:00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

14:30 - 15:30 h. SESIONES TÉCNICAS

NORMA DE ACREDITACIÓN DE LAS FLS: EL CAMINO DE LA MEJORA CONTINUA

Sesión técnica patrocinada por AMGEN

Refrigerio ofrecido por el patrocinador durante la sesión

Moderador: Manel Santiñá Vila
Past President de SECA y coordinador del Proyecto

Ponente: Manel Santiñá Vila
Past President de SECA y coordinador del Proyecto

Ponente: José Manuel Cancio Trujillo
Jefe Clínico Servicio de Geriatría y Curas Paliativas. Badalona Serveis Assistencials. Profesor Asociado Universitario de la Escuela Superior de la Salud de Tecnocampus. Universidad Pompeu Fabra. Mentorship del programa para CTF de la IOF. Co-coordinador del programa FLS-Excellence y REFRA de la SEIOMM

Ponente: Rafael Izquierdo Aviño
Adjunto del Servicio de Traumatologia del H. Provincial Nuestra Señora de Gracia. Coordinador FLS Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE TRAS UN EVENTO DE EMPEORAMIENTO DE LA IC: IMPACTO, INDICADORES Y METAS A CONSEGUIR

Sesión técnica patrocinada por BAYER HISPANIA

Refrigerio ofrecido por el patrocinador durante la sesión

Moderador: Inmaculada Mediavilla Herrera
Coordinadora de calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria SERMAS

Ponente: Santiago Díaz Sánchez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Pintores, Parla, Madrid

Ponente: Juan Delgado Jiménez
Director Insuficiencia Cardíaca y Transplante en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Ponente: Maite Sansaturnino
Presidenta Cardioalianza

15:30 - 16:30 h. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES/VIDEOS

16:30 - 17:30 h. MESAS TEMÁTICAS

MESA TEMÁTICA 1

AREA TEMÁTICA 1
CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES

INFODEMIA. LA COMUNICACIÓN EN TIEMPOS DIFÍCILES

Beatriz Gallardo
Catedrática de Lingüística. Universidad de Valencia

Mónica Lalanda (Streaming)
Médico y comunicadora

Melania Bentué Ceresuela
Delegada en Aragón de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud

Moderadora: Ana Segura Anaya
Periodista, Jefa de contenidos de Aragón Radio

MESA TEMÁTICA 2

ÁREA TEMÁTICA 4
CAMBIOS EN EL ROL ENFERMERO

PROFESIONALIZACIÓN, PRESENTE Y FUTURO DE LA GESTIÓN ENFERMERA

Marco Nacional de la Gestión y Calidad Enfermera
Carmen Noya
Directora de Enfermería del Sector Zaragoza I

Desarrollo Profesional de Enfermería
Inmaculada García García
Decana de la facultad de Enfermería de la Universidad de Granada
Presidenta de la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería

Experiencia y futuro de la Gestión Enfermera
Carmen Ferrer Arnedo
PhD. Gestora y Jefe de Servicio de Atención al Paciente del Hospital Central de la Cruz Roja Madrid

Moderadora: Concepción Rubio Soriano
Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca

MESA TEMÁTICA 3

AREA TEMÁTICA 5
CRONICIDAD

PRÁCTICAS SEGURAS EN EL PACIENTE CRÓNICO

Cronicidad, seguridad clínica y decisiones compartidas
Valle Coronado Vázquez
Médico de Familia Centro de Salud de Las Cortes (Madrid)
Universidad Francisco de Vitoria

Cronicidad, seguridad clínica y fragilidad
José Augusto García Navarro
Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
Director General del Consorcio de Salud y Social de Cataluña

Seguridad clínica, cuidados y cronicidad
Miriam Saenz de Guinoa
Supervisora de área de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Moderador: Rafael Gómez Navarro
Médico de Familia Centro de Salud Teruel Centro
Servicio Aragonés de Salud

MESA TEMÁTICA 4

AREA TEMÁTICA 6. NUEVAS RELACIONES CON LOS PACIENTES Y CIUDADANOS
EL CAMBIO DE VALORES EN LAS INSTITUCIONES

DESAFÍOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA EL SISTEMA SANITARIO

- **La participación del paciente en el hospital**
  Nuria Mira Carballo
  Jefa de Área del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). CO-Presidenta de la Comisión Técnica Consultiva de Humanización del HGUGM
- **La participación comunitaria en la atención primaria**
  Jara Cubillo
  Ministerio de Sanidad, estrategia de atención primaria y comunitaria
- **La implicación de los pacientes en la investigación sanitaria**
  Begonya Nafria Escalera
  Jefe del Grupo de Investigación Patients Engagement in Research, Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)
- **La visión desde los pacientes de la participación en el sistema sanitario**
  Manuel Arellano
  Vicepresidente 2º de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

Moderadora: **María José Vicente Edo**
Técnica de área de decisiones basadas en la evidencia

17:30 - 18:30 h. CONFERENCIA PLENARIA

AREA TEMÁTICA 1
CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES

- **"EFICIENCIA, CALIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN TIEMPOS DIFÍCILES".** Diálogo
  Beatriz González López-Valcárcel
  Catedrática Economía Universidad de Las Palmas
  Salvador Peiró Moreno
  Director del área de Investigación en servicios de salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

18:30 - 19:30 h. CONFERENCIA INAUGURAL

- **¿NOS PODEMOS ORGANIZAR DE OTRO MODO ?**
  Nacho Vallejo Maroto
  Internista. Subdirector Médico en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

19:30 - 20:15 h. ACTO INAUGURAL

20:15 h. ASAMBLEA SECA

JUEVES 20/10/2022

08:30 - 10:00 h. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES/VIDEOS

10:00 - 11:00 h. MESAS TEMÁTICAS

MESA TEMÁTICA 5

AREA TEMÁTICA 2
INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIG DATA

DESARROLLO DEL BIG DATA EN EL ENTORNO ESPAÑOL Y EUROPEO

El espacio Europeo de Datos Sanitarios
Sandra García Armesto
Directora Gerente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

IMPaCT Infraestructura de medicina de precisión aplicada a la ciencia y a la tecnología
Alfonso Valencia
Director del departamento de Ciencias de la Vida en el Centro Nacional de Supercomputación de Barcelona y del Instituto Nacional de Bioinformática (INB-ISCIII)

Proyecto BIGAN-THEDAS. Un Proyecto europeo
Carlos Tellería-Orriols
Responsable de la Plataforma Bigan para el uso secundario de datos de salud

Moderador: Francisco Estupiñán Romero
Investigador en ciencia de datos para la investigación en servicios y políticas sanitarias del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

MESA TEMÁTICA 6

AREA TEMÁTICA 6. NUEVAS RELACIONES CON LOS PACIENTES Y CIUDADANOS
EL CAMBIO DE VALORES EN LAS INSTITUCIONES

COMPETENCIAS CLAVE PARA LA FORMACIÓN DEL PACIENTE ACTIVO EN LA GESTIÓN DE SU SALUD

La alfabetización para la salud como determinante de la salud y su influencia en los resultados en salud de los servicios sanitarios
Dolors Juvinya
Cátedra de Promoción de la Salud. Universidad de Girona, coordinación de la Red Catalana de Hospitales Promotores de Salud

La integración de la alfabetización para la salud en los servicios sanitarios
Manel Santiñà Vila
Presidente saliente de SECA y miembro de la Junta Directiva de la Red Catalana de hospitales y centros promotores de salud

El enfoque "Ophelia": la alfabetización para la salud con los pacientes crónicos
Saray Aparicio
Coordinadora de la Escuela de Salud de Aragón

Moderador: Javier Gallego Diéguez
Jefe de Servicio de Educación, Participación y Derechos de los Usuarios Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón

MESA TEMÁTICA7

ÁREA TEMÁTICA 3
MEDICINA BASADA EN EL VALOR

NO HACER. SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETRATAMIENTO

La responsabilidad legal y otras barreras para dejar de implementar las prácticas de bajo valor
Josep Benet
Medical Manager SHAM España

Sobretratamiento y oncología.
Rodrigo Lastra
Oncólogo

¡No hagáis ecografías!
Fernando Fabiani
Médico de Familia. Centro de Salud Montequinto
Dos hermanas. Sevilla

Moderador: Blanca Obón
Especialista en Medicina Intensiva y en Medicina Preventiva
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

MESA TEMÁTICA 8

AREA TEMÁTICA 5
CRONICIDAD

LA SOLEDAD EN EL PACIENTE CRÓNICO

Intervenciones en aislamiento social y soledad
Joan Gené Badia
CAPSE-ICS. Editor de la revista Atención Primaria

Experiencia en soledad no deseada
Arantxa Picón Santamaría
Directora de enfermería del Hospital Santa Marina

Soledad y Atención Comunitaria:
Experiencias desde la Atención Primaria de Aragón
Carmen Belén Benedé Azagra
Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canal Imperial-San José Sur. Coordinadora de la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria del Gobierno de Aragón

Moderador: José Codes Gómez
Médico de familia EAP Calatayud Urbano

11:00 - 11:30 h. PAUSA CAFÉ

11:30 - 12:30 h. CONFERENCIA PLENARIA

AREA TEMÁTICA 2
INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIG DATA

INTELIGENCIA ARTIFICIAL ¿OPORTUNIDAD O AMENA ZA?

Analizando Oportunidades
Germán Seara
Jubilado. Unidad de apoyo a la investigación del Hospital Clínico San Carlos

Reflexionando sobre las Amenazas
Montse Esquerda
Médica Pediatra. Directora General en Institut Borja Bioètica, Universitat Ramon Llul

Moderador: María Pilar Astier
Asesora Técnica de Calidad y Seguridad
Unidad de Calidad Territorial. Geréncia territorial Camp de Tarragona

11:00 - 11:30 h. PAUSA CAFÉ

11:30 - 12:30 h. CONFERENCIA PLENARIA

AREA TEMÁTICA 2
INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIG DATA

INTELIGENCIA ARTIFICIAL ¿OPORTUNIDAD O AMENAZA?

Analizando Oportunidades
Germán Seara
Jubilado. Unidad de apoyo a la investigación del Hospital Clínico San Carlos

Reflexionando sobre las Amenazas
Montse Esquerda
Médica Pediatra. Directora General en Institut Borja Bioètica, Universitat Ramon Llul

Moderador: **María Pilar Astier**
Asesora Técnica de Calidad y Seguridad
Unidad de Calidad Territorial. Geréncia territorial Camp de Tarragona

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS MCSS

Sesión técnica organizada por MCSS

Moderador: **Rafael Manzanera**
MC Mutual

La Cultura de seguridad del paciente en las MCSS
Ponente: **Miguel Ulibarrena**
Mutualia

La Gestión del Riesgo en las MCSS: Diseño de la estrategia y funcionamiento
Ponente: **Eva Mazano**
Fraternidad

La Gestión del Riesgo en las MCSS: Resultados medibles y estrategias de comunicación
Ponente: **Xavier Farrús**
MC Mutual

Sistemas de Notificación Eventos Adversos en las MCSS: Diseño y funcionamiento
Ponente: **María Dulce Puget**
Asepeyo

Sistemas de Notificación Eventos Adversos en las MCSS: Resultados y comunicación
Ponente: **Federico Bárez**
Fremap

Estrategias de Formación en Seguridad del paciente en las MCSS
Ponente: **Clara Guillén**
Ibermutua

Situación de las politicas de Primeras y Segundas Víctimas en España
Ponente: **José Mira**
UMH

POR UNA SALUD NO DETERMINADA: LOS DETERMINANTES SOCIALES EN EL MODELO DE GBV

Sesión técnica patrocinada por MSD

Ponente: **Jordi Cohen Colldeforns**
IESE: Senior Associate del CRHIM- IESE Business School
Ponente: **Bernardo Valdivieso Martínez**
Director del Área de Planificación del Hospital La Fe Valencia

LA CALIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES COMO MOTOR DE ORGANIZACIONES BASADAS EN VALOR

Sesión técnica patrocinada por NOVARTIS

Moderador: **Inmaculada Mediavilla Herrera**
Presidenta SECA - FECA

Ponente: **Charo Azcutia**
Directora de continuidad asistencial del Hospital12 de Octubre
Ponente: **María Bestué**
Directora Médica del Miguel Servet
Ponente: **Miguel Ángel Máñez**
Gestión Económica Hospital Universitario Príncipe de Asturias Alcalá de Henares
Ponente: **Jose Manuel Aldamiz**
Representante de la agrupación territorial de SEDISA
Ponente: **Manuel Arellano**
Vicepresidente 2º de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

SEGUNDAS VÍCTIMAS. PROYECTOS DE COLEGIOS DE MÉDICOS

Sesión técnica patrocinada por Sham – grupo Relyens

Moderador: **Mónica García**
Health Risk Manager en Sham España

Ponente: **Carlos Recasens**
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Islas Baleares
Ponente: **Josep María Arimany**
Director del Servicio de Responsabilidad profesional del *Colegio Oficial de Médicos de Barcelona*
Ponente: **Miguel Ángel Simón**
Vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

LA CALIDAD DE VIDA COMO CRITERIO DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS: UN RETO DE IMPORTANCIA CRECIENTE EN NUESTRO PAÍS

Sesión técnica patrocinada por CSL VIFOR

Moderador: Manel Santiñá
Past President de SECA

Ponente: Enrique Castellón
Fundador y consejero de Cross Road Biotech y coordinador del Proyecto
Ponente: Andoni Lorenzo
Presidente del Foro Español de Pacientes
Ponente: Fernando Ignacio Sánchez
Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia

13:30 - 15:30 h. ALMUERZO DE TRABAJO

15:30 - 16:30 h. SESIONES TÉCNICAS

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE ANTICOAGULADO CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA: COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

Sesión técnica patrocinada por
ALIANZA BRISTOL MYERS SQUIBB - PFIZER

Moderador: Inmaculada Mediavilla
Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)
Responsable de calidad y seguridad del paciente
Gerencia Atención Primaria Com. Madrid

Ponente: Juan Carlos Romero
Miembro del Grupo de Trabajo de Hematología de Semergen
Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal Junta Directiva Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Ponente: Joaquín Dopazo
Director de Área de Bioinformática de la Fundación Progreso y Salud Andalucía
Ponente: Juan Carlos Oliva
Director de Innovación Sanitaria

NO HACER EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

Sesión técnica patrocinada por
ALIANZA DAIICHI SANKYO - ASTRAZENECA

Moderador: Emilio Ignacio García
Equipo de Proyectos SECA

Abordaje del Cáncer de Mama Metastásico
Ponente: Vega Iranzo
Oncología Médica, Hospital General Universitario, Valencia

Presentación del proyecto y Metodología utilizada
Ponente: María Ángeles García Rescalvo
Directora Gerente Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Presidenta de la Agrupación Andaluza de SEDISA

Datos y Resultado preliminares
Ponente: Vega Iranzo
Oncología Médica, Hospital General Universitario, Valencia
Ponente: María Ángeles García Rescalvo
Directora Gerente Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Presidenta de la Agrupación Andaluza de SEDISA

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Sesión técnica patrocinada por ASTRAZENECA

Moderador: Luis Miguel Lou
Jefe Servicio Nefrología Hospital Miguel Servet

Ponente: Francisco Brotons
Coordinador del grupo de trabajo de nefro-urologia en semFYC
Ponente: María Pilar Astier Peña
Vocal de la Junta Directiva de SECA. Coordinadora del grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de Semfyc
Ponente: Javier Felix Redondo
Responsable de Procesos Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud

CÓMO ENFOCAMOS, EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS, EL DESPLIEGUE DE LA SALUD DIGITAL

Sesión técnica patrocinada por
LA CÁTEDRA DE INNOVACION Y GESTIÓN SANITARIA JANSSEN-URJC

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

Ponente: Alberto Pardo Hernández
Subdirector General de Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid
Ponente: Juan Rey Biel
Director médico del Hospital Universitario Rey Juan Calos. Móstoles Madrid
Ponente: Alberto Pardo Ortiz
Senior Manager. Health Technology Consulting. Ernst & Young

PROGRAMAS DE SOPORTE AL PACIENTE (PSP): TRIPLE PERSPECTIVA DEL PSP DE TREPROSTINILO FERRER EFG, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Sesión técnica patrocinada por FERRER INTERNACIONAL

Moderador: Manel Santiñá
Past President de SECA y coordinador del Proyecto

- **Importancia del compromiso del paciente, en el autocuidado y manejo de la hipertensión arterial pulmonar (hap)**
  Ponente: José Cifrian
  Jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- **Soporte de enfermería y psicológico: visión desde las asociaciones de pacientes con hap**
  Ponente: María Rodríguez
  Presidenta Hipertensión Pulmonar España ORG Pacientes (HPE-ORG)
  Representante de asociación de pacientes
- **Objetivo y alcance del programa de soporte al paciente de Treprostinilo Ferrerefg**
  Ponente: Gabriela Bacchini Jeanneret
  Head of Corporate Medical Affairs Pulmonary Vascular & Interstitial Lung Diseases Area Ferrer

16:30 - 17:45 h. CONFERENCIA PLENARIA

ÁREA TEMÁTICA 3
MEDICINA BASADA EN EL VALOR

¡HACE FALTA VALOR!
Andrea Srur (Streaming)
Fundadora y CEO de Value for Health Londres

- **Experiencia en el Hospital 12 de Octubre de Madrid**
  Carolina Varela Rodriguez
  Unidad de Calidad Hospital 12 de Octubre. Madrid
- **Experiencia en el Hospital Clinic de Barcelona**
  Roser Cadena Caballero
  Adjunta a la Direcció de Qualitat i Seguretat Clínica en Hospital Clínic de Barcelona

Moderador: Enrique Bernal Delgado
Investigador senior en la unidad de investigación en políticas y servicios sanitarios en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

17:45 - 18:45 h. MESAS TEMÁTICAS

MESA TEMÁTICA 9

AREA TEMÁTICA 2
INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y BIG DATA

EXPERIENCIAS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

- **QUIBIM: Inteligencia artificial para el diagnóstico por la imagen**
  Fabio García Castro
- **“Optimizando el manejo del paciente en diálisis aplicando IA: Anemia Control Model”**
  Sofía Ortego Pérez
  Nefróloga del departamento médico de Fresenius Medical Care
- **Aplicaciones de Inteligencia Artificial, un reto para las agencias evaluadoras**
  Enrique Bernal Delgado
  Investigador Senior de la Unidad de Investigación en Políticas y Servicios Sanitarios del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y Colaborador del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Moderador: José María Abad
Director general de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón

MESA TEMÁTICA 10

AREA TEMÁTICA 6. NUEVAS RELACIONES CON LOS PACIENTES Y CIUDADANOS
EL CAMBIO DE VALORES EN LAS INSTITUCIONES

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE. EJE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Elementos clave que influyen en la experiencia del paciente
Joan Fernando Peidró
Director Médico. Programa de Atención a la Cronicidad y Experiencia de Pacientes, Hospital Clínic de Barcelona

Utilización de los PREMs y los PROMs en la valoración de la calidad y los resultados de los servicios sanitarios
José Joaquín Mira Solves
Catedrático de Psicología de la Salud,
Universidad Miguel Hernández de Elche

La integración de la experiencia del paciente en los servicios sanitarios
Carmen Galindo Ortiz de Landázuri
Representante del Foro Aragonés de Pacientes

Moderador: Hana Maher Berlin
Responsable de proyectos Atenzia

MESA TEMÁTICA 11

ÁREA TEMÁTICA 4
CAMBIOS EN EL ROL ENFERMERO

EXCELENCIA EN CUIDADOS

Impacto de la Enfermería de Práctica Avanzada
Pilar Ramírez García (Streaming)
RN, MSc, PhD. Universidad de Montreal, Québec Canadá

Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados
Esther González
RN, MSc, PhD. Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud Investén-ISCIII

Acreditación en Cuidados Joint Commission
Juana María Labiano
Directora del Servicio de Calidad. Clínica Universidad de Navarra

Moderadora: Elena Altarribas Bolsa
Directora de Enfermería del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

MESA TEMÁTICA 12

AREA TEMÁTICA 5
CRONICIDAD

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

ExPRESA: Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón
Isabel Irigoyen Recalde
Coordinadora de la Estrategia de Prevención del Suicidio del Gobierno de Aragón

Prevención, detección e intervención del suicidio de niños/as y adolescentes: Líneas de ayuda de la Fundación ANAR
Lorena Sánchez Blanco
Psicóloga del departamento de Formación de la Fundación ANAR

Conducta autolesivas versus tentativas suicidas: dos realidades distintas y próximas.
Mercedes Muñoz Calvo
Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Actur Sur. Zaragoza

Moderadora: **Belén Civera Marín**
Psicóloga. Equipo Psicopedagogía IES Miguel Catalán

MESA TEMÁTICA 13

AREA TEMÁTICA 1
CALIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES

VIGENCIA DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sergio Minué
Médico de Familia, profesor de la EASP

Antoni Peris
Director Gerente del Consorci Castelledefels Agents de Salut

Verónica Casado Vicente
Médica de familia. Centro de Salud Universitario Parquesol, Sacyl
Coordinadora Unidad Docente Universitaria. Facultad de Medicina de Valladolid. Ex consejera de sanidad de Castilla y León

Moderador: **Javier Marzo Arana**
Asesor técnico de la Dirección General de Asistencia Sanitaria

18:45 - 20:15 h. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES

21:30 h. CENA DE CLAUSURA

VIERNES 21/10/2022

09:00 - 11:00 h. DEFENSA DE COMUNICACIONES ORALES

09:00 - 10:30 h. MESA MEJORES COMUNICACIONES DE PROFESIONALES EN FORMACIÓN

Moderadores:
Inmaculada Mediavilla Herrera
Presidenta SECA-FECA
Maryoli Veloso Fraigola
Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública en H. U. Severo Ochoa Vocal de la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES)

- **ID6874 - La consulta que llegó para quedarse: ¿A qué potenciales riesgos se enfrentan los pacientes en la consulta no presencial?**
  Saray Martín Monteagudo
  Gerencia de Atención Primaria de Salamanca
- **ID5396 - Monitorización farmacocinética de infliximab: Estudio de su implantación en un hospital terciario**
  Irene Aguilo Lafarga
  Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)
- **ID5598 - Aceptación del IBD Disk para medir discapacidad en la EII . Persiguiendo la atención integral en la cronicidad**
  Irene Latras Cortés
  Complejo Asistencial Universitario de León
- **ID5783 Optimización de la actividad y mejora de la calidad del proceso de reposición**
  Javier Ibañez Caturla
  Hospital Morales Meseguer, Región de Murcia
- **ID6793 - ¿El estudiante de medicina enferma? Atención al estudiante de medicina en el sistema sanitario y propuestas de mejora**
  Alba Gallego Roy
  Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

11:00 - 11:30 h. PAUSA CAFÉ

11:30 - 13:00 h. MESA DE MEJORES COMUNICACIONES

Moderador:
José María Turón Alcaine
Presidente Comité Científico XXXVIII Congreso SECA

- **ID6528 – Cómo mejorar la adherencia a los analgésicos en pacientes con dolor crónico a través de la Inteligencia Artificial**
  Rafael Sánchez Bernal
  Organización Sanitaria Integrada Araba (OSI Araba)

- **ID6985 – Atención primaria: La seguridad del paciente en tiempos de pandemia Covid-19**
  Nuria Hernández Vidal
  Unidad de Calidad Territorial Cataluña
- **ID5821 - Efectividad clínica de la aplicación para tablets ReHand y su impacto en la lista de espera y gestión de recursos de asistencia presencial**
  Alejandro Suero Pineda
  Universidad de Sevilla
- **ID6838 - Análisis de la experiencia de los profesionales sanitarios diagnosticados de cáncer de pulmón**
  Marta Aguayo Álvarez
  Hospital Universitari Vall d'Hebron
- **ID6681 - "Trigeer-Prim". Nueva herramienta para gestión de riesgos en atención primaria**
  Tamara Alonso Safont
  Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

13:00 - 13:45 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA
NUEVOS MODELOS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA
Grupo "RISARchers" de la Unidad de Cultura Científica de la Universidad de Zaragoza
Con la colaboración de: **Marisol Aznar** y **David Angulo**

13:45 - 14:30 h. ENTREGA DE PREMIOS

13:45 - 14:30 h. ACTO DE CLAUSURA

LISTADO DE TALLERES

1 DEPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO
UTILIZACIÓN DE HERRAMIENTAS VALIDADAS EN EL ÁMBITO NACIONAL

- **Aitana Rodríguez Pérez**
  Especialista en farmacia hospitalaria. Coautora de los criterios LESS-CHRON
- **Jesús Díez Manglano**
  Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
  Coautor de los criterios LESS-CHRON

2 TALLER DE INTRODUCCIÓN A PROM y PREM

- **Carlos Bezos Daleske**
  Instituto para la experiencia del paciente

3 CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA
¿CÓMO IMPLANTAR LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS?

- **Esther González y Laura Albornos**
  Unidad de Investigación en cuidados en salud (INVESTEN-isciii)

4 INDICADORES PARA EVALUAR LA RECOMENDACIÓN FORMAL DE ACTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **Marina Pola García, Carmen Belén Benedé Azagra, Maria Luz Lou Alcaine Natalia Enriquez Martín, María Pilar Astier Peña**

9 ¿ES POSIBLE COMUNICARNOS MEJOR EN EL TRABAJO?
CÓMO HABLAR EN PÚBLICO, QUE TE ESCUCHEN Y CÓMO ESCUCHAR

- **Rafael Lledó Rodriguez**
  Director general. Hospital General Universitario de Granollers
- **Andreu Aloy Duch**
  Director de Calidad y Planificación. Director general adjunto
  Hospital General Universitario de Granollers

10 LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS
CUIDAR Y GESTIONAR CON RESULTADOS

- **Pilar Pérez Company**
  Experta en Calidad de Cuidados

11 SIMULACIÓN. SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN. QUÉ ES Y PARA QUÉ SIRVE

- **Jorge Lema Bartolomé, Francisco Javier Olivares Marín, Aurora González Checa y Mª del Carmen Martínez Magaña**
  Instructores de simulación. Unidad de Simulación e Innovación de Cuenca (USICU)

COMUNICACIONES

LOS DESAFÍOS DE HOY, LA CALIDAD DE MAÑANA

ÍNDICE

Utilice CTRL+F para buscar la comunicación deseada

4525 PROYECTO FASTER. TECNOLOGIAS AVANZADAS PARA UNA RESPUESTA SEGURA Y EFICAZ ANTE LAS EMERGENCIAS ... 37
4934 MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS ... 38
5055 PREVENCION DE CEGUERA EVITABLE MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES DE DERIVACION ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA ... 39
5112 VITREO DIRECT: PROGRAMA DE MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y PROFESIONAL EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREO ... 40
5174 CÓDIGOS QR EN QUIRÓFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA. ... 41
5183 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y DISPENSACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 ... 42
6730 EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON EII. EL VIAJE DE SU VIDA QUE REDEFINE LA ASISTENCIA SANITARIA ... 43
5253 CUADROS DE MANDO DE EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADO: ACCESO VASCULAR, LACTANCIA MATERNA Y OBESIDAD INFANTIL ... 44
5272 ECONSULTA: CONSOLIDANDO LA ATENCIÓN COMPARTIDA MEDIANTE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ... 45
5275 EL BIG DATA AL SERVICIO DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ... 46
5310 NUEVAS ESTRATEGIAS EN LOS SONDEOS DE SATISFACCION HOSPITALARIA ... 47
5354 PROFESIONALES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS: UN PILAR FUNDAMENTAL EN LA CONSECUCIÓN DEL SELLO 600 SEGÚN EL MODELO EFQM 2020 ... 48
5362 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: TRABAJO EN EQUIPO Y EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL ABORDAJE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE COVID ... 49
5396 MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB: ESTUDIO DE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO ... 50
5397 DESCRIPCIÓN DEL AUTODISPENSADOR DE MEDICAMENTOS DEL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS Y ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTE ... 51
5399 MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL: ANÁLISIS DE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO ... 52
5413 TRANSICIÓN: A10! RUTA A LA RED DE ADULTOS ... 53
5452 IMPACTO EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CAMBIOS IMPLEMENTADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA A RAIZ DE LA COVID19 ... 54
5463 REACTIVACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES POST-PANDEMIA COVID-19 ... 55
5469 IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA TECNOLOGÍA PARA TABLET “REHAND” EN LOS SERVICIOS DE REHABIL ... 56
5479 LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: TIEMPOS, PERCEPCIÓN Y UMBRAL MÁXIMO DE ESPERA. ... 57
5593 ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE SATISFACCIÓN CON PROGRAMAS DE TELEMEDICINA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ... 58
5597 USO DE LA HERRAMIENTA DEL GTT EN PACIENTES COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE EVITAR INFRANOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS ... 59
5598 ACEPTACIÓN DEL IBD DISK PARA MEDIR DISCAPACIDAD EN LA EII . PERSIGUIENDO LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA CRONICIDAD ... 60
5654 IMPLEMENTACIÓN DE CUESTIONARIOS PARA MEDIR RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE CON ARTRITIS SEGÚN LA METODOLOGÍA ICHOM ... 61
5696 RESULTADO DEL RETO MUNDIAL “MEDICACIÓN SIN DAÑO”: ¿QUÉ SE HA CONSEGUIDO 5 AÑOS DESPUÉS EN EL HOSPITAL? ... 62
5698 DE EUTANASIA AL PROCESO DE AYUDA A MORIR: UN CAMINO ... 63
5699 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ENTRE IGUALES EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER Y CUIDADORES ... 65
5706 “THINK DIFFERENT”. LEAN Y RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. ... 66
5743 TALLERES PARA CUIDADORES: HERRAMIENTA Y RECURSO EN LA GESTIÓN DE CASOS ... 67
5755 RESPUESTA DE UN HOSPITAL AL ECOSISTEMA. MAS ALLÁ DEL CONTRATO PROGRAMA ... 68
5769 LA SEGURIDAD Y USABILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS ... 69
5776 ABORDAJE DEL SUICIDIO DESDE UNA FORMACIÓN DE GATEKEEPERS ... 70
5779 DISEÑO DE UNA RUTA ASISTENCIAL INTEGRADA PARA EL MANEJO DEL ASMA AGUDO EN PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALA ... 71
5796 ¿CÓMO INCENTIVAR Y OPTIMIZAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES? EXPERIENCIA DE UN CENTRO ... 72
5821 EFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA APLICACIÓN PARA TABLETS REHAND Y SU IMPACTO EN LA LISTA DE ESPERA Y GESTIÓN DE RECURSOS DE ASISTENCIA PRESENCIAL ... 73
5839 EXPERIENCIA DE USO DE ABEMACICLIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO ... 74
5845 LOS INDICADORES DE HOY PARA LOS RESULTADOS DE MAÑANA ... 75
5850 HUMANIZAR PROCESOS CLÍNICOS Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS:“PROYECTO ACOMPAÑAMIEN ... 76
5857 LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO ... 77
5858 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD: VACUNACIÓN COVID19 REALIZADA POR UN SERVICIO DE EMERGENCIA EN DOS MACROCENTROS SANITARIZADOS ... 78
5877 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO (EA) ... 79
5882 ATLAS DE DIABETES: MONITORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN CON DIABETES ... 80
5896 INDICADORES DE CALIDAD DE LA PATOLOGIA CRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID19 EN ATENCIÓN PRIMARIA ... 81
5909 IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA EN CENTROS AMBULATORIOS DE UNA MUTUAL LABORAL ... 82
5915 EFECTO BOOSTER EN LA INMUNIDAD MEDIADA POR IGG CONTRA SARS-COV-2 EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES SANITARIOS ... 83
5916 SEGUNDAS VÍCTIMAS: CÓMO AFECTAN ERRORES E INCIDENTES A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA ... 84
5925 PROYECTO ONKO-EXP: INCORPORANDO LAS EMOCIONES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO ... 85
5926 INFORMATIZACIÓN ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL ... 86
5928 CASO DE ÉXITO: IMPLANTACIÓN DEL ESTANDAR SET DE ICHOM ARTRITIS INFLAMATORIA ... 87

5930 IMPLEMENTACIÓN DE UNA DOBLE CERTIFICACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE NEONATOLOG 88
5931 DESARROLLO DE MARCO DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICINA BASADA EN VALOR 89
5936 UNIDAD DE CORTA ESTANCIA GERIÁTRICA: AÑADIENDO VALOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA 90
5944 VISITAS DE SEGURIDAD: OBSERVANDO PARA MEJORAR 91
5953 CONECTADOS 93
5954 CINTA BILBAO 2019: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO ARMA DE PRECISIÓN ANTE UNA EMERGENCIA PEDIÁTRICA 94
5955 ADAPTACIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA TRAUMATOLÓGICA: COMPETENCIAS PROPIAS Y DELEGADAS 95
5967 RESULTADOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO EN UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA TRAS 10 AÑOS DE IMPLANTACIÓN 96
5968 PROYECTO USO DE SMARTPHONE PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS 97
5969 GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN PROCESOS. GRUPO DE TRABAJO “INNOVACIÓN EN PROCESOS” 98
5975 PLAN DE TRANSPORTE SANITARIO INDIVIDUALIZADO 99
5987 CONSTRUYENDO UN MODELO DE AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN MULTICÉNTRICA 100
5990 PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN ARAGÓN 2020 101
6002 IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN TELÉMATICA MULTIDISPLINAR EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO 102
6010 REVISIÓN Y ANALISIS DE LA GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS DE UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD TRAS LA PANDEMIA 103
6035 RESULTADOS EN SALUD Y COSTES PARA BASAR LA MEDICINA EN UN VALOR COMPARABLE: EXPERIENCIAS DE VOICE EN CÁNCER DE MAMA 104
6036 FORTALECER LA RESILIENCIA DE ORGANIZACIONES Y PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN ECUADOR EN TIEMPOS DE COVID 105
6046 ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS, EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO 106
6051 APLICACIÓN DE CICLOS PDCA PARA AUMENTAR LA GANANCIA FUNCIONAL Y REDUCIR LA ESTANCIA MEDIA EN PROCESOS DE REHABILITACIÓ 107
6055 VIGILANCIA DE CASOS COVID-19 EN TRABAJADORES CENTROS SOCIOSANITARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS SOFTWARE 108
6067 CALIDAD DE VIDA Y SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON EPOC 109
6076 EQUIDAD DE ACCESO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA 110
6084 IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EL REGISTRO DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE STREPTOCOCCUS PYOGENES 111
6087 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN ORAL CON CLORURO DE CETILPIRIDINIO PARA REDUCIR LA CARGA VIRAL DEL SARS-COV-2 112
6097 SELECCIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD ÓPTIMO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A PARTIR DEL CONJUNTO MÍNIMO BASICO DE DAT 113
6109 MODELO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: GUÍA PERFECTA PARA DESARROLLAR UN MODELO COMPETENCIAL PARA CLÍNICOS 114
6124 EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA IMPLEMENTADA EN EL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HUMS 115
6176 DETECCIÓN DE ACCIONES IMPRODUCTIVAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA 116
6218 E-RES SALUD HEMATOLOGÍA: RESULTADOS DEL USO DE PROMS PARA EL SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES CON LINFOMA. 117
6229 ANÁLISIS CORPORATIVO DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN UN GRUPO HOSPITALARIO 118
6297 VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE LA DESINFECCIÓN DE BIOCONECTORES DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS 119
6334 EL SILENCIO COMO VALOR PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD 120
6350 CERRAMOS EL CIRCULO IMPLANTANDO SOLUCIONES. ÚLTIMA ETAPA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS 121
6370 CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA COMISIÓN CLÍNICA DE SALUD Y GÉNERO EN UN HOSPITAL TERCIARIO 122
6382 EL NUEVO ROL PARA COMUNICAR EN SALUD: ENTREVISTAS EN DIRECTO (LIVE STREAM INTERVIEWS) + DEBATE (Q&A) + PODCAST 123
6436 CONTRATACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE APOYO PARA REDUCIR LA BRECHA DIGITAL DE LOS USUARIOS DE UNA APP DE SALUD. 124
6442 ERRORES Y RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR EL PACIENTE: LOS MÁS FRECUENTES Y GRAVES 125
6448 ACTUACIONES TRAS ENCUESTA DE CLIMA LABORAL O CÓMO HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA 126
6455 ANALISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS LA ACTUACION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. 128
6458 CAMPO SEMANTICO Y PRACTICA CLINICA: TEXT MINING COMO HERRAMIENTA DE APOYO AL DIAGNÓSTICO 130
6464 MODELANDO EL FUTURO: BIG DATA PARA LA DETECCIÓN DEL ICTUS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS 131
6467 ASOCIACION DE INFORMACION CLINICA: UN NUEVO ENFOQUE DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. . 132
6468 UN PROCESO DE ALTO RIESGO EN EL FOCO DE LA REVISIÓN Y LA MEJORA CONTINUA: LA VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 133
6471 REINGENIERIA DE PROCESOS: PROLONGACION DE LA JORNADA 134
6484 ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE FACTORES HOSTELEROS HOSPITALARIOS EN LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES 135
6499 ENTRE MACDONALD´S Y ARZAK: AÑADIENDO VALOR GRACIAS A MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO 136
6511 PREVENIR LO IMPREVISIBLE: PREDICCION MEDIANTE SERIES TEMPORALES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. 137
6517 GESTIÓN DEL RIESGO DE SATURACIÓN DEL TRASLADO URGENTE A TRAVÉS DE UN MODELO DE TEORIA DE COLAS 138
6523 SUMMA INTEGRACIONES. ESTANDARES , UNIVERSALIDAD, INTEROPERABILIDAD 140
6526 DISEÑO DE UN PLAN DE HUMANIZACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA GRACIAS A PROFESIONALES, PACIENTES Y GRUPOS DE INTERÉS 141
6528 COMO MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LAINTELIGENCIA ARTIFICIAL 142
6570 TRASLADO SEGURO DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGIA: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL 143
6593 ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL FLUJO DEL USUARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA 144
6595 REESTRUCTURACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA PARA DAR MAYOR COBERTURA A LAS MUJERES 145
6603 RESCATE Y ACTIVACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO TRAS LA PANDEMIA 146

6608 CIRCUITO DE ANALÍTICAS MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN DEL CIRCUITO DE ANALÍTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA 147
6611 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA? 148
6618 MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA PRIORIZANDO LA DEMANDA Y ADECUANDO LA RESPUESTA 149
6631 PLAN FUNCIONAL PARA LA HUMANIZACIÓN, DISEÑO DE ESPACIOS Y OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA 150
6641 MEJORANDO EL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO(PIIC) EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y ENFERMEDAD AVANZA 152
6648 GESTIÓN DE RIESGOS EN EL PARITORIO DE UN HOSPITAL COMARCAL 153
6651 INNOVACIÓN TECNOLÓGICA: GENERANDO VALOR EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA 154
6659 CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL: OBJETIVOS PERSONALIZADOS PARA LOS PROFESIONALES 155
6676 SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. PREVALENCIA, EVITABILIDAD Y GRAVEDAD DE EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE REVISIÓN DE HISTORI 156
6680 MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR A TRAVÉS DE LA FIGURA DEL FACILITADOR QUIRÚRGICO 157
6681 “TRIGGER-PRIM”. NUEVA HERRAMIENTA PARA GESTIÓN DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA 158
6684 ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES COVID Y NO-COVID APLICANDO EL “GLOBAL TRIGGER TOOL”: “TRIGGERS” Y EVENTOS ADVER 159
6699 CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL Y PEDIÁTRICO DEL HCUVA. COMPARATIVA BASAL VS PANDEMIA COVID-19 160
6703 MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE HEMATOLÓGICO CON LINFOMA NO HODGKIN EN HOSPITAL DE DÍA 161
6707 REALIDAD VIRTUAL PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN EL QUIRÓFANO 162
6717 LA FORMACIÓN A RESIDENTES: ELEMENTO CLAVE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES 163
6728 GESTIÓN POR PROCESOS. DE LA VERTICALIDAD A LA TRANSVERSALIDAD: INNOVANDO EN LA GESTIÓN CLÍNICA 164
6730. “EXPERIENCIA DEL PACIENTE”: 3 AÑOS DE ACTIVIDADES PARA UN CAMBIO ESTRATÉGICO NECESARIO Y URGENTE 166
6734 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA LUCHA CONTRA LA COVID-19 167
6738 COBERTURA GRÁFICA Y PORTAVOCÍA TÉCNICA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID19. 168
6746 DESPLIEGUE “NECESARIO E IRREMEDIABLE” DEL TELETRABAJO Y DE LA TELEASISTENCIA EN COVID Y POST-COVID 169
6754 PROGRAMA PBM EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA ABIERTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: RESULTADOS Y ANÁLISIS RETROSPECTIVO 170
6777 DESCRIPCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOPITALARIAS 2017-2021 171
6782 CONSTRUYENDO EL PATIENT JOURNEY DEL CSUR DE SARCOMAS 172
6784 CREACIÓN DE UNA RED ASISTENCIAL INTEGRADA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES COMPLEJAS 173
6793 ¿EL ESTUDIANTE DE MEDICINA ENFERMA? ATENCIÓN AL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL SISTEMA SANITARIO Y PROPUESTAS DE MEJORA. 174
6794 SUMAS QUE MULTIPLICAN. LA GESTIÓN CLÍNICA COMO FACILITADORA: ACERCARSE A LOS PROFESIONALES MEJORA LOS RESULTADOS 175
6798 LA DIGITALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: CALIDAD, SEGURIDAD Y SOSTENIBILIDAD. EXPERIENCIA 2017-2021. 176
6802 DESPLIEGUE DE LA LEY DE LA EUTANÀSIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA 177
6803 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 178
6805 USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 179
6823 JOINT COMMISSION COMO MOTOR DECISIVO PARA CONSEGUIR QUE LAS PERSONAS PROVOQUEN LA MEJORA 180
6825 DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PREM PARA CÁNCER– DE MAMA DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA 181
6828 BRIEFING COMO PRACTICA SEGURA EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN DE LA COVID-19 EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA 182
6838 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN 183
6842 IMPACTO DEL DESPLIEGUE DE LA LEY DE LA EUTANASIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA 184
6845 MEJORANDO LA GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA AGUDA A PARTIR DE LA GESTIÓN POR PROCESOS 185
6846 UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA PARA MEJORAR EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: RESULTADO PRELIMINAR 186
6847 INTEGRANDO A LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE NEONATAL CRÍTICO: PROYECTO INTERNACIONAL RISEINFAMILY 187
6858 EL PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. 188
6863 ESTRATEGIA PARA EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL 189
6869 PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 191
6874 LA CONSULTA QUE LLEGÓ PARA QUEDARSE: ¿A QUÉ POTENCIALES RIESGOS SE ENFRENTAN LOS PACIENTES EN LA CONSULTA NO PRESENCIAL? 193
6879 ¿HA MEJORADO LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE PROFESIONALES SANITARIOS? ESTUDIO COMPARATIVO PRE/POST-PANDEMIA. 194
6883 ENCUESTAS A TRAVÉS DE SMS: UNA FORMA SENCILLA, ACCESIBLE Y EFECTIVA DE CONOCER LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE 195
6890 INFECCIÓN POR VIH: ¿UNA PANDEMIA BAJO CONTROL? 196
6901 APLICACIÓN DE ANÁLISIS VALUE STREAM EN EL ÁREA DE SEROLOGÍA DE UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA 197
6907 IMPACTO DE UN MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES CON OBESIDAD 198
6909 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN SEGÚN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE COMPARTIDO. 199
6911 LABORATORIO DE CUIDADOS. CREAR UNA CULTURA DE INNOVACIÓN EN SALUD 200
6913 INCIDENTES LIGADOS A LA ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 202
6927 ANTIBIÓTICOS CON MECANISMO TIEMPO DEPENDIENTE: ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDADES EN LA ADMINISTRACIÓN EN Y 203
6936 INTEGRAR VALORES Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA 204
6945 DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS ATENDIDOS POR UN ESAPD 205
6985 ATENCIÓN PRIMARIA: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID 19 206
6998 LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL INTEGRADA EN LA COMUNIDAD. 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE ASOCIACIÓN AFDA 207

7100 EVOLUCIONANDO EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: BLOQUE QUIRÚRGICO 208
7139 PRIMEROS RESULTADOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ASBV EN LAS COHORTES DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO. 209
7144 ESTUDIO DE COSTE-UTILIDAD DE LAS PLATAFORMAS DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN CÁNCER DE MAMA 210
7148 APLICACIÓN DE LA EUTANASIA EN LA PRAXIS ASISTENCIAL: HISTORIA DE UN CASO 211
7170 TECIPOT: INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LEAN HEALTHCARE APLICADAS A LA OPTIMIZACIÓN DE TRASLADOS HOSPITALARIOS 212
7196 ACREDITACIONES EN CALIDAD ASISTENCIAL, ¿CAUSA O CONSECUENCIA? 213
7215 COMPROMETIDOS CON LOS PACIENTES MÁS VULNERABLES: OFICINA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD (OCACT) 214
7246 PERCEPCIÓN DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y BURNOUT EN PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H.U. 12 DE OCTUBRE 215
7247 INTEGRACIÓN DE LAS NORMAS UNE-EN-ISO-15189:2013 Y UNE-EN ISO 9001:2015 PARA SU APLICACIÓN EN UN SERVICIO CON ÁREAS CLÍNICA Y DE LABORATORIO. 216
7255 IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO TRAUMA: REDISEÑO DEL PROCESO MEDIANTE LEAN HEALTHCARE 217
7265 MEJORANDO LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL (IN) EN UN SOCIOSANITARIO 218
7271 PROCESO DE GESTION Y EVALUACION DE INCIDENCIAS: COBERTURA CON “PLANTILLA POOL” EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 219
7275 MEJORA ORGANIZATIVA EN LA ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE LA DEMANDA 220
7291 DIMENSIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO: NUEVAS DIRECCIONES 221
7295 PHARAON, ATENCIÓN LÍQUIDA PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA 222
7336 MEJORANDO EL PROCESO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS 223
7342 PROGRAMA DE TUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES DE RECIENTE INCORPORACIÓN “ACOMPAÑAME” 224
7348 IMPLANTANDO EVIDENCIA DESDE EL CONSENSO 225
7783 PLAN DE MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ACOGIDA ENFERMERA 226
8525 SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL GRADO EN MEDICINA: INFLUENCIA DE LA METODOLOGÍA DOCENTE EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE 227
4136 PROPUESTA DE MEJORA EN LAS DERIVACIONES DE PACIENTES INSTIUCIONALIZADOS A UNIDADES DE SALUD BUCO DENTAL DE AP 228
4629 PROGRAMA DE SALUD INFANTIL: UN TRABAJO COLABORATIVO ORIENTADO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD 229
4788 ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA 231
4893 GESTIÓN DE LA POLIFARMACIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES 232
4916 REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN PACIENTES FRÁGILES MAYORES DE 80 AÑOS 233
4965 EVALUACIÓN DEL USO DE MASCARILLAS EN TIEMPO DE COVID 234
5004 DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA OBTENER UNA RED DE AUDITORES COMPROMETIDOS 235
5021 MEJORA DEL AMBIENTE LABORAL ANTE EL DESGASTE PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD 236
5050 PRESENCIA DEL ALELO HLA DQA1*05 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS TRATADOS CON ANTI-TNF. 237
5059 ANÁLISIS DE LA RADIACIÓN EN VIDEOFLUOROSCOPIAS PEDIÁTRICAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL 238
5075 INSTAURACIÓN DE REGISTRO DIARIO DE PACIENTES LET Y SISTEMA IDENTIFICATIVO RÁPIDO EN HISTORIA CLÍNICA. 239
5107 APROXIMACIÓN A LA VALORACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD 240
5173 ESTUDIO DE DOSIFICACIÓN POR PESO AJUSTADO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS 241
5236 ESTUDIO DEL RENDIMIENTO DE UN NUEVO PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE DE LAS HIPERFERRITINEMIAS Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIAS 242
5267 TERAPIA OCUPACIONAL NUEVO ROL CONSULTOR A TRAVÉS DE LA ECONSULTA 243
5271 DE LA NOTIFICACIÓN AL APRENDIZAJE. PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES 244
5273 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTO EN LOS RESULTADOS DOS AÑOS DESPUÉS 245
5286 HACIA LA INTEGRACIÓN DE LA ETICA EN GESTIÓN 246
5312 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE NIVEL IIIC 247
5315 ALTA PRECOZ VISITA A DOMICILIO 249
5316 CREACION DE UN TEJIDO CONECTIVO EN HUMANIZACION EN EL HOSPITAL 250
5317 APOYO A LA ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES 251
5328 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO: UNA DÉCADA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 252
5338 BENEFICIO DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE LONG-COVID: AFRONTAR LA SOLEDAD CON TRATAMIENTO GRUPAL 253
5341 NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS EN UN ENTORNO INFORMATIZADO: RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA 254
5344 EVITANDO ERRORES EN LA REPOSICIÓN DIARIA DE MEDICAMENTOS 255
5346 DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN: PROMOVIENDO UNA ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR 256
5357 LIMPIEZA DEL MEDIO HOSPITALARIO: MONITORIZANDO COMO UN TODO Y CON TODOS. 258
5358 INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO 259
5360 MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA, COLABORACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR 261

5368 CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DEL DOLOR SIGUIENDO METODOLOGÍA ISO 9001-2015 262
5369 IMPLEMENTACIÓN DE TRANSFUSIONES NO URGENTES EN UN CENTRO SANITARIO A 75 KM DE DISTANCIA DE UN HOSPITAL 263
5370 ¿LA ERITROAFÉRESIS TERAPÉUTICA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DREPANOCITOSIS? 264
5371 HEMATIES, UN BIEN ESCASO. MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PERIOPERATORIA. 265
5388 EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN SU IMPLANTACIÓN O COMO APRENDER DE LOS ERRORES. 266
5410 METODOLOGÍA EN ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EXPEDIENTES DE COMPRA CENTRALIZADA COMO HERRAMIENTA DE AVANCE EN CUIDADOS 267
5411 PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DE ENFERMERÍA: UNA APUESTA POR EL TRABAJO EN EQUIPO Y LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS 268
5412 EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN PACIENTE ONCOLOGICO. DISEÑO DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA. 270
5431 INTERVENCIÓN ESCOLAR EN UN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 271
5435 ENTREVISTA DE SALIDA UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA 272
5451 POTENCIACIÓN DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL 273
5453 FOMENTAR LA INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 274
5454 APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CUESTIONARIOS ONLINE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL 275
5456 INTERVENCIÓN FORMATIVA EMULTIPAP SOBRE MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA EN PROFESIONALES DE ARAGÓN 276
5457 PERCEPCION DEL DOLOR POR LOS PACIENTES EN HOSPITALIZACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA HUMANIZACIÓN 277
5460 ¿COMO LOGRAR SER CANDIDATO A CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS? 278
5461 MEJORAS EN LA CUMPLIMENTACION DEL INFORME DE EXITUS 279
5470 ADECUACIÓN DE LOS STOCKS DE MEDICACIÓN EN LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN 280
5485 PERCEPCIÓN DEL PACIENTE COMO FUENTE PARA ESTABLECER METAS: TIEMPO DESDE PROGRAMACIÓN HASTA EL TRASLADO A QUIRÓFANO. 281
5487 EL QUE ESPERA DESESPERA: PERCEPCIÓN DE LA ESPERA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. 282
5492 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. ALTA PRECOZ PARA DISMINUIR LAS IRAS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS COVID19 283
5499 MEJORA DE LAS CONDICIONES LABORALES PARA DISMINUIR LA SOBREINFECCIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID19 284
5501 FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID19: EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA LA MEJORA DE CALIDAD 285
5542 SILÉNCIATE, POR EL PACIENTE Y POR TI 286
5545 CAMPAÑA DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO 287
5553 CÓMO MEJORAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SIN MORIR EN EL INTENTO. LA CLAVE: EQUIPO 288
5554 CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES 289
5556 ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 290
5559 DESARROLLO DE UN PLAN FORMATIVO EN SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL GRADO EN MEDICINA : UN RETO INSTITUCIONAL 291
5617 ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 292
5632 DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA WEB COMO REPOSITORIO DOCUMENTAL DE SOPORTE ASISTENCIAL 293
5635 NÚCLEOS DE SEGURIDAD, ALGO MÁS QUE REUNIRSE 294
5636 ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN PROFESIONALES SANITARIOS 295
5644 COMISIÓN DE LECTURA FÁCIL: LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES EN LA VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NI 296
5649 PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS 297
5650 ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL 299
5651 AMFE PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS 300
5652 EQUAL UNA HERRAMIENTA DE GESTION DE CALIDAD 301
5661 INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA 302
5676 ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCION DE MUJERES GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO CON EL USO DE ESFERODINAMIA 303
5679 SISTEMA DE DETECCIÓN DE SACROILEÍTIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL 304
5681 MEJORANDO LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES FRAGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA 305
5687 MEJORANDO LA INFORMACIÓN Y EXPERIENCIA AL PACIENTE EN URGENCIAS 306
5712 ENSEÑAR “ACTITUD” A TRAVÉS DE UN TALLER DE COMUNICACIÓN 307
5717 EL PACIENTE PROTAGONISTA: UNA FORMA DE MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE 308
5719 ABORDAJE DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL GENERAL 309
5722 NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS: GESTIONANDO LA DEMANDA EN EQUIPO 311
5723 ADAPTACIÓN DE LA CITA WEB A LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA 312
5725 BLOG “LA CASA DE TODOS”, UN PASO MÁS ALLÁ EN LA VISIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN HOSPITAL 313
5727 HUMANIZACIÓN EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO 314
5730 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTRAVÍTREA 315
5741 IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA 316
5745 LONA: “LA CASA DE TODOS”. LA MEJOR CARA DE UN HOSPITAL 317
5750 EL “MOSTRADOR WEB” O ¿CÓMO LLEVAR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS A LA CASA DEL PACIENTE? : EVALUACIÓN 318
5751 INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL COMARCAL (2019-2021) 319
5753 GESTIÓN DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS 320

5756 TRABAJO COLABORATIVO, HERRAMIENTAS DIGITALES Y CUADRO DE MANDO EN VISITAS PENDIENTES DE PROGRAMAR EN CONSULTAS EXTERNAS 321
5757 IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19 EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ARAGÓN 322
5759 CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR EL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 323
5761 PERSPECTIVA DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO EL SERVICIO DE HOSPITALITZACIÓN A DOMICILIO (HAD) CON DIAGNÓSTICO COVID-19. 324
5772 IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER EN UN HOSPITAL TERCIARIO: FLEBITIS ZERO 325
5774 CÓDIGO SEPSIS INTRAHOSPITALARIO: UN PROYECTO DE MEJORA 326
5778 APOYO A LA EDUCACIÓN PERINATAL 327
5783 OPTIMIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE REPOSICIÓN 328
5789 MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN 329
5810 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA TRAS RECHAZO DE DERIVACIÓN A CENTRO ALTERNATIVO: UN TSUNAMI A LA VUELTA DE LA ESQUINA. 330
5813 DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS 331
5828 NUEVOS DESAFIOS EN COMUNICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA 332
5832 PALLAPUPAS: HUMORTERAPIA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y CONSOLIDAR MENSAJES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE 334
5836 PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 335
5837 LA MALDICIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE: COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA POR SEMESTRES DEL 2009 AL 2021 336
5887 CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL: AUDITORÍA DE INFORMES CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS 337
5889 GESTIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN VALOR: AGENDA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. 338
5890 AUDITORÍA DE LAS VÍAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO, ICTUS, PARADA CARDIORESPIRATORIA, TRAUMA GRAVE Y SEPSIS 339
5900 IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN DE UN BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS DEL GRUPO DE ESPELEOSOCORRO 340
5901 GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE LAS VÍAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. 341
5903 CIRCUITO ASISTENCIAL DISFAGIA ENTRE ATENCION HOSPITALIZADA Y PRIMARIA: CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 342
5910 UNIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN DE LAS MOCHILAS DE URGENCIA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 343
5911 EVALUACIÓN DEL IMPACTO FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A COLECTIVOS ADMINISTRATIVOS 344
5912 VALORACIÓN RETIRADA DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CON GDS-FAST SUPERIOR A 7B TRATADOS CON ANTICOLESTERASICOS O MEMANTINA 345
5914 REVISIÓN PERMANENTE Y CONJUNTA DEL CARRO DE PAROS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES 346
5917 MAPEO INNOVACIONES COVID-19 Y SU ESCALADO 347
5932 EVALUACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE REFORMA HOSPITALARIA 348
5938 IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS LEVES AUTOLIMITADOS EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ENFERMERÍA 349
5940 EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA MUTUA LABORAL 350
5957 LA METODOLOGÍA LEAN: UNA NUEVA MANERA DE VER Y HACER 351
5963 PROYECTO DE MEJORA DE LOS PIIC DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD 352
5971 IMPLANTACIÓN DE GESTIÓN POR OBJETIVOS EN LA COORDINACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE 353
5972 AGITACIÓN PSICOMOTORA GRAVE EN URGENCIAS: UN PROBLEMA DE SEGURIDAD DE PACIENTES ? 354
5979 EXPERIENCIAS DE ÉXITO: ASÍ TE CUIDAN LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES 355
5980 PROYECTO TXIMELETA. HUMANIZANDO EL PROCESO LA MUERTE PERINATAL 356
5982 EL VALOR AÑADIDO DEL DONANTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA 357
5984 COMPARACIÓN SOBRE LA PREVALENCIA EN ENFERMERÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO CRÍTICO 358
5985 SOLEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA REALIDAD EMERGENTE 359
5986 CIENCIA POR LA CALLE: HACIENDO MÁS HUMANA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA 360
5991 NUEVO MODELO ASISTENCIAL CON VEHICULO PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE 361
5992 UN “ME GUSTA” A LA COMUNICACIÓN SANITARIA POR REDES 362
5995 MEJORANDO EL CONTROL DE CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 363
5998 PROYECTO DE PROCESO DE RESULTADOS CLÍNICOS EN SARCOMAS 364
5999 IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS 365
6000 SATISFACCIÓN DE UNA UNIDAD CALIDAD COMO SERVICIO TRANSVERSAL EN LA GESTION DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 366
6001 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL POST PANDEMIA MEDIANTE UN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN GUI 367
6003 AUTOMATIZACIONES Y CONTROL DE CALIDAD DOCUMENTAL EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD PARA ESTUDIOS DE SUPERVIVENCIA 368
6004 IMPLANTANDO MEDIDAS PARA EL USO SEGURO DE GASES MEDICINALES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO 369
6006 IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE TELEMEDICINA EN UNA MUTUA LABORAL 370
6009 EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A TRAVÉS DEL AUDIT DE HISTORIAS CLÍNICAS 371
6016 UNSAFE SCAPE ROOM. INNOVANDO EN LA FORMACIÓN 372
6017 ERN: MÁS QUE UNA RED 373
6019 GESTIÓN AVANZADA DE LA DEMANDA: ROMPIENDO LOS MOLDES 374

6021 GENERACIÓN DE VALOR: INCORPORACIÓN DEL TES EN EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE 375
6022 APROVECHANDO QUE ESTAMOS EN COVID. 376
6024 MAPA DE RIESGO DEL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO 377
6027 ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN 2021 EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA. 379
6028 GESTIÓN DE UN EVENTO ADVERSO TRAS ADMINISTRACIÓN POR VÍA ENDOVENOSA DE MEDICAMENTO ORAL LÍQUIDO 380
6029 RELIZACIÓN DE UN PROCEDIEMINTO DE FERULIZACIÓN DENTAL A PROPÓSITO DE LA NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE DE SEGURIDAD 381
6031 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO TRAS LA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO 382
6032 IMPLANTACIÓN RONDAS DE SEGURIDAD EN UN GRUPO HOSPITALARIO 384
6033 PLAN DE MEJORA EN LA GESTIÓN VISUAL CON METODOLOGÍA DIN A3 385
6034 ADAPTANDO LOS CONSULTORIOS. 386
6037 EFECTIVIDAD DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO CIRCUITO TRANSFUSIONAL 387
6042 EXPERIENCIA DE MEJORA DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA CERTIFICADA ANTE LAS RESTRICCIONES POR LA PANDEMIA COVID-19 388
6050 GESTION PROACTIVA DE RIESGOS Y CALIDAD ASISTENCIAL EN HEMODINÁMICA 389
6056 PROCEDIMIENTO DE ERITROAFÉRESIS AUTOMATIZADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DREPANOCITOSIS EN HOSPITAL TERCIARIO DE ARAG 390
6059 AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE EL PROYECTO:"MED1STMR: MEDICAL FIRST RESPONDER TRAINING USING A MIXED REALITY" 391
6060 GESTIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL 392
6064 EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LA EFECTIVIDAD DE LA MEJORA CONTINUA EN LAS PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA 393
6065 IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL RIESGO DE DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS AÑOS 394
6066 DESARROLLO DEL PLAN DE CONTINGENCIA FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19 EN UN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO 395
6068 IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA EDUCACIÓN DEL TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO CON HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH) 396
6071 EL OTRO LADO DE LAS QUEJAS 398
6074 NUEVAS FORMAS DE MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS GERONTOLÓGICOS TRAS LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2 399
6077 APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN 4.0 PARA LA MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE DEL ÁREA DE GABINETES ENDOSCOPIAS 400
6078 NOTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES. UN RETO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO 401
6081 EVOLUCIÓN DE UNA UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 402
6082 CICLO DE MEJORA DE LA ESCALA DE SEDACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. 403
6089 EL REGISTRO DE INCIDENCIAS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 404
6091 PROYECTO DE DINAMIZACIÓN DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA 405
6092 EXPERIENCIA: MÁS DE 10 AÑOS CERTIFICADOS EN LA NORMA ISO 9001:2015 406
6093 PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD “STOP AZUCAR STOP CARIES” 407
6096 LA METODOLOGIA LEAN EN LA MEJORA DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA 408
6141 VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES DEL PROFESIONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL 409
6161 ESTRATEGIA PARA EL AUMENTO DE LAS NOTIFICACIÓNES DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN EN HDM 410
6162 IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE EL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN DE UN SERVICO DE EMERGENCIAS 411
6164 ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES JUNTO CON SU PERRO DE ASISTENCIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO. 412
6165 LA ARQUITECTURA DEL CUIDADO: UNA LABOR MULTIDISCIPLINAR. 413
6178 REDEFINICIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE RESIDENTES: MÁS ÁGIL Y CENTRADO EN EL “EMPLOYEE EXPERIENCE” 414
6179 COMPLIANCE EN LAS ACOGIDAS DE CELADORES 415
6181 GESTIÓN DE PERTENENCIAS DE PACIENTES INGRESADOS Y FALLECIDOS POR COVID-19 416
6185 MEJORANDO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN 417
6231 COMPROBACION MEDIANTE CHECK LIST DEL CARRO DE PARADAS 418
6241 MEJORANDO LA SEGURIDAD EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS 419
6247 ADMINISTRACIÓN DIGITAL EN RECURSOS HUMANOS: DEL PAPEL A LA FIRMA DIGITALIZADA DE CONTRATOS Y LOS EXPEDIENTES DIGITALES 420
6251 LA VOZ DEL PACIENTE EN LAS CONSULTAS DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL 421
6255 ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA COMO CRITERIO DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL 422
6272 INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID SOBRE LA CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN 423
6286 MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. IMPACTO EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES. 424
6290 IMPLANTACIÓN DE UNA TRANSFERENCIA ESTRUCTURADA DE CALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS 425
6304 SEGUIMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES INGRESADOS POR UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA 426
6307 DEFINICIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO 427
6315 PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA 428
6320 MONITORIZACIÓN DE LA RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIA 429
6332 UTILIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS EQUIPOS DE RESPUESTA RAPIDA INTRAHOSPITALARIOS EN LA INFECCIÓN POR COVID 431
6333 UTILIDAD Y EMPLEO DE STARFISH RETROSPECTIVE 432
6347 ESTRATEGIA DE CALIDAD EN UN HOSPITAL REGIONAL. UNIDAD DE CALIDAD COMO ELEMENTO DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN 433

6360 MEJOREMOS EL LIDERAZGO DE LAS FUTURAS ENFERMERAS: ESTUDIO DE FACTIBILIDAD 434
6361 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE DETECCIÓN DE DETERIORO PRECOZ EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PROYECTO VIGILANCE 435
6379 SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RADIOFÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE RADIOFARMACIA HOSPITALARIA 436
6406 EL HOSPITAL ELÁSTICO 437
6420 ACREDITACIÓN EUROPEA DE LA ATENCIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 438
6421 BOLSA DE AUDITORES INTERNOS PARA LA EVALUCIÓN DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 439
6433 IMPLEMENTACIÓN EN LA CONSULTA DE GENETICA DE TARJETAS DESCRIPTIVAS DE PATRONES DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES GÉNETICAS 440
6443 VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA 441
6444 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL QUE SE PRESENTA AL DESARROLLO PROFESIONAL EN EL ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS 442
6447 EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: CIMENTANDO EL FUTURO 443
6469 SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS (SCU 3.0). 444
6470 ATENCIÓN SANITARIA EN REMOTO: AFRONTAR ENTORNOS VUCA DESDE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS 445
6483 INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. 446
6494 ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE UN PROYECTO PILOTO DE RECOGIDA DE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES OPERADAS DE CANCER DE MAMA? 447
6496 VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA CAMPAÑA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE NEURORREHABILITACIÓN 448
6504 LA IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN EL REGISTRO DE DOCENTES AGILIZA SU PARTICIPACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MISMOS 449
6506 MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE INGRESADO E IMPLANTACION DE UNA CULTURA DE MEJORA CONTINUA EN PROYECTO CARDIORED1. 450
6513 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE SALUD 451
6515 DETECCIÓN DE VARIABILIDAD DE LOS CUIDADOS DE LOS ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS 452
6525 ABRIMOS UN NUEVO “CANAL” DE COMUNICACIÓN 453
6527 EVOLUCIÓN Y FUTURO EN LA RECOGIDA DE LA VOZ DEL PACIENTE: DE LA PERCEPCIÓN A LA PARTICIPACIÓN 454
6532 SIN CONTENCION, CON HUMANIZACION 455
6534 MEJORAR EL CONTROL DE CADUCIDADES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO 456
6541 AULAS-TALLER EN REHABILITACIÓN CARDIACA, VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN TERAPEUTICA POR PARTE DEL PACIENTE. 457
6545 UTILIDAD DE RAE-CMBD PARA EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL PROPORCIONADA A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 458
6550 INCIDENTES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES NOTIFICADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS 459
6553 EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES DURANTE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN DOMICILIO 461
6558 AMFE DE LA AGITACIÓN PSICOMOTORA DEL PACIENTE ADULTO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRIA 462
6572 ¿CUAL ES LA HOJA DE RUTA HACIA EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CERVIX EN LA COMUNIDAD DE MADRID? 463
6574 SATISFACCIÓN DEL USUARIO: MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LAS DONANTES DE LECHE MATERNA 464
6577 DESCOORDINACIÓN ENTRE CENTROS DE URGENCIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA 465
6580 CONDICIONANTES DE LA DEPRESCRIPCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS 466
6581 DESPLIEGUE DEL MODELO DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO 467
6586 INSTRUCCIÓN TÉCNICA PARA LA PREPARACIÓN DE BOLOS DE EMERGENCIA EN LAS UCIN CON DISPOSITIVOS CON ESPACIO MUERTO 468
6589 MEJORA DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DESEO REPRODUCTIVO NO CUMPLIDO 469
6590 LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL TRASLADO Y TRANSFERENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 470
6592 PLANIFICANDO LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD 471
6594 EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NECESIDADES SOCIOSANITARIAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 472
6602 PROYECTO RCP-URGENCIAS: RECUPERAR EL CUIDADO DE LAS PERSONAS 474
6607 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS DE PROFESIONALES EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19 475
6612 IMPORTANCIA DE LA LABOR ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS NO PRESENCIALES 476
6613 TEST DE USABILIDAD IN SITU PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE EXTRACCIÓN INFORMATIZADO 477
6616 MEJORA DE LA COORDINACIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 478
6617 GESTIÓN DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES POR INGRESO HOSPITALARIO 479
6619 LA TECNOLOGIA STREAMING EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS AUMENTA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES 480
6621 EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO HOSPITALARIO UNA FIGURA QUE POTENCIA LA CALIDAD ASISTENCIAL. 481
6628 ASFARMA: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ASMA GRAVE 482
6637 DESARROLLO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNO 484
6639 JUSTIFICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO 485
6644 USO DE UNA HERRAMIENTA DE BUSINESS INTELIGENCE (POWER BI) PARA LA TOMA DE DECISIONES EN GESTION ASISTENCIAL 486
6645 LA GESTIÓN DE PRECISIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INESTABLE 487
6646 APADE: PROYECTO DE ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA 488
6649 CUIDANDO DEL PROFESIONAL: CREACIÓN DE UNA OFICINA ATENCION AL EMPLEADO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS 489
6666 ALTERACIONES PSICOLOGICAS POR LA PANDEMIA COVID-19 DEL PERSONAL SANITARIO DE UCI 490
6667 CONSULTA POST-UCI: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS 491

6679 PLAN DE TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA 492
6687 REETIQUETADO DE MEDICAMENTOS PARA DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 493
6689 SI ES NECESARIA LA PRUEBA, POR FAVOR, QUE NO ME DUELA. 494
6696 PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA 495
6700 ESTRATEGIAS EN SEGUIRIDAD DEL PACIENTE.COMUNICACIÓN EFECTIVA.HANDOVER HUMANIZADO 496
6702 ÓRDAGO A LA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERA. EXCELENCIA EN CUIDADOS 497
6713 SIMULACIÓN CLÍNICA PARA EL ENTRENAMIENTO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS 498
6722 PROYECTO DE PROACTIVIDAD EN PLANES DE MEDICACIÓN (PDM) Y PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL (IT) 499
6724 ¿SABEMOS EL IMPACTO REAL DE LA PANDEMIA EN LA REDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA? 501
6725 CONSUMO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. AISLAMIENTO POR COHORTE VS AISLAMIENTO POR HABITACIÓN INDIVIDUAL 502
6726 DESARROLLO DE UNA WEB EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN A LA POBLACIÓN Y TRANSPARENCIA. 503
6732 RONDAS DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS. CONSTATAR LA CALIDAD POST-CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 504
6735 CREACIÓN MANDO INTERMEDIO EN EL CENTRO COORDINADOR DE UN SEM PARA UN SEGUIMIENTO QUE MEJORE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 505
6737 IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SERVICIO ENFERMERO, ANÁLISIS DEL PROCESO 506
6740 IMPACTO DE LAS TELECONSULTORAS ENFERMERAS EXPERTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 507
6749 EL CAMINO HACIA UN HOSPITAL SIN PLÁSTICOS 508
6751 LOS BENEFICIOS DE PLANIFICAR LA JUBILACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS 509
6752 ¿PROVOCAN LOS ACOMPAÑANTES EL AUMENTO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR COVID EN LOS CENTROS SANITARIOS? ENTRE EL HUMANISMO Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. 510
6763 MEJORANDO LA COMUNICACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIOS Y PROFESIONALES 511
6768 SEGUNDAS VÍCTIMAS EN PERSONAL NO SANITARIO: LOS CELADORES TAMBIEN SON PARTE DEL EQUIPO. 512
6769 LOS RESIDENTES COMO SEGUNDAS VÍCTIMAS. ¿HA CAMBIADO ALGO LA PANDEMIA? 513
6780 UN PASO MÁS: NUEVAS TECNOLOGÍAS COMBATEN LA INSEGURIDAD TRAS ALTA HOSPITALARIA. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN NEONATAL 514
6785 COMISIÓN DE CUIDADOS HOSPITALARIA: HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 515
6787 BELIEVE IN ART (BIA) 9 AÑOS HUMANIZANDO HOSPITALES A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CONTEMPORÁNEA. 516
6796 UNA VISIÓN DIFERENTE DE LA SEGURIDAD, ¿ CÓMO NOS VE EL PACIENTE? 517
6797 PDCA, EMPODERAMIENTO DEL USUARIO Y TRABAJO COLABORATIVO: CREANDO VALOR EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL 518
6800 COMUNICACIÓN INTERNA EN UN EQUIPO, TODO UN RETO. 519
6801 LISTADO DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 520
6806 LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL CON LA CREACION UNIDADES DE CONVIVENCIA EN RESIDENCIA 521
6810 IMPLEMENTACIÓN DE SCREENING DE VITAMINA D EN POBLACIÓN ADULTA ASINTOMÁTICA COMO PRÁCTICA DE BAJO VALOR 522
6819 APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA FORTALECER EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN PEDIATRÍA 523
6822 PROGRAMA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 524
6826 ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE, HUMANIZANDO CON CALIDAD 525
6827 DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO AUTOMATIZADO DE EXTRACCIÓN DE DATOS DE DMAE DESDE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA SU USO PRIMARIO Y SECUNDARIO 526
6829 DEFINICIÓN DE UN MODELO DE MARKOV PARA EVALUAR EL COSTE UTILIDAD DE LA UNIDAD DE CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO. 527
6830 EVOLUCIÓN DEL MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD 528
6836 TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LA APLICACIÓN EPSALUD: CLAVE DEL ÉXITO PARA LA ACCESIBILIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES. 529
6837 INNOVACIÓN TELEMÁTICA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL PACIENTE EXTERNO. 530
6841 MAPA DE RIESGO A PARTIR DE LOS EVENTOS ADVERSOS(EA) NOTIFICADOS EN UN TERRITORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA 531
6851 SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA A PACIENTES CRONICOS EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AL INICIO DE LA PANDEMIA COVID 19 532
6853 DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE CAPACITACIÓN DE ENFERMEROS EN SEDACIÓN Y CUIDADOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA 533
6861 LA ALFABETIZACIÓN INFORMÁTICA DE LOS PROFESIONALES COBRA IMPORTANCIA A MEDIDA QUE LA SALUD DIGITAL AVANZA. 534
6862 MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE AMBULATORIO DE SALUD MENTAL 535
6864 “EDUCACIÓN PARA LA SALUD” A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 536
6876 IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE JCI EN LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO 537
6882 IMPLICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA VALIDACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD 538
6886 INFLUENCIA DE LA ADAPTACIÓN A LA JOINT COMMISSION EN LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA. 539
6889 PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD NO DESEADA 540
6892 MAPA DE EVIDENCIA SOBRE HERRAMIENTAS PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDIA Y LARGA ESTANCIA 541
6893 MAPEADO DE RIESGOS EN UN ENTORNO HOSPITALARIO CON DISTINTOS NIVELES DE COMPLEJIDAD 542
6894 DESPLEGANDO LA GESTIÓN LEAN EN UN HOSPITAL. 543
6897 MIDIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE: CORRELACION ENTRE NPS Y NIVEL DE SATISFACCION 544
6899 LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS RESPUESTAS A LAS RECLAMACIONES. 545
6900 TRABAJO EN RED PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 546

6902 NO HACER EN BRONQUIOLITIS ¿NOS ESTAMOS ADECUANDO? 547
6903 ¿QUÉ TIENEN QUE DECIR LAS PERSONAS QUÉ VIVEN EN SOLEDAD NO DESEADA SOBRE SU ATENCIÓN? DISEÑO DE UN PROTOCOLO 548
6905 IMPACTO DE LA WEB ATENCIÓN PRIMARIA COMO PUNTO DE INFORMACIÓN Y TRABAJO COORDINADO PARA LOS PERSONAL 549
6906 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CONSULTAS EXTERNAS EVALUADA MEDIANTE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS 550
6912 ACCIONES MÉDICAS PARA LA MEJORA DEL CAMBIO CLIMÁTICO Y LA SALUD POBLACIONAL. PROGRAMA MAS+ 551
6918 EL VISADO DE PRESCRIPCIONES ELECTRÓNICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 552
6919 SISTEMA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS 553
6920 TRAS LA TEMPESTAD NO LLEGA LA CALMA. EL VALOR DEL RECURSO HUMANO. 554
6921 DISEÑO DE UN DOCUMENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN UN HOSPITAL 555
6923 CONTRIBUCIÓN DE UN HOSPITAL A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) 556
6925 EXPERIENCIA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO EN TIEMPOS DIFÍCILES 558
6933 UNIDAD DE CALIDAD INTERHOSPITALARIA DE 4 HOSPITALES 559
6939 EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA FASE PREANALÍTICA 560
6950 ACERCÁNDONOS A LA REALIDAD DE NUESTRA COMUNIDAD: NECESIDADES Y POSIBLES RECURSOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD MARROQUÍ 561
6951 ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DESDE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA 562
6952 RESOLUCIÓN ENFERMERA EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD SEMIURBANA 563
6986 UNIDADES DE CALIDAD. EXPERIENCIA TRAS INSTRUCCIÓN DE NORMALIZACIÓN. 564
7015 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SEGUIMOS AVANZANDO EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO 565
7049 GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA 566
7055 EVALUACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE EVIDENCIA ENFERMERA: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR 567
7057 FOMENTO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN UN HOSPITAL PRIVADO 568
7082 DECÁLOGO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA 569
7092 ¿ES EQUITATIVA LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE MEDICOS DE FAMILIA EN CENTROS DE SALUD DE A. P. EN BASE A LA POBLACIÓN? 570
7105 SEGURIDAD: MONITORIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA CON TELEMETRIA DESCENTRALIZADA 572
7116 OPORTUNIDADES DE MEJORA A PARTIR DE INCIDENCIAS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL 573
7130 INNOVANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL: APLICACIÓN PROACTIVA EN SEGURIDAD DE PACIENTES “PROSP CAT.” 574
7140 LA PERSPECTIVA PROFESIONAL Y LAS PRINCIPALES FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR 575
7146 PILOTAJE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR (UAF) EN CENTRO DE SALUD DE PIEDRAS BLANCAS (AREA SANITARIA 3) DE ASTURIAS 576
7147 OPTIMIZACIÓN DE LOS TIEMPOS EN LOS BOX DE URGENCIAS 577
7153 BUSCANDO LA CAÍDA DE LAS CAÍDAS(O COMO ACTUAR IMPIDIENDO DESPLOMES ACCIDENTALES) 578
7155 EFECTIVIDAD EN UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA CALIDAD DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES SANITARIOS 579
7158 ABORDAJE DE LA GESTION DE RIESGOS EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD 580
7159 IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST O LISTA DE VERIFICACIÓN (LV) DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ICS DE LA CATALUNYA CENTRAL 581
7161 PLAN DE RACIONALIZACIÓN DEL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ANÁLISIS CLÍNICOS 582
7169 PLATAFORMA MHEALTH PARA DAR SOPORTE A LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RESPIRATORIAS 583
7174 CIRUGERES: ESTUDIO NACIONAL SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN ESPAÑA 584
7178 OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO 585
7181 GESTIÓN DEL RIESGO EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS 586
7194 SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI): ELEMENTO CLAVE PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN UN SOCIOSANITARIO 587
7197 ERRORES DE MEDICACIÓN: UNA REALIDAD QUE SE PUEDE Y DEBE MINIMIZAR 588
7200 ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE CLIENTES INTERNOS CON LOS SERVICIOS CENTRALES A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO ONLINE 589
7207 UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS TIC POR LOS COMITES TECNICOS CONSULTIVOS 590
7217 “IMPLANTACIÓN DE LA RECOMENDACIÓND DE NO CANALIZAR ACCESOS VENOSOS CENTRALES SIN ECOGRAFÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL” 591
7221 ¿OTRO CAMBIO EN LA AGENDA? 592
7224 IMPLANTACIÓN NUEVOS CIRCUITOS Y FORMULARIOS DE CRIBADO CÁNCER COLON Y RECTO: PILOTAJE EN HOSPITAL TERCIARIO 593
7225 PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE SEGUNDAS VICTIMAS EN ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CHILENOS 594
7235 MEJORA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL 595
7236 MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL POR MEDIO DEL REGISTRO DE INCIDENCIAS 596
7242 ANALISIS DE LA RELACION CON LOS CLIENTES DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD 597
7244 IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES MEDIANTE PREM 598
7245 ANALISIS DE LA GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD 599

7254 VALORACION DESPUES DE TRES MESES DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS 600
7261 CHERRIES, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INCLUSIVAS 602
7266 MAPAS VISUALES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA GESTIÓN DE BROTES EN UN SOCIOSANITARIO 603
7286 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EL CONSUMO DE PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA COMO INDICADOR 604
7292 VACUNACIÓN OPORTUNISTA CONTRA LA COVID-19 EN UN SOCIOSANITARIO 605
7293 EVALUACIÓN DEL AMBIENTE EDUCATIVO EN EL GRADO EN ENFERMERÍA 606
7321 LA IMPORTANCIA DE LOS PORTALES DE INFORMACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS 607
7353 DIFUSIÓN DE PRACTICAS CLÍNICAS SEGURAS EN ENFERMERÍA: DOCE SEMANAS, DOCE RECOMENDACIONES 608
7444 EL PAPEL DEL FORO DE PACIENTES EN LOS ORGANOS DE GOBERNANZA 609
7446 PERFIL DE COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EFICAZ DE UNA UNIDAD DE CALIDAD 610
7782 PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN DISTRITO SANITARIO 611
8522 IMPACTO DEL NUEVO CIRCUITO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE CITA PREVIA: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA 612
4790 ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIPERKALEMIA EN ESPAÑA 613
5327 MORTALIDAD, SINTOMATOLOGÍA Y DECLIVE FUNCIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS 614
5351 SATISFACCIÓN POR VALORES, UNA NUEVA FORMA DE GESTIONAR 615
5445 PROXIMITY: DIGITALIZACIÓN EN LA ESCUCHA ACTIVA DEL PACIENTE VIH. LA SALUD MENTAL COMO PRIORIDAD ASISTENCIAL 616
5563 OPTIMIZACION DE LA SEDOANALGESIA Y CONTROL DEL DELIRUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS 617
5675 LEAN E INFORMATIZACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON AUTISMO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL 618
5881 MONITORIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA A PACIENTES EN UNA MUTUA LABORAL 619
5902 MEJORANDO LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE 620
5939 DIGITALIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS 621
5947 MEJORA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA 622
5976 IMPLEMENTACIÓN DE UNA CERTIFICACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 623
6086 HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA 624
6177 BASE DE DATOS DE LA UNIDAD DE CELADORES: HERRAMIENTA DE ADECUACIÓN DE EFECTIVOS 625
6180 BENEFICIOS DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL 626
6183 TOMA DE DATOS. DE: “YO NO SOY ADMINISTRATIVO” A: “DADME LA HOJA DE LA ACTIVIDAD” 627
6186 TRASLADO DE ENSERES DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE PANDEMIA 628
6330 ¿RESULTA DE UTILIDAD EL ANALISIS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS POR INFECCION COV 629
6351 NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA FORMACIÓN ON-LINE EN SEGURIDAD DE PACIENTES 630
6445 ANTIBIÓTICOS , DAMOS DEMASIADOS ? 631
6530 COORDINACIÓN PARA PREVENIR Y MEJORAR LA DISFAGIA EN LOS PACIENTES DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS 632
6535 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS HERIDAS: IMPACTOS EN DURACIÓN Y AUTOCUIDADO 633
6552 DESARROLLO DE LÍNEA DE TRABAJO EN REHABILITACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO 634
6561 EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DEL SALUD EN UN SECTOR SANITARIO RURAL DE ARAGÓN TRAS 20 AÑOS. 635
6566 PROYECTO DE MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS CONTENCIONES QUÍMICAS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES 636
6598. COVID PERSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRABAJO 637
6664 SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS Y TCAE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA COVID-19 638
6712 INCREMENTO DEL MALTRATO INFANTIL. CAMPAÑA DE PREVENCIÓN. 639
6741 IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO MIXTO ASISTENCIAL-INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN 640
6742 PROPUESTA DE MEJORA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN A POBLACIÓN NO ASIGNADA 641
6759 INFECCIÓN COVID-19 Y COINFECCIÓN NOSOCOMIAL POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN MEDICINA INTENSIVA: PREVENCIÓN Y CONTROL 642
6760 REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA 643
6765 ATENCIÓN DE ADICCIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA UASA (UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES) 644
6835 BENEFICIOS DE LA IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA CON ATENCIÓN TELEM 645
6854 RELACIÓN DE LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA CON LA POLIFARMACIA Y PROBLEMAS ASOCIADOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA 646
6872 MEJORAR EL ENTORNO PARA MEJORAR LA SALUD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 647
6888 ALIANZA DE RASTREO CON EL SERVICIO DE PROTECCIÓN CIVIL DE NUESTRA COMUNIDAD 648
7124 IMPORTANCIA DE LA VISIÓN HOLÍSTICA EN EL MANEJO DE ÚLCERAS CRÓNICAS EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO REVISIÓN DE U 649
7152 ADECUACIÓN DEL PLAN ALIMENTARIO PARA PERSONAS CON DISFAGIA. INNOVACIÓN GASTRONÓMICA 650
7172 PASEOS AL SOL: HUMANIZANDO LOS CUIDADOS EN CIRUGÍA 651
7173 ENDOCARDITIS COMO IRAS: ESTUDIO DE DOS CASOS 652
7248 PROYECTO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS 653
7284 CULTURA DE SEGURIDAD EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS TUTELADAS EN EL GRADO DE ENFERMERIA 654
7294 SEGURIDAD DE PACIENTES: ESTANDARIZACIÓN E INFORMACIÓN 655
5367 ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE HEMOGLOBINA GLICADA BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES 656

6274 TÉCNICA PUNCIÓN RESERVORIO VENOSO 657
6559 ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PROTEINOGRAMAS BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES 658
6860 “OS ESPERO. NO ME VOY A MOVER DE AQUÍ” 659
6870 ¿CÓMO MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y SUS MUESTRAS EN LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS? 660
7198 GEOHEALTH: SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA ORIENTADO A LA GESTIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓ 661
7220 VUELTA AL COLE PARTIENDO DE LA BASE 662
7028 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN ENDOSCOPÍA DIGESTIVA PEDIÁTRICA 663
5215 PROPUESTA DE GESTIÓN DE PROCESO DE EUTANASIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 664
5715 EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN: MEJORANDO EL VALOR DEL SENTIDO DE PERTENENCIA HOSPITALARIO. 665
6072 RCP BÁSICA EN COLEGIOS E IES 666
6591 LIDERANDO DESAFÍOS: ESTRATEGIA PARA FOMENTAR LA HIGIENE DE MANOS Y REDUCIR LAS IRAS 667
6832 VACUNACIÓN NO TRAUMÁTICA 668

PROYECTO FASTER. TECNOLOGIAS AVANZADAS PARA UNA RESPUESTA SEGURA Y EFICAZ ANTE LAS EMERGENCIAS

FRANCISCO JOSE CARRILLO ZAMORA; ANA MARIA CINTORA SANZ; SOLEDAD GOMEZ DE LA OLIVA; JULIO RUIZ PALOMINO; MARIA ROSA MORENILLA RODRIGUEZ; ASUNCION COLOMER ROSAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112,

ID: *4525*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Los primeros intervinientes en situaciones de emergencia de todo el mundo comparten la misión de garantizar la seguridad de la población. Debido a la naturaleza de su trabajo operan a menudo en desastres en condiciones de riesgo y están expuestos a amenazas no visibles naturales o provocadas, pudiendo además sufrir riesgos no identificados que impidan que completen su misión y pongan en riesgo su vida.

Las tecnologías innovadoras son una oportunidad para mejorar la eficacia y seguridad de emergencias en catástrofes.

OBJETIVO

Evaluar un conjunto de tecnologías innovadoras (FASTER) en la identificación de riesgos y servicios de coordinación portátiles con relación a la mejora de la eficacia y seguridad del personal interviniente en situaciones de emergencias.

MATERIALES/METODOS

Equipo de investigadores: personal experto en emergencias y catástrofes.

Nuevas tecnologías de apoyo, para suplir las dificultades de los sistemas tradicionales de respuesta a desastres: UAV (vehículo aéreo no tripulado) y UGV (vehículo terrestre no tripulado) por sus capacidades de mapeo y transporte, comunicaciones resilientes compartidas y mini UAV para eludir obstáculos a través de hololens.

Criterios estandarizados de evaluación tras testeo y pilotaje de la tecnología en simulacros desarrollados en periodo de estudio

RESULTADOS

1.- Mejora en la evaluación inicial de la catástrofe gracias al uso de enjambre de drones y el uso de UGV que obtuvieron .....e l mapeo de la zona en 2D /3D.

2.- Disminución del riesgo en maniobras de localización y rescate de víctimas con el uso de UAV, UGV con cámaras térmicas y detectores de gases y usos de sensores de monitorización.

3.- La plataforma de control común, permite la coordinación precoz entre todos los equipos, manteniéndolos informados de los avances, compartiendo geolocalización, imágenes y mensajes, in situ.

CONCLUSIONES

El proyecto evidencia la necesidad de optimizar la coordinación para mejorar la eficacia de los servicios de emergencia, gestionando la información del desastre y de los riesgos, de forma inmediata y coordinada entre todos los servicios de emergencia implicados, sea de seguridad, bomberos o sanitarios, mediante una comunicación más eficaz entre todos 1os intervinientes y los centros de coordinación.

Se evidencia la mejora en la rapidez de comunicación y coordinación ante el caos inicial de la emergencia ganando tiempo a favor de la asistencia a las víctimas en incidentes tanto naturales (terremotos y inundaciones) como los producidos por el hombre.

El resultado muestra la posibilidad de mejorar la comunicación entre los intervinientes sobre el terreno y los centros de coordinación, permitiendo el intercambio en tiempo real de información crítica sobre la respuesta, la seguridad y la localización de los intervinientes y de las víctimas.

MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO CON TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

MARÍA VICTORIA ROMERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

ID: *4934*
Tipode comunicación: Oral Larga
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Dolor crónico, calidad de vida, terapias cuerpo-mente, analgesia mental, empoderamiento del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de dolor crónico (DC) en España es del 17%. El DC es una experiencia compleja y multidimensional, su elevada prevalencia, a pesar de los fármacos y la alta tecnología empleados, lo convierten en un problema de salud pública con alto consumo de recursos sanitarios y gran impacto psicosocial en la vida del paciente. Se recomienda un enfoque más integral, interdisciplinar, con enfoques farmacológicos y no-farmacológicos, otorgando un papel protagonista a los pacientes en el control del dolor y la mejora de su propia salud. Nuestro Hospital realiza talleres para el control del DC no oncológico con Terapias no-Farmacológicas desde 2016, han participado 160 pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del taller en el control del dolor y la mejora de la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental intragrupo “antes-después”, comparando dolor, bienestar, uso de fármacos, calidad de vida y autoestima antes de iniciar el taller y al finalizar. El taller consta de 5 sesiones (1/semana) de 3 horas cada una, sobre 20 pacientes por taller. La metodología es participativa y experimental, integra técnicas mente-cuerpo: relajación, atención plena, terapia cognitiva conductual, afirmaciones, perdón, hábitos saludables y analgesia mental.

RESULTADOS

Se evalúan las 3 últimas ediciones: 9ª (nov2021), 10ª (feb2022) y 11ª (mar2022). A) Satisfacción con el taller (41 pacientes): Satisfacción global (escala 0-10) (9,9); Claridad de contenidos (9,7); Conveniencia de las actividades (9,8); Utilidad del taller para manejar el dolor (9,6) y la enfermedad (9,5); recomendación (9,9). B) Resultados en salud (43 pacientes): El dolor (escala 0-10) disminuyó una media de 1,62 (SD:1,70); el bienestar (0-10) aumentó 1,71 (SD:1,92); la calidad de vida (0-1) aumentó 0,179 (SD:0,200); el estado de salud (0-100) aumentó 21 (SD:26,08) y la autoestima (9-36) aumentó 4 (SD:3,85). C) Autovaloración del impacto del taller en la salud (32 pacientes). Resultados por edición: a) disminuyeron el dolor con las técnicas el 86,7; 100 y 87,5%, respectivamente; b) disminuyeron la medicación el 71,4%; 77,8% y 78,6%; disminuyeron la frecuencia de las tomas: 70,0; 85,7 y 64,3%; disminuyeron las dosis: 66,7; 85,7 y 42,9%; dejaron de tomar algún fármaco: 30,0; 71,4 y 57,1%. c) hábitos más saludables: el 85,7; 100 y 71,4%. d) Mejoraron estado de ánimo el 73,3% de la edición 9ª, el 13,3% un poco. En edición 10ª, al finalizar el taller, el 56% dijo estar alegre (vs 30% al inicio); 44% normal (vs 40%); 0% desanimado (vs 30%) y 0% deprimido (vs 30%). Edición 11ª: 50% estaba alegre al terminar (vs 5%); 50% normal (vs 40%); 0% desanimado (vs 35%) y 0% deprimido (vs 20%). D) Técnicas más útiles: meditación (22,8%), analgesia mental (16,5%), relajación (15,2%), afirmaciones (13,9%) y técnica del perdón (11,4%).

CONCLUSIONES

Además de los resultados expuestos, los pacientes expresan que el taller ha impactado muy positivamente en sus vidas y en su entorno social.

PREVENCION DE CEGUERA EVITABLE MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES DE DERIVACION ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

MARÍA DE FATIMA ALVAREZ GIL [1]; LUIS JACOBO CASTILLON TORRE [2]; PABLO JAVIER CATALAN MUÑOZ [2]; MARIA EUGENIA MANTRANA BERMEJO [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, BORMUJOS, SEVILLA, [2] HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, [3] HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO

ID: *5055*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Ceguera evitable Derivación interniveles Cribado visual Priorizacion en la cita*

JUSTIFICACIÓN

Reducción de los casos de ceguera evitable mediante el establecimiento de un modelo asistencial colaborativo entre Atención Primaria (AP) y Oftalmológica, a través de un entorno virtual.

OBJETIVOS

1)Desarrollar un método de cribado de las derivaciones desde AP a Especializada (AE) para establecer la prioridad de atención de cada paciente. 2)Acortar los tiempos de espera en los pacientes que precisen un tratamiento precoz, disminuyendo los casos de ceguera evitable. 3)Mejorar la comunicación y coordinación interniveles. 4)Optimizar herramientas digitales existentes de transmisión de imágenes e historia clínica, para la derivación virtual.

METODOLOGÍA

Estudio Piloto realizado entre 3 Centros de Salud del área y el Servicio de Oftalmología. Usamos una herramienta digital para la derivación de pacientes desde AP a AE, mejorándola con la creación de 3 plantillas de anamnesis, según grupos de motivo de consulta más frecuentes en oftalmología: disminución de agudeza visual, molestias oculares, alteraciones palpebrales y conjuntivales. Durante 6 meses los profesionales de AP derivaron a Oftalmología con esta herramienta, aunque podían hacerlo también usando el modelo habitual. Al utilizar las plantillas sindrómicas se permite al oftalmólogo receptor de la petición establecer criterios de prioridad en la cita presencial, pudiendo citar al paciente de forma urgente, preferente, sin prioridad o no citarlo.

RESULTADOS

Analizamos las derivaciones desde AP de adultos y pediatría durante los 6 meses del piloto: se habían derivado 509 pacientes a través del sistema habitual y 413 con la herramienta informática. De estos 509 primeros, los adultos fueron vistos en oftalmología a los 5 meses de la petición de cita, y los niños, a los 3 meses. De los 413 derivados con la herramienta digital, el 17% se citó con carácter urgente (antes de una semana), el 36% se vio en consulta antes de 1 mes, el 20% se citó en 2 meses, el 9% a los 3 meses o más, el 4% recibió cita directamente en optometría y un 14 % no precisó cita en AE.

CONCLUSIONES

La especialidad de Oftalmología es una de las que recibe un mayor número de derivaciones desde AP. Éstas habitualmente no están separadas según criterios de prioridad, lo que deriva en el retraso de la asistencia para aquellos casos que podrían beneficiarse de un tratamiento precoz y que de lo contrario padecerán una pérdida de visión en muchos casos irrecuperable. Es imprescindible mejorar los sistemas de derivación, aumentando su calidad, engrasando la relación interniveles mediante la implantación de herramientas de derivación consensuadas, que utilicen soportes informáticos, así como guías y protocolos especificos. Con el sistema empleado se logró mejorar la accesibilidad de los pacientes a la atención oftalmológica, al establecer criterios que indicaban prioridad en la sospecha diagnóstica del oftalmólogo, atendiendo en menos de una semana a los casos con sospechas diagnósticas graves o incapacitantes.

VITREO DIRECT: PROGRAMA DE MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y PROFESIONAL EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREO

MODESTO MARTINEZ PILLADO [(1)]; ELOY VISO OUTEIRIÑO [(2)]; LORENA ESTELA DOVAL [(3)]; JORGE GARCIA- BORREGON [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA E O SALNÉS, [(2)] AREA SANITARIA DE PONTEVEDRA E O SALNES, [(3)] NOVARTIS ESPAÑA

ID: *5112*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SAFETY MANAGEMENT; patient navigation; retina; clinical safety*

JUSTIFICACIÓN

A partir de un incidente de seguridad clínica en el contexto de pandemia, el jefe de servicio lideró un equipo de mejora de la Unidad de Terapia Intravitrea. Formado por enfermería, facultativos, unidad de calidad y pacientes (“Mariana como referente”), planificaron las mejoras seguridad clínica y seguimiento de los cambios realizados

OBJETIVOS

- Evaluar la satisfacción de los pacientes con las mejoras realizadas, nivel de seguridad clínica. en la UTI
- Evaluación de la imagen reputaciónal por pacientes y profesionales
- Evaluar la satisfacción de los profesionales con la definicón de tareas, grado de participación en los cambios
- Evaluar las expectativas del líder respecto de la aceptación por los profesionales de los cambios realizados y la reputación

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación del impacto de las mejoras organizativas realizadas entre ene.2021- ene.2022 en la Unidad de Terapia Intravítreo en un Área Sanitaria de 300.000 habitante. Estudio descriptivo transversal. Muestreo en bola de nieve pacientes. Participación de todos los profesionales de la UTI (.administrativos, sanitarios) Encuesta semiestructurada con escala ordinal tipo Likert. Encuesta con validación por equipo expertos y pacientes, con las siguientes subescalas: satisafacción, seguridad clínica, grado de reputación. Para la evaluación de la reputación se utilizaron NET PROPOSAL SCORE. (n=50 paciente) (n=16 profesionales). Periodo evaluación 24 dic-13 enero, realizado por la Unidad de Calidad.

RESULTADOS

- Evaluación participacion, acogida y cambios realizados: totalmente de acuerdo: profesionales (100%) y pacientes (83%)
- Evaluación seguridad clínica: profesionales (80%) pacientes (92%) totalmente de acuerdo en que ha mejorado la seguridad clínica
- Evaluacion reputacional: EL 100% profesionales y EL 90% pacientes recomendarían la UTI a otros pacientes o profesionales
- Las expetativas del líder son concordantes con los resultados en la evaluación de los profesionales en un 90%
- No se constató ninguna complicacion (p.ej.,endoftalmitis) en el periodo evaluado

CONCLUSIONES

1. El grado de acpetacion de pacientes y profesionales ha obtenido la mayor calificación conjunta sin parangón en la literatura, con ningún otro cambio.
2. Acción innovadora: participa un paciente como referente en el equipo de mejora. El paciente como docente (en la sesion clínica general)
3. Aporta valor al sistema sanitario, porque hemos demostrado que los cambios en la pandemia pueden ser efectivos y con alta aceptación
4. Es una acción fácilmente reproductible en otros entornos.
5. La evaluación reputacional de nuestra UTI, ha logrado niveles rozando la excelencia.
6. La encuesta validada para la mejora de la seguridad clínica, resultados asistenciales así como la imagen reputacional puede ser útil para establecer mejoras por comparación
7. Antes de la mejora de procesos asistenciales, es recomendable aplicar metodología Lean.
8. El mapeo de experiencia de pacientes es recomendable para una mejora.

CÓDIGOS QR EN QUIRÓFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

DELIA VILLACAMPA SARASA; ALICIA MARTIN MARTIN; FRANCISCA CATALAN MARTINEZ; VANESA RODRIGUEZ RODRIGUEZ; ARACELI POLO GARCIA; ESTHER ESTEBAN CAMPOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL OBISPO POLANCO

ID: *5174*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *QUIRÓFANO, CODIGOSQR, ENFERMERÍA, SEGURIDAD DEL PACIENTE*

El quirófano es una unidad de alta complejidad y especialidad, debido a las diferentes intervenciones quirúrgicas que se realizan. La formación del personal que integra el equipo quirúrgico es de gran valor y una definición correcta de sus competencias, es primordial para un buen desarrollo de la intervención quirúrgica.

La seguridad del paciente es el punto de partida.

La alta rotación de profesionales por los diferentes quirófanos, pone en juego dicha seguridad. Es por ello que vimos una posible mejora en el servicio, realizando unas fichas que integran todo lo necesario para una correcta preparación quirúrgica por parte de todos los profesionales que componen el equipo quirúrgico.

Los objetivos son evitar la variabilidad preparatoria, realizar una correcta preparación del quirófano (evitar olvidos de material/instrumental, disminuir entradas y salidas al quirófano (riesgo de infecciones intraoperatorias), evitar imprevistos con sus consecuencias y además, disminuir la ansiedad del personal de nuevo ingreso en la unidad y facilitar su trabajo.

Para llevar a cabo dicha mejora, se llevó a cabo la siguiente metodología: formación de un grupo de trabajo con el personal del quirófano, creación de una cuenta en ONEDRIVE a través de la cual poder trabajar de manera remota pero conjunta, diseño del contenido y disposición de las fichas, elección de la ficha definitiva que servirá de patrón para todas las especialidades, recopilación precisa de datos para rellenar las fichas según la intervención quirúrgica, volcado de información, contactar con las casas comerciales para que nos proporcionen técnicas quirúrgicas de traumatología, elaboración de códigos QR para cada ficha en cuestión, implementación y evaluación con un cuestionario.

El resultado son 145 códigos QR, distribuidos por diferentes especialidades. Cada código QR contiene una ficha con los siguientes apartados: título de la IQ, mesa quirúrgica a utilizar, accesorios de la mesa, posición quirúrgica ilustrada, cobertura, aparataje, material fungible, suturas, instrumental y técnica quirúrgica.

Hay un código de color de letra para cada categoría profesional: LETRA AZUL: Celadores; LETRA VERDE: TCAES; LETRA NEGRA: Enfermería, LETRA ROJA: Instrumental en esterilización, LETRA ROJA SUBRAYADA: Instrumental prestado; Material/accesorios/etc. seguido de asterisco*: preguntar al facultativo.

El código de colores sirve para que cada categoría profesional dentro del equipo quirúrgico, sepa lo que tiene que preparar.

También existe otro código de colores por especialidades, que se aprecia en el fondo de la ficha y que coincide con el existente en la central de esterilización.

En las fichas de traumatología hay un hipervínculo con la técnica quirúrgica de la casa comercial. El contenido de la ficha se puede editar en base a las novedades quirúrgicas

Los códigos están disponibles en cada antequirófano, su lectura se realiza a través de un lector de códigos QR.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y DISPENSACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

ANDREA PINILLA RELLO; HERMINIA NAVARRO AZNÁREZ; LUCÍA CAZORLA PODEROSO; OIHANA PASCUAL MARTÍNEZ; BEATRIZ ABAD BAÑUELOS; Mª REYES ABAD SAZATORNIL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5183*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *telefarmacia, atención farmacéutica, adherencia, COVID-19*

JUSTIFICACIÓN

La telefarmacia es una herramienta que nos ofrece la posibilidad de realizar atención farmacéutica (AF) telefónica.

OBJETIVOS

Evitar la interrupción o falta de persistencia al tratamiento crónico de los pacientes externos de un hospital terciario durante la pandemia por COVID-19 asegurando la adherencia mediante AF telefónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante la pandemia, se diseñó un circuito basado en AF telefónica y envío de medicación a domicilio para todos los pacientes que dieran su consentimiento. Se realizó en colaboración con Informática implantándose el 25/marzo/2020 con un seguimiento de 8 semanas.

Además, realizamos seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes citados que no acudieron a recoger la medicación, mediante telefarmacia con el fin de asegurar la adherencia del tratamiento y confirmar cuál ha sido el motivo para no asistir a la cita, siendo una parte de ellos nuevamente citados y en aquellos con imposibilidad para acudir a la cita, se realiza envío a domicilio. Se identificaron pacientes perdidos en el sistema (tanto de consultas como de pacientes externos), se evitan aglomeraciones en la sala de espera, se reorganizan los pacientes y se disminuyen los tiempos de espera. Para reforzar el recuerdo de la cita, se implantó el envío automático de un recordatorio a su correo electrónico. Se analizaron los resultados desde septiembre/2021-abril/2022.

En ambas fases se revisaba que el paciente conociese su tratamiento en cuanto a dosis, efectos adversos e interacciones, haciendo hincapié en los cambios de tratamiento. Se registraron como variables: número de historia, programa, código postal, si se realiza seguimiento farmacoterapéutico y tipo de AF recibida.

RESULTADOS

Respecto al envío a domicilio durante 8 semanas de seguimiento, se realizaron una media diaria de 70,2(25-109) envíos en la ciudad y 11,4(4-26) en los pueblos de la provincia. En total, 3116 envíos (88,0% ciudad y 12,0% ámbito rural).

Desde septiembre/2021-abril/2022, realizamos seguimiento farmacoterapéutico telefónico en 3208 pacientes, siendo el 84,4% de Zaragoza ciudad y el 15,6% ámbito rural. De estos 3208 pacientes, en más del 70,0% se realizó telefarmacia, y de ellos el 30,7% solicitaban una nueva cita, el 28,3% pasarían a recogerla durante la semana sin poder concretar cita y el 11,3% tenían todavía medicación hasta consulta. Como limitación tenemos un 28,1% de los pacientes que no respondían o que no conseguíamos contactar con ellos.

CONCLUSIONES

Con la dispensación y seguimiento implantado conseguimos localizar a pacientes perdidos por el sistema y evitamos la falta de adherencia al tratamiento al realizar un seguimiento estrecho de los pacientes, acercando la medicación a los pacientes con dificultades de desplazamiento o situación familiar complicada con imposibilidad para venir a recogerla. Con el sistema de citas, se reducen las esperas y las aglomeraciones, dedicando el tiempo que están en la consulta íntegramente a AF.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON EII. EL VIAJE DE SU VIDA QUE REDEFINE LA ASISTENCIA SANITARIA

MÓNICA SIERRA AUSÍN; PATRICIA SUÁREZ ÁLVAREZ; MARÍA GARCÍA PRADA; NOELIA CANO SANZ; MARTA EVA GONZÁLEZ PÉREZ
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

ID: *6730*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Mapa de viaje del paciente; integración voz paciente; procesos asistenciales*

JUSTIFICACION

La Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII) repercute en la calidad de vida de las personas con esta enfermedad. Las vivencias experimentadas en las fases de ese viaje, pueden ayudar a identificar puntos de mejora y redefinir el proceso asistencial integrando al paciente. Además, identificar los sentimientos y emociones permitirá humanizar el proceso asistencial.

OBJETIVOS

- Identificar los sentimientos y emociones del paciente en cada una de las fases.
- Reconocer áreas de mejora en cada una de las fases (prediagnóstico, diagnóstico, seguimiento).
- Identificar puntos fuertes en el proceso asistencial.
- Remodelar el proceso asistencial de nuestra unidad EII, tras la integración de la voz del paciente.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un taller con 12 pacientes.

Se les envío una carta con los objetivos a perseguir y unas fichas de cada una de las fases, para su reflexión previa. De forma grupal se recogieron las emociones, sentimientos y áreas de mejora, mediante método “brainstorming”.

Posteriormente realizamos el mapa de empatía, el viaje del paciente con EII, y las propuestas de modificación del proceso asistencial.

RESULTADOS

- Los sentimientos y emociones en cada una de las fases del viaje fueron: prediagnóstico(incertidumbre, ansiedad y enfado), diagnóstico (alivio, esperanza, inseguridad) y seguimiento (miedo al fracaso del tratamiento, incompresión en el trabajo, agotamiento).
- Puntos de mejora en el proceso asistencial: en fase prediagnóstico (mayor conocimiento de la enfermedad en urgencias y atención primaria, errores en el diagnóstico, atención más precoz por especialistas de EII, mejor coordinación entre atención primaria y especialistas, circuitos de derivación directos), fase diagnóstico (falta de información al inicio, identificar signos y síntomas de alarma, poco tiempo en las consultas, cuidar la parte afectiva y emocional, pacientes expertos); fase seguimiento(atención también en turno de tarde, evitar trámites burocráticos, mejora de instalaciones, mayor intimidad y coordinación entre especialistas).
- Puntos fuertes de la unidad EII actual: toma de decisiones compartidas, información transmitida, la enfermera de EII (a demanda, cercana, experta), la coordinación y consultas con otros especialistas.
- Se establecieron varios proyectos de mejora en el proceso asistencial: la coordinación con Atención Primaria; perseguir objetivos vitales de cada paciente y en especial trabajar en la parte afectiva, laboral y social y demanda en la mejora de algunas de las infraestructuras para una mayor humanización.

CONCLUSIONES

Incorporar la voz y experiencia del paciente, ha permitido identificar sentimientos y emociones en cada una de las fases. Identificar áreas de mejora desde el punto de vista del paciente y de los puntos positivos, redirige los esfuerzos en la redefinición del proceso asistencial de forma conjunta entre profesionales sanitarios y personas con esta enfermedad

CUADROS DE MANDO DE EVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADO: ACCESO VASCULAR, LACTANCIA MATERNA Y OBESIDAD INFANTIL

LUCIA GARATE ECHENIQUE; MARIA ANGELES CIDONCHA MORENO; SONIA NAVARRO DEL CABO; INMACULADA MORO CASUSO; LAURA GARCIA ALVAREZ; AINARA ALUTIZ CAÑEDO
CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL OSAKIDETZA

ID: *5253*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Indicadores, cuidado, guías de buenas practicas, evaluación de resultados*

JUSTIFICACIÓN

Los centros sanitarios son organizaciones de gran complejidad física, tecnológica, organizativa y humana. Responden a una gran demanda y tienen importante impacto en la economía, calidad de vida y resultados en salud. Clásicamente, se evalúan enfocando sobre su actividad y gasto. Combinar esto con un enfoque poblacional que incorpore la perspectiva del cuidado, puede permitir un análisis más rico en cuanto a poblaciones atendidas, ayudando a la reorientación de los servicios hacia la perspectiva más integral y equitativa.

OBJETIVOS

Describir la incorporación de nuevos cuadros de mando de cuidado enfermero basado en la evidencia a la evaluación de los resultados en relación a acceso vascular (DAV), prevención de la obesidad infantil y lactancia materna (LM) y analizar su impacto en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las guías de práctica clínica de DAV, LM y obesidad infantil (RNAO) cuentan con indicadores de resultado en salud establecidos. Se adecuó la historia clínica electrónica para que permitiera su registro en la práctica asistencial rutinaria. Estos indicadores fueron operativizados en Oracle Analytics. Se configuraron cuadros de mando específicos para cada una de las guías. Se validaron los resultados de modo previo a su difusión, quedando éstos disponibles para el conjunto del sistema de salud y para cualquier periodo de análisis.

RESULTADOS

El cuadro de mando de DAV evalúa el nº y tipo de catéteres utilizados por paciente, % motivos de retirada y tasa de complicaciones. Actualmente un 5,7% de los pacientes son portadores de catéteres centrales, sumando un total de 157.616 días de acceso vascular/mes en el conjunto de la organización. Un 13,91% de los DAV presenta complicaciones de mayor o menor gravedad. El cuadro de mando de LM evalúa plan de lactancia al ingreso, LM al alta, 6 y 12 meses y duración de la LM exclusiva y la combinada con otros alimentos. Se destaca un 70% de LM al alta y que un 45% de los casos se alcanzan los 6 meses de LM exclusiva recomendados. El cuadro de mando de obesidad infantil, muestra los hábitos de niños y niñas preescolares, escolares y adolescentes en relación a consumo de frutas y verduras, actividad física y tiempo de pantalla además de la prevalencia de obesidad a los 4 y 10 años. Según las tablas de percentiles de la comunidad, a los 10 años un 7,4% de los niños y un 5,5% de las niñas presentan obesidad.

CONCLUSIONES

El área de explotación y análisis desde una perspectiva de cuidado es una clave fundamental para sostener, adecuar y mejorar los servicios sanitarios. La evolución de la historia clínica electrónica, que permite recoger y explotar variables de valoración integral (física, emocional y social), dispositivos y heridas, planificación de cuidados y evaluar su impacto en cada persona, permite a su vez la explotación de estas circunstancias, y puede ayudar a reorientar las estrategias y los planes hacia áreas concretas que resultan más efectivas en la generación de salud.

ECONSULTA: CONSOLIDANDO LA ATENCIÓN COMPARTIDA MEDIANTE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL

JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA [1]; MARIA CARMEN GARCIA CUBERO [2]; DAVID RODRÍGUEZ MORALES [2]; CARMEN JIMENEZ GÓMEZ [2]; EDUARDO ROJO PÉREZ [2]; SONIA JIMENEZ AGUILAR [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CONSEJERÍA DE SANIDAD - DG ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO - UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL, [2] CONSEJERÍA SANIDAD - UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ID: *5272*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *eConsulta Nuevas tecnologías Comunicación entre profesionales Accesibilidad del usuario*

JUSTIFICACIÓN

La eConsulta (eC) es una herramienta que mejora la comunicación clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales mediante el uso de las nuevas tecnologías, facilitando la coordinación e integración de la atención sanitaria no presencial, garantizando la trasmisión de la información clínica y la trazabilidad de la atención, sin necesidad de desplazamientos del paciente.

OBJETIVOS

Implantar la eC en todos los hospitales públicos de nuestra Comunidad.

Mejorar el plazo de respuesta en < 72 horas en más del 90% de las eC realizadas. Desarrollar nuevas funcionalidades que añaden valor a la herramienta.

Conocer la idoneidad de las eC enviadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez diseñada e implantada la herramienta, definidos los circuitos e implementados los procedimientos, se han desarrollado nuevas actuaciones:

Extensión de la herramienta a hospitales, servicios y centros asistenciales que no disponían de ella.

Diseño y creación de nuevas prestaciones dirigidas a un determinado perfil profesional (generales) y relacionadas con la atención a un proceso asistencial concreto (monográficas).

Desarrollo de nuevas funcionalidades que agilizan y aportan valor a la atención recibida por el paciente como la posibilidad de adjuntar diferentes tipos de archivos (imágenes, pruebas, informes y documentos) mediante dispositivos móviles a la solicitud a través de código QR, la incorporación de formularios estructurados consensuados o el acceso desde la eC a la información del paciente de otras herramientas corporativas como el Módulo Único de Prescripción y el Visor HORUS.

Se realiza un seguimiento y evaluación continua del uso y de las funcionalidades de la eC, lo que permite identificar áreas de mejora y poner en marcha medidas correctoras si se precisan.

RESULTADOS

En la actualidad:

26 hospitales y 400 centros asistenciales tienen activa esta eC centralizada.

27 prestaciones se han formalizado sobre un total de 33 servicios hospitalarios según oferta del hospital.

Son más de 316.000 las eC solicitadas desde su puesta en marcha a finales 2018, resolviéndose > 91% de las mismas en las primeras 72 horas, con un promedio de tiempo de respuesta de 1,52 días.

Se han incorporado indicadores que nos permite analizar el ámbito de seguimiento tras el uso de la eC, identificando que el 37,19% de los seguimientos son en Atención Primaria, el 23,15% en Atención Hospitalaria y el 33.62% de forma compartida. El 4.08% se consideran no procedentes y un 1.96% no aportan información suficiente.

CONCLUSIONES

Tres años después, podemos afirmar que la eC es una herramienta que contribuye a dar respuesta a la necesidad de comunicación entre profesionales asistenciales, con máxima seguridad, mejorando la accesibilidad, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes y consiguiendo una resolución ágil a las consultas planteadas.

EL BIG DATA AL SERVICIO DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

DAVID RODRIGUEZ MORALES [1]; MARIA DEL CARMEN GARCIA CUBERO [2]; CARMEN JIMENEZ GOMEZ [2]; JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA [2]; EDUARDO ROJO PEREZ [2]; SONIA JIMENEZ AGUILAR [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO. SERMAS, [2] UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. DGASA. SERMAS

ID: *5275*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Big Data, Business Intelligence, estrategias de cronicidad, Insuficiencia cardiaca, EPOC, Reingresos*

JUSTIFICACIÓN

Las estrategias de cronicidad plantean actuaciones generalmente basadas en publicaciones y resultados de otros entornos. Pero ¿realmente son beneficiosas cuando las aplico a mi comunidad y a mis pacientes? Los más frágiles en los que intervengo ¿están mejor que aquellos en los que no lo hago?

El Big Data (BD) y los sistemas de Business Intelligence (BI) nos permiten cruzar millones de datos y llegar a mostrar el comportamiento de una población concreta, comparar los resultados de sus intervenciones de diferentes profesionales y adoptar las medidas correctoras oportunas. En definitiva, permiten completar el ciclo de mejora continua (PDCA), pero “a lo grande”.

OBJETIVOS

General:

Conocer la evolución de los pacientes dados de alta hospitalaria en 2021, con los diagnósticos principales de insuficiencia cardiaca (IC) y EPOC, comparando aquellos en los que se realizan las intervenciones establecidas en nuestra estrategia de cronicidad, frente a aquellos en los que no se realizan.

Secundarios:

- Gestionar un entorno para albergar los datos.
- Desarrollar una interfaz amigable para los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Empleo de Ms. Power BI (PBI) para la gestión, análisis y elaboración de informes y Ms. Teams (MT) como interfaz para el usuario final. Durante el año 2021 se ha reunido información procedente de:

- La estratificación poblacional con GMA a 31 de diciembre de 2020. Proporciona nivel de riesgo y datos poblaciones para cruzar tablas.
- CMBD. Pacientes con diagnóstico principal de IC y EPOC. Ingresos, reingresos y exitus.
- Historia clínica electrónica de AP. Nivel de intervención y registro del seguimiento al alta hospitalaria. Se consideran seguidos aquellos pacientes contactados en las primeras 72 h tras alta.

Se cargaron en PBI cerca de 8 millones de registros, con el CIPA como elemento común. Tras definir con expertos clínicos la información útil, se trabajó en obtener y validar la información necesaria, su representación gráfica y el informe final para el usuario (en un primer momento, los directores de continuidad asistencial).

RESULTADOS

En 2021 se produjeron 16738 altas por IC y 9059 por EPOC. Las altas fueron comunicadas por el hospital a Atención Primaria en las primeras 24 horas. Los pacientes con seguimiento al alta en las primeras 72 horas, reingresaron menos (más de 3 puntos porcentuales) y tuvieron menores estancias medias aunque poco significativas. Los resultados de mortalidad requieren de mayores estudios multifactoriales. Los informes estuvieron accesibles por Teams, con actualizaciones mensuales, y permitieron la tomas de medidas correctoras en algunos centros que han dado lugar a mejoras en los resultados.

CONCLUSIONES

Disponer de herramientas de BD y BI permiten conocer y modificar actitudes ante intervenciones poblacionales, sin necesidad de muestreos, con actualizaciones frecuentes, y facilitan su utilización por parte de los usuarios que, con una mínima formación, obtienen información útil para la atención de sus poblaciones.

NUEVAS ESTRATEGIAS EN LOS SONDEOS DE SATISFACCION HOSPITALARIA

OSCAR CRUZ SALGADO [(1)]; NATALIA CASASOLA LUNA [(1)]; MERCEDES ROMAN FUENTES [(1)]; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ [(1)]; MARTA DEL NOZAL NALDA [(1)]; JESÚS CÁRCAMO BAENA [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL VIRGEN MACARENA, [(2)] HOSPITAL VIRGEN MACA

ID: *5310*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *calidad, satisfacción, experiencia del paciente*

JUSTIFICACION

La atención sanitaria está evolucionando desde una visión tradicional paternalista hacia una relación más informada y participativa del paciente. Dentro de las dimensiones claves de la transformación de las instituciones la "experiencia del cliente" es un factor fundamental. La atención centrada en el paciente, calidad percibida y la seguridad, son elementos claves de calidad en la atención sanitaria.

Finalizando el año 2020 y debido a las limitaciones que la Covid-19 ocasionó, la Unidad de Calidad del Hospital desarrolló un modelo telemático, permitiendo sondear sobre la calidad percibida de la atención sanitaria.

OBJETIVO

Medir satisfacción del usuario con la atención recibida mediante sistemas electrónicos a través de las pantallas de televisión individuales de las habitaciones del hospital y mediante códigos QR en áreas de consultas externas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado un sistema de cuestionario, en formato electrónico para administrase a través de una plataforma digital a través de los monitores de las camas de hospitalización y con carteles con códigos QR capturables para las áreas de Consultas Externas.

El cuestionario se compone de un total de 26 preguntas en CCEE y 34 preguntas en los formularios de Hospitalización repartidas en las siguientes dimensiones: Información, Atención Personal, Intimidad, Procedimiento, Seguridad y Confortabilidad.

Diseño descriptivo observacional transversal.

La población estuvo constituida por los pacientes atendidos en todo el hospital durante 2021.

Se utilizó la técnica de encuesta usando como herramienta el cuestionario de satisfacción telemático. Números de cuestionarios cumplimentados: 1.512

- Consultas Externas 962
- Hospitalización 389
- Otras 161

RESULTADOS

Comparando años previos donde la metodología era la tradicional encuesta en papel, el incremento en la cumplimentación ha sido de forma generalizada de un 123% (2020: 679, 2021: 1512). Asi como de la muestra de Unidades donde en 2020 fue de 13, a 2021 donde la participación fue completa con las 38 Unidades asistenciales del Hospital.

Los resultados de satisfacción global como media de las dimensiones sondeadas son:

¿Cómo considera usted su satisfacción global con la atención recibida? Valore de 1 a 10 siendo 1 la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima (7-10): HOSPITALIZACION 72,42% CONSULTAS EXTERNAS 89,43%

CONCLUSIONES

El nuevo sistema de encuestas ha generado un cambio de alto impacto en cuanto al procedimiento de recepción y gestión de la satisfacción de los usuarios atendidos y su potencial para explorar la calidad de atención.

Se han incrementado exponencialmente el número de cuestionarios cumplimentados y la participación de las Unidades en las muestras.

Disponer en tiempo real de los niveles de satisfacción de todos los pacientes atendidos, globalmente y por servicios, es una potente herramienta de participación ciudadana que permite controlar posibles desviaciones de manera inmediata.

PROFESIONALES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS: UN PILAR FUNDAMENTAL EN LA CONSECUCIÓN DEL SELLO 600 SEGÚN EL MODELO EFQM 2020

PABLO CAZALLO NAVARRO; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; ALMUDENA SANTANO MAGARIÑO; BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO; Mª MARGARITA GALLEGO PAZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

ID: *5354*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *EFQM, Grupos de Interés, Propósito, Propuesta de Valor*

JUSTIFICACIÓN

En el modelo EFQM 2020 los grupos de interés (GI) cobran gran importancia y constituyen el centro fundamental para el despliegue de la estrategia y la creación de valor sostenible. El hospital, público y universitario, lleva trabajando con este modelo más de 10 años y en 2021 debía renovar el sello.

OBJETIVOS

- Implicar a GI para definir el propósito.
- Implicar a profesionales para crear la propuesta de valor.
- Conocer el grado de adherencia al propósito, experiencia personal y ambiente de trabajo de profesionales.
- Conocer la satisfacción de profesionales en el proceso de evaluación externa. MATERIAL Y MÉTODOS

Tras analizar el contexto se elaboró un informe especificando líneas de trabajo y se decidió mejorar la implicación de los GI. Una vez identificados, segmentados y priorizados se inició la puesta en marcha para cumplir los objetivos haciéndoles partícipes en todo el proceso.

Se diseñaron 4 encuestas entre marzo y mayo de 2021, dirigidas a:

- La 1ª a 65 representantes de los GI para crear el propósito del hospital.
- La 2ª a profesionales clave de 48 servicios para diseñar, junto con la dirección, la propuesta de valor del hospital con una adaptación del método CANVAS.
- La 3ª a 70 representantes de los GI para conocer la expectativa, satisfacción y confianza depositada en el centro mediante el grado de recomendación.
- La 4ª a 3500 profesionales basada en: recomendación para trabajar y ser tratado como paciente en el hospital, identificación con el propósito, desarrollo del talento, seguridad en el trabajo y experiencia personal.

A los 8 meses de la evaluación, se envió una 5ª encuesta a 115 profesionales implicados en la evaluación externa para conocer el grado de satisfacción con el proceso y la Unidad de Calidad (UCA) como líder del proyecto.

Las encuestas se difundieron a través de correo electrónico, APP de formación continuada y papel, excepto la 5ª que se envió telemáticamente, acotando el tiempo para sus respuestas a 15 días.

RESULTADOS

Alta participación en las encuestas.

Para el propósito se obtuvo una tasa de respuesta del 97% (63/65). Para la propuesta de valor, contestaron 32/48 servicios (67%). Para conocer las expectativas, satisfacción y confianza de los GI se pasó de forma proactiva y respondieron el 100%. Para la cuarta encuesta se obtuvieron 815 respuestas, un 23% de la plantilla. Sumando un total de 980 respuestas en encuestas.

Por último, para conocer la valoración global del personal que participó activamente en la evaluación se obtuvo una tasa de respuesta del 60% (34 enfermeras, 16 médicos y 9 otros profesionales o cargos directivos) y un 89% respondió estar satisfecho con el proceso y otro 89% valoró como adecuada la dedicación de la UCA.

CONCLUSIONES

Es fundamental para un hospital de este nivel diseñar un propósito y crear valor sostenible conjunto, involucrando a los GI y teniendo en cuenta la relevancia de cada uno de ellos.

Los GI fueron clave en la consecución del sello 600 destacados como punto fuerte de la institución.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: TRABAJO EN EQUIPO Y EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL ABORDAJE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE COVID

ANTONIO MIGUEL ROMEO [(1)]; NURIA LARA MORENO [(1)]; MERCEDES NURIA FERRANDO MARGELÍ [(1)]; FÁTIMA FERNÁNDEZ SIMÓN [(1)]; AITOR GARAY SÁNCHEZ [(1)]; YOLANDA MARCÉN ROMÁN [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [(2)] UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ID: *5362*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Fisioterapia Covid-19 Atención Especializada*

JUSTIFICACIÓN

La rapidez en la propagación de este virus generó una gran presión asistencial y la evolución en la sintomatología de los pacientes exigió a los profesionales sanitarios una adaptación continua a la evidencia científica sobre esta enfermedad.

OBJETIVOS

- Elaborar una guía, basada en la evidencia, para el tratamiento de fisioterapia del paciente Covid en UCI y planta.
- Dar respuesta a necesidades particulares de todos los hospitales del Servicio de Salud en el tratamiento de fisioterapia de pacientes Covid.
- Diseñar material para facilitar a los pacientes, aislados y al alta, seguir las indicaciones del fisioterapeuta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un equipo de fisioterapeutas con representación de todos los hospitales de la Comunidad Autónoma. Reunidos online se compartieron situaciones vividas, acciones realizadas y necesidades detectadas en cada hospital, compartiendo todos los documentos ya elaborados. Posteriormente se consensuo como organizar la información para conseguir la mejor estrategia de abordaje de los pacientes Covid.

Aunando el conocimiento y la experiencia de los fisioterapeutas y la información actualizada de forma continuada de sociedades científicas y organismos oficiales se elaboró un borrador que fue revisado para correcciones y aportaciones.

Debido a la calidad del documento resultante se solicitó colaboración al Colegio de Fisioterapeutas para su maquetación y edición.

RESULTADOS

El 25 de mayo de 2020 se publicó la guía “Recomendaciones en la intervención del Fisioterapeuta en la Atención Hospitalaria del paciente con Covid-19”. Documento que recoge toda la evidencia científica y la información disponible, organizada, contrastada, verificada y sintetizada por fisioterapeutas expertos en patología respiratoria para conseguir el completo, correcto y seguro abordaje de pacientes Covid por los fisioterapeutas.

Incluye mecanismos de transmisión y medidas de protección, sintomatología de los pacientes, por la enfermedad, el aislamiento y la inmovilización prolongada. Objetivos de la fisioterapia respiratoria, que hacer y no hacer en técnicas de alto riesgo. Herramientas de valoración para ajustar la carga de trabajo en la prescripción de ejercicio terapéutico, planes de ejercicios autoadministrados estratificados por niveles de gravedad.

El documento se difundió a todos los hospitales del Servicio de Salud, se compartió con los fisioterapeutas de toda España.

Avalado por su calidad por la Asociación Española de Fisioterapeutas ante la World Physiotherapy, este organismo hizo llegar el documento a fisioterapeutas de todo el mundo.

CONCLUSIONES

Trabajar juntos con un objetivo compartido ha permitido, en tiempo record, conseguir un documento consensuado, basado en la evidencia que facilita la equidad en el tratamiento de pacientes Covid en la Red Hospitalaria del Servicio de Salud que aspira a ser una herramienta de trabajo para los profesionales sanitarios a nivel autonómico, nacional e internacional.

MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE INFLIXIMAB: ESTUDIO DE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

IRENE AGUILO LAFARGA; PILAR OLIER MARTÍNEZ; NATALIA DE LA LLAMA CELIS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5396*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Infliximab, farmacocinética, Enfermedad inflamatoria intestinal, eficacia, seguridad*

JUSTIFICACIÓN

El Infliximab (IFX) es un fármaco de gran variabilidad farmacocinética que requiere monitorización para optimizar su eficacia y seguridad. Evaluamos los resultados obtenidos tras la implantación de la monitorización farmacocinética de IFX en un hospital terciario.

OBJETIVOS

Optimización de la efectividad y seguridad del tratamiento con IFX en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) mediante la determinación sérica del fármaco y su análisis farmacocinético en un hospital terciario.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Incluye todos los pacientes que han recibido recomendaciones de ajuste posológico tras determinación de niveles de IFX en sangre desde la implantación del análisis de niveles del fármaco y de niveles de anticuerpos anti-IFX.

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad) y clínicas (diagnóstico, pauta posológica, valores de IFX, albúmina, calprotectina y proteína C reactiva). Con ayuda del modelo farmacocinético poblacional de Fasanmade AA 2011 y el software NONMEN® se estimaron las concentraciones de IFX considerando diferentes pautas posológicas con el fin de determinar la óptima para cada paciente.

RESULTADOS

Desde diciembre de 2020 hasta marzo de 2022 se analizaron 39 pacientes (48,7% hombres). El 82,1% fueron adultos (47,9±15,2 años) y el 17,9% pediátricos (13,4±0,5 años). La principal indicación fue la enfermedad de Crohn (74,4%) seguida de la Colitis Ulcerosa (25,6%). El 82,1% de los pacientes se monitorizaron durante la inducción del tratamiento y el 17,9% a lo largo del mantenimiento.

Se extrajo una media de 2,2±0'9 determinaciones por paciente, por lo que se estudió un total de 119 niveles de IFX. El 42,9% de las determinaciones estaban fuera de rango terapéutico. Por ello, el 48,7% de los pacientes requirieron una intensificación del tratamiento con IFX mientras que el 5,1% precisaron una optimización de éste. Además, el 15,4% necesitaron suspender el tratamiento por intolerancia y/o por falta de respuesta. Un 10,3% de los pacientes desarrollaron anticuerpos anti-IFX que implicaron un cambio a otro tratamiento biológico (50,0% Ustekinumab, 25,0% Vedolizumab y 25,0% Golimumab).

CONCLUSIONES

Aunque la ficha técnica establece dosis y pautas fijas de IFX en la EII, la variabilidad farmacocinética hace que el 53,8% de los pacientes necesite un ajuste posológico. El análisis de IFX y de anticuerpos anti-IFX mediante el modelo farmacocinético poblacional y a través del programa NONMEN® conduce a un uso más efectivo y seguro del fármaco.

DESCRIPCIÓN DEL AUTODISPENSADOR DE MEDICAMENTOS DEL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS Y ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTE

ELENA HERRANZ BAYO; IRENE AGUILÓ LAFARGA; HERMINIA NAVARRO AZNAREZ; CARLOS DÍAZ-CALDERÓN HORCADA; ANDREA PINILLA RELLO; BEATRIZ ABAD BAÑUELOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5397*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *Autodispensador de medicamentos, pacientes externos, adherencia*

JUSTIFICACIÓN

El autodispensador de medicamentos en al área de pacientes externos es una novedad muy reciente y de la cual muchos hospitales todavía no disponen, por ello es importante dar a conocer cómo funciona este circuito y el perfil de paciente que lo utiliza.

OBJETIVOS

Describir el funcionamiento del autodispensador de la unidad de pacientes externos (UPE) y analizar el perfil de paciente que lo utiliza, así como el grado de adherencia al tratamiento en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que tienen activada la dispensación en el autodispensador de la UPE desde el 01/01/2021 al 28/02/2022 y descripción del circuito. Para analizar el perfil de paciente se ha recogido las variables sexo y edad, y se han clasificado en función de la patología/programa farmacéutico al que pertenecen. El grado de adherencia se ha determinado mediante el registro de las 3 últimas dispensaciones. Fuentes de datos: Farmatools® (Dispensación de Pacientes Externos). Recogida de datos: Excel®.

RESULTADOS

Ante una propuesta de utilización del autodispensador el farmacéutico tiene en cuenta que tenga un elevado conocimiento y responsabilidad de su enfermedad y una adherencia correcta; además, cada vez que el paciente acude a la consulta médica debe pasar por el farmacéutico para realizar una entrevista sobre su medicación, su adherencia y valorar su renovación.

El autodispensador está abierto de 7:00 a.m a 21:00 p.m de lunes a domingo y dispone en todo momento de la posibilidad de atención telemática por parte de un farmacéutico.

Durante el periodo de estudio se registraron 896 dispensaciones, de las cuales el 67,4% se realizaron de 9:00h-15:00h. En el horario de tarde se efectuaron 260(29,0%), siendo el 48,5% entre las 17:00h-19:00h.

215 pacientes tienen activado el autodispensador de la UPE. El 70,2% son hombres, con una edad media de 46,6±11,7 años. La patología/programa más prevalente es VIH (66,5%) seguido de esclerosis múltiple (15,3%), el resto se encuentra por debajo del 5% (hipercolesterolemia, hepatitis B y reumatología); la media de adherencia es del 97,2%.

CONCLUSIONES

El autodispensador ha demostrado un gran beneficio en pacientes jóvenes, con vida laboral activa y que les resulta difícil acudir en horarios específicos a por su medicación. Además, tienen un perfil de paciente cumplidor que junto con el trabajo farmacéutico permiten asegurar su buena adherencia.

MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VORICONAZOL: ANÁLISIS DE SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

IRENE AGUILO LAFARGA; ANA PEÑAS FERNÁNDEZ; ANDREA PINILLA RELLO; MARÍA PÉREZ MORENO; MIRIAM MERCHANTE ANDREU
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5399*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Voriconazol, farmacocinética, eficacia, seguridad*

OBJETIVOS

El Voriconazol es un antifúngico de estrecho margen terapéutico con una amplia variabilidad interindividual en su farmacocinética. Requiere monitorización farmacocinética para garantizar su eficacia y seguridad. Evaluamos los resultados obtenidos tras la implantación de la monitorización del fármaco en un hospital terciario.

OBJETIVOS

Análisis de la adecuación de la dosificación de Voriconazol según ficha técnica (FT) en un hospital de tercer nivel. Evaluación del impacto de la monitorización farmacocinética en la consecución de niveles terapéuticos.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde junio de 2020, tras la implantación de la monitorización farmacocinética de Voriconazol, hasta diciembre de 2021. Incluye todos los pacientes que han recibido recomendaciones de ajuste posológico tras determinación de niveles de Voriconazol en sangre. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad y servicio prescriptor) y clínicas (motivo de tratamiento, pauta posológica al inicio de la monitorización, valor inicial de Voriconazol y valor tras las recomendaciones posológicas). Se estudió la adecuación de la dosificación inicial a FT, las determinaciones en rango iniciales y las determinaciones en rango al fin de tratamiento.

RESULTADOS

Se analizaron 31 pacientes (61,3% hombres, edad: 48,3±25,9 años) y 101 determinaciones de Voriconazol. Los principales servicios que solicitaron monitorización farmacocinética fueron: Hematología (25,8%) y Unidades de Cuidados Intensivos (12,9%) seguido de Oncopediatría y Medicina Interna (ambos 9,7%) y Oncología (6,5%).

La pauta posológica previa a monitorización de todos los pacientes se adecuaba a la recomendada por FT. Solo el 54,8% de los pacientes alcanzaron niveles terapéuticos en la primera determinación. Entre los niveles fuera de rango terapéutico en la primera determinación el 85,7% fueron niveles infraterapéuticos y el 14,3% supraterapéuticos que conllevaron reacciones adversas como pancitopenia (3,2%) o alteraciones psiquiátricas (3,2%). Tras las recomendaciones farmacocinéticas el 83,9% de los pacientes alcanzó niveles terapéuticos.

Los motivos de tratamiento reportados fueron Aspergilosis pulmonar (48,4%), profilaxis antifúngica (29,0%), Candidemia (16,1%), infección por Alternaria infectoria (3,2%) y por Exophiala dermatitidis (3,2%).

CONCLUSIONES

Aunque la posología del Voriconazol se adecúa a las recomendadas por FT, la variabilidad farmacocinética hace que un 45,2% de los pacientes no alcance niveles terapéuticos. Este porcentaje mejora tras las recomendaciones farmacocinéticas, lo que expone la necesidad de la monitorización para optimizar la seguridad y efectividad del tratamiento.

TRANSICIÓN: A10! RUTA A LA RED DE ADULTOS

ESTHER LASHERAS SORIA [1]; DAVID NADAL MIQUEL [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANT JOAN DE DÉU, [2] HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANT JOAN DE DÉU

ID: *5413*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *transición, adolescencia, cronicidad, continuidad asistencial, experiencia paciente.*

JUSTIFICACIÓN

Ante el creciente fenómeno de la cronicidad, el proceso de transición de pediatría a adultos es uno de los momentos más relevantes en la biografía de las personas con enfermedad crónica.

Con el fin de dar una respuesta integral a este proceso, el Hospital ha diseñado el programa de transición A10! ("Adiós" fonéticamente en catalán). A10! es la herramienta para aplicar el modelo transversal entre disciplinas y asegurar un plan de transición conjunto con el paciente y familia.

OBJETIVOS

Preparar al paciente en el manejo de la enfermedad y cambios en el sistema de adultos. Garantizar la coordinación entre los equipos asistenciales de ambos centros.

Asegurar la continuidad asistencal e incrementar la seguridad en la transferencia. Favorecer una buena experiencia a paciente y familia.

Favorecer el vínculo con el equipo de adultos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio y diseño:

Revisión del Know-how de la organización y Benchmarking internacional. Workshops y entrevistas con profesionales.

Entrevistas y grupos focales con familias y talleres de co-creación con adolescentes: Metodoloía Design Thinking.

Desarrollo e implementación:

Estandarización de los procesos de la práctica clínica en contexto de calidad y seguridad: Metodología Lean. Diseño de estrategia institucional orientada a la alianza con los organismos de adultos.

Diseminación y consolidación:

Creación de protocolos específicos y estandarización de procesos. Consolidación de la gestora de casos como referente.

Acuerdos de colaboración con los Hospitales de adultos. Evaluación del programa.

RESULTADOS

Mediante encuesta (N 270) el 75% de pacientes y familias refieren que el programa les ayudó en la preparación y paso al sistema de adultos, aunque se debe seguir trabajando la coordinación con los hospitales de adultos.

Entre los profesionales (N 114) prevalece una consolidada cultura institucional de transición y consideran imprescindible disponer de un programa de transición. Subrayan la importancia de seguir construyendo alianzas con los hospitales de adultos.

A nivel Institucional, el programa ha alcanzado en un 95% los requisitos establecidos como elementos clave en el programa GotTransition.

CONCLUSIONES

Ante el creciente perfil de personas con gran depedencia hospitalaria y la poca experiencia en tratar determinadas enfermedades complejas en áreas de adultos, es clave realizar propuestas colaborativas y participativas, entre los diferentes stakeholders, que ayuden a construir un modelo que incremente el valor de la atención que ofrecemos.

La transición y la transferencia al sistema de adultos son procesos especialmente sensibles en el que el abordaje debe contemplar la triple esfera: resultados de salud, experiencia del paciente y eficiencia en los procesos.

Programas como el A10! responden a la necesidad de gestión especializada e integral de estos pacientes, promoviendo políticas y acciones que garanticen la continuidad asistencial, la seguridad el paciente y su plena integración en la sociedad.

IMPACTO EN CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CAMBIOS IMPLEMENTADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA A RAIZ DE LA COVID19

MARTA BASSAS PALOU; CRISTINA BORDANOVE VAZQUEZ; LAURA HEREDIA AGUILAR; YOLANDA ROMERO HIDALGO; ANA BELÉN AZUAGA PIÑANGO; JULIO RAMÍREZ GARCÍA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL DE BARCELONA

ID: *5452*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad Asistencial, Hospital de Día, Reumatología, Satisfacción, Eficacia, Cambios, Optimización, Atención especializada, Atención enfermera, Urgencias, Pandemia Covid*

JUSTIFICACIÓN

La irrupción de la pandemia Covid-19 obligó al Hospital a disponer de la mayoría de espacios y personal sanitario.

En este contexto, se redujo la actividad habitual del Hospital de Día de Reumatología (HDR) en un 50%, generando una considerable lista de espera.

Con la idea de reducir los tiempos de estancia hospitalaria, se decidió cambiar la vía de administración de fármacos de administración intravenosa (IV) a subcutánea (SC) como Tocilizumab, Abatacept y Rituximab. Se generaron cambios organizativos como la implementación de la atención telemática por enfermería de los pacientes crónicos y la consolidación de la atención urgente del paciente reumatológico en HDR, reduciendo así el flujo de pacientes en tratamiento inmunomodulador a Urgencias generales (UCIAS).

OBJETIVOS

- Medir el nivel de satisfacción y eficacia clínica de la administración SC de rituximab. Determinar el número de visitas telemáticas de enfermería.
- Cuantificar el número de urgencias atendidas y pruebas inmediatas realizadas en el HDR y evaluar el impacto económico que ha representado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el estudio de la satisfacción y eficacia de la administración de Rituximab SC se revisaron las historias clínicas, los resultados del cuestionario RASQ-SC y se calculó el índice DAS28.

Se cuantificó la actividad telemática, las urgencias y pruebas inmediatas en el HDR mediante la explotación de los datos recogidos en el sistema informático y la revisión de costes del departamento financiero.

RESULTADOS

La administración de Rituximab SC se realizó en 29 pacientes, reduciendo el tiempo medio de estancia en el HDR en un 80% (de 4.5h IV a 40 min SC). 23 pacientes (79.3%) completaron el cuestionario RASQ-SC. El 78% de los pacientes estuvieron satisfechos con la administración SC, el 70% la prefirieron a la IV y el 77% la recomendaría a otros pacientes. El DAS28 promedio pasó de 3,6 a 2,4 en 24 meses.

En 2020 se registraron 115 visitas telemáticas para el control programado de los pacientes y 115 consultas urgentes telefónicas. En 2021 las llamadas imprevistas se incrementaron un 101%, dando respuesta a necesidades urgentes de los pacientes y evitando desplazamientos innecesarios al hospital.

En 2021 se atendieron 62 urgencias, se realizaron 90 ecografías y 31 artrocentesis. En total, la atención en HDR a estos pacientes se tradujo en un ahorro de 9.959€.

CONCLUSIONES

La administración de Rituximab SC fue satisfactoria y eficaz para la mayoría de pacientes.

La atención telefónica urgente se incrementó un 102% permitiendo la resolución de problemas o facilitando la derivación a consulta médica.

La visita de urgencia en HDR implicó una mejora de la calidad asistencial, reduciendo la espera y las visitas a UCIAS, facilitando el acceso al especialista y a pruebas complementarias.

Estos cambios se han implementado con la misma dotación de personal y de recursos.

REACTIVACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES POST-PANDEMIA COVID-19

MOISÉS JUAN ARENCIBIA SÁNCHEZ; RAICO PÉREZ LLARENA
CENTRO DE TRABAJO: VITHAS LAS PALMAS

ID: *5463*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Higiene de manos, control de infecciones, hospital*

JUSTIFICACIÓN

Tras el importante aumento de las necesidades materiales y de recursos humanos impuestas por la pandemia, se detiene la implantación del PPyCI para destinar todos los esfuerzos y recursos a dicha pandemia. Más concretamente a la implementación de medidas de prevención y control de la Covid-19 exclusivamente. Teniendo los siguientes datos en la adherencia a la higiene de manos de un 58,7% en el primer año de pandemia y de un 41,6% en el segundo año.

OBJETIVO

Comprobar la efectividad de la reactivación del PPyCI post-pandemia Covid-19, centrado en la principal medida para la prevención y control de la infección como es la higiene de manos y su adherencia al programa. Y como segundo objetivo, comprobar la evolución de los pacientes aislados VS higiene de manos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron 56 horas en 78 sesiones de auditorías observacionales de higiene de manos entre los profesionales de todas las unidades del hospital de febrero a mayo de 2022 con un total de 1838 oportunidades detectadas en las mismas.

También se realizaron 87 auditorías observacionales de los diferentes aislamientos desarrollados en el mismo periodo.

RESULTADO

Tras el análisis de los datos aportados por las auditorías observacionales de los meses comentados, observamos los siguientes porcentajes de adherencia a la higiene de manos: febrero (38%), marzo (53%), abril (57%) y mayo (58%), y las siguientes medias diarias de pacientes aislados: febrero (7,7), marzo (6,9), abril (5,1) y mayo (5,1). Comprobamos que partíamos de una muy baja adherencia a la higiene de manos en febrero, que ya venían en consonancia al año 2021. Se aplican medidas correctoras en el mes de marzo (curso virtual de higiene de manos y prevención de infecciones, presencia física semanal del responsable del programa en las diferentes unidades, reubicación en zonas de mayor acceso y uso e incorporación de nuevos dispensadores de SHA, colocación en zonas estratégicas de cartelería reforzando y recordando la higiene de manos con los pacientes, mejora de protocolos en las medidas de aislamiento de pacientes y desinfección de las mismas.

CONCLUSIONES

Con la reactivación del PPyCI mediante un responsable a tiempo completo, y tras la implementación de medidas correctoras a partir del mes de marzo, se destaca una evolución ascendente de los indicadores a la adherencia en la higiene de manos, pasando de un 38% en el mes de febrero a un 58% en el mes de mayo, esta mejora es evidente en el evolutivo mes a mes. También comprobamos como los aislamientos diarios han tenido una evolución descendente, pasando de 7,7 de media de pacientes aislados en febrero a 5,1 de media en mayo. Con estos indicadores consideramos que la reactivación del PPyCI ha sido muy importante en la consecución de los mismos y necesario su mantenimiento para seguir en esa línea de prevención y control de la infección.

IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA TECNOLOGÍA PARA TABLET "REHAND" EN LOS SERVICIOS DE REHABIL

ALEJANDRO SUERO-PINEDA [(1)]; MARÍA-DOLORES CORTÉS-VEGA [(1)]; PABLO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-LAULHÉ [(1)]; ELENA GÓMEZ PATRICIO [(2)]; JESÚS BLANQUERO [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] UNIVERSIDAD DE SEVILLA, [(2)] INSTITUTO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL LA SALLE

ID: *5469*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Las patologías de muñeca, mano y dedos representan una de las principales lesiones en Europa, produciéndose anualmente más de 800.000 accidentes de trabajo que afectan a este segmento (26% del total) y siendo una de las lesiones que más costes genera. Tanto los costes directos como indirectos para los pacientes, las empresas y los sistemas sanitarios son notables, ya que suelen implicar procedimientos de rehabilitación largos, pérdida de funcionalidad y productividad en el trabajo, el autocuidado y el ocio de los pacientes jóvenes durante sus años económicamente productivos.

La mejora de los tratamientos y la gestión de recursos en patologías tan costosas son un reto. Las nuevas tecnologías permiten la implementación de dispositivos de uso doméstico o laboral, como los smartphones o las tabletas, como herramientas ante esta situación.

ReHand es una tecnología tablet desarrollada desde la necesidad clínica por un equipo de médicos, cirujanos, fisioterapias e ingenieros que viene a solventar estas cuestiones permitiendo implantar tratamientos basados en la última evidencia científica tanto en el centro como en el domicilio del paciente para acelerar su recuperación.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la solución digital para Tablet ReHand en la gestión de recursos y en la evolución clínica de los pacientes con patología traumática u ortopédica en el segmento muñeca-mano-dedos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo aleatorizado ciego simple. Un total de 74 pacientes con patología traumatológica de mano que causaban incapacidad temporal fueron seleccionados. Tanto en el grupo experimental como en el control se realizó el procedimiento convencional rehabilitador presencial junto con un programa de ejercicios convencionales ejecutado por las unidades de fisioterapia y terapia ocupacional, con la única diferencia del programa de ejercicios domiciliarios: en el grupo control se empleó el programa convencional de ejercicios (hoja de papel y recomendaciones orales), mientras que en el grupo experimental se empleó la solución para Tablet ReHand. Se midieron de forma cegada dos tipos de variables: aquellas relacionadas con la efectividad clínica (fuerza de la mano, destreza y funcionalidad) y las relacionadas con la estimación de costos (días de incapacidad temporal o de vuelta al puesto de trabajo y sesiones presenciales).

RESULTADOS

En comparación con el grupo de control, el grupo experimental: se reincorporó al trabajo antes (DM -18 días, IC 95%: -33 a -3); requirió menos sesiones de fisioterapia (DM -7,4, IC 95%: -13,1 a -1,6), consultas de rehabilitación (DM -1,9, IC 95%: -3,6 a 0,3) y consultas de cirugía plástica (DM: -3,6, IC 95%: -6,3 a -0,9); y tuvieron una mejor recuperación a corto plazo de la capacidad funcional y la fuerza.

CONCLUSIONES

Los resultados avalan que la integración de la tecnología para Tablet ReHand en los servicios de Rehabilitación es efectiva en la gestión de los recursos consumidos por la patología traumatológica de mano.

LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: TIEMPOS, PERCEPCIÓN Y UMBRAL MÁXIMO DE ESPERA.

ISABEL RODRIGO RINCÓN; ENRIQUE DE LA CRUZ; ALFREDO MARTINEZ LARREA; ESTRELLA PETRINA JAUREGUI; MARTA MARTÍN VIZCAÍNO; MARTA ANCÍN PAGOTO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

ID: *5479*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Lista de espera; percepción, pacientes quirúrgicos*

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera es uno de los problemas que genera mayor insatisfacción tanto a los pacientes como a los profesionales y directivos de los centros sanitarios.

OBJETIVOS

Conocer la relación entre la percepción de los pacientes del tiempo que transcurre mientras están en la lista de espera quirúrgica, su valoración de ese tiempo espera y el tiempo máximo que están dispuestos a esperar como fuente de información para poner metas de gestión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Respuestas telefónicas de 1371 cuestionarios (entrevista telefónica) de pacientes quirúrgicos atendidos en un Hospital Universitario (1035 adultos, 86 pediátricos y 250 de cirugía mayor ambulatoria, CMA). Periodo: último trimestre de 2019.

Las preguntas analizadas fueron: 1. Tiempo en lista de espera desde que su médico/a de cabecera u otro especialista le indicó que tenían que intervenirle hasta que realmente fue intervenido/a (tramos); 2. La valoración de ese tiempo de espera (escala 0-10); 3. Para un problema como el suyo, el tiempo máximo que a usted le parecería correcto esperar desde que el/la especialista indica que ya es el momento adecuado para realizar la intervención hasta que realmente le operan (tramos).

RESULTADOS

La media de la percepción general sobre el tiempo de espera fue de 5.8 puntos para adultos, 5.8 para niños y 7.2 para CMA.

La percepción del tiempo de espera baja de forma lineal desde 8.4 puntos (adultos), 8.8 (niños) y 9.5 (CMA) para un tiempo de espera menor de 15 días, hasta 3.5 puntos (adultos), 2.3 puntos (niños) y 1.1 (CMA) para un tiempo de espera superior a 12 meses. Se observó un punto de inflexión a partir de los 3 meses en los que la percepción bajó claramente de los 6 puntos.

El 73,8% de los pacientes consideró que el tiempo máximo de esperar no debería superar los 3 meses. Un poco más de la mitad de los pacientes (57% adultos, 54% niños y 61% CMA) relataron haber esperado 3 meses o menos.

El tiempo máximo que los pacientes consideraron aceptable esperar se vio influido, por el tiempo que habían esperado, de forma que cuanto menor era el tiempo transcurrido en la lista de espera, menor era el tiempo que consideraron aceptable esperar. Ejemplo: el 73,1% de los pacientes que esperaron menos de 15 días consideró 15 días el tiempo máximo razonable para esperar frente al 4,1% de los pacientes que esperaron entre 3 y 6 meses. Esto sucede de la misma manera en los pacientes pediátricos y en CMA.

CONCLUSIONES

El tiempo en lista espera quirúrgica tiene una influencia muy notable en la percepción de los pacientes sobre la espera. A partir de 3 meses, la percepción de la espera cae drásticamente. Casi tres cuartas partes de los encuestados consideraron 3 meses como tiempo máximo aceptable para esperar, lo que supone un gran reto para las organizaciones. El umbral máximo de espera viene condicionado por la espera experimentada previamente, de forma que a menor tiempo de espera menor umbral.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE SATISFACCIÓN CON PROGRAMAS DE TELEMEDICINA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

NOELIA CANO SANZ; PATRICIA SUÁREZ ÁLVAREZ; MARÍA GARCÍA PRADA; IRENE LATRAS CORTÉS; MÓNICA SIERRA AUSÍN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

ID: *5593*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Telemedicina, salud digital, estudio multicéntrico, satisfacción*

JUSTIFICACIÓN

La novedad que supone la utilización de sistemas de telemedicina en la atención de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) supone una revolución desde el punto de vista asistencial. No obstante, diferentes factores como la aceptación y acceso a los medios telemáticos, la alfabetización digital de la población y los profesionales sanitarios, así como otros factores objetivos y subjetivos en su uso deben ser ponderados a fin de poder desarrollar la implantación de este tipo de programas.

OBJETIVOS

Planteamos un estudio multicéntrico en diferentes unidades de EII de centros españoles con disponibilidad de programas de telemedicina de seguimiento clínico y/o determinación de calprotectina fecal en domicilio.

SE CONSIDERAN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS

- Conocer el grado de desarrollo e implantación de dichos programas
- Conocer el grado de satisfacción y valoración de la utilidad, tanto de pacientes como del personal sanitario.
- Identificar oportunidades de mejora de los programas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Se contactó con al menos una unidad monográfica de EII con disponibildad de estos programas por comunidad autónoma. Se solicitó la respuesta a cuestionarios de profesionales (10 preguntas) y pacientes (18 preguntas), compuestos por preguntas de respuesta cerrada con escala Likert de 5 elementos y otras de respuesta abierta. Las respuestas cerradas serían objeto de análisis cuantitativo, expresándose las puntuaciones como media y desviación estándar; mientras que las preguntas abiertas serían objeto de análisis cuantitativo por método DAFO.

RESULTADOS

A fecha de resumen, se ha obtenido respuesta de 14 unidades, con participación de 5 en el estudio, incluyendo 8 profesionales sanitarios y 28 pacientes. 6 unidades no han iniciado ninguno de los programas a pesar de tenerlos disponibles, 3 los abandonaron tras una experiencia inicial con estos sistemas. La puntuación media de las preguntas cerradas fue de 23.56 ± 8.40 sobre 40 puntos para los profesionales sanitarios y de 49.37 ± 17.60 sobre 72 puntos para los pacientes. El análisis DAFO identificó como principales: debilidades: falta de integración con el sistema informático de los centros; amenazas: baja utilidad percibida, fallos en el diseño de la aplicación; y fortalezas: gratuidad del sistema telemático y de los kits de recogida de calprotectina fecal, reducción de visitas al centro asistencial, simplicidad del método de recogida de muestras y análisis de calprotectina fecal.

CONCLUSIONES

La implantación de los sistemas de telemedicina para la atención de los pacientes con EII en nuestro país es todavía limitada. Los usuarios, pacientes y profesionales, perciben múltiples problemas en su uso que conducen a su infrautilización y abandono. La implementación de medidas de mejora supone una oportunidad de incrementar su aceptación e incorporación a la práctica asistencial al mejorar su efectividad, manteniendo su eficiencia.

USO DE LA HERRAMIENTA DEL GTT EN PACIENTES COVID-19: UNA OPORTUNIDAD DE EVITAR INFRANOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS

MARÍA DOLORES MENÉNDEZ FRAGA [1]; ESTHER RAMOS GONZÁLEZ [1]; MARTA IGLESIAS ARIAS [1]; MARTA DE ORDANZA HONTANILLA [1]; GEMA TORRES AGUILAR [1]; FERNANDO VÁZQUEZ VALDÉS [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL MONTE NARANCO, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

ID: *5597*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

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

Evaluar mediante el GTT, si los pacientes con COVID-19 tuvieron más EAs frente a pacientes no COVID-19, extendiendo el número de pacientes de un estudio previo, y poder establecer mejor las diferencias entre los dos grupos de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

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). Para aumentar el número de pacientes con COVID-19 se tomó una muestra de pacientes representativa (140 de 322 pacientes- 43,5%) del mismo periodo usando la misma metodología del GTT.

Ámbito: Unidad de Calidad del Hospital, desde el año 2007 con el GTT.

Marco: Hospital de 204 camas, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos. Sistema de calidad: 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 la significación estadística.

RESULTADOS

Durante el año 2020, se analizó la aparición de EAs en 362 pacientes, 240 pacientes incluidos en el análisis inicial (222 no COVID-19 y 18 con COVID-19), y además 122 pacientes de COVID-19 adicionales (en total 140 pacientes). La media de edad: 81,9 años y 88,2 años respectivamente. Hubo 116 EAs (52,3%) en pacientes no COVID-19 y 103 (73,6%) 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 33 COVID-19) (p= 0,000), EAs de la E-I (116 y 103 respectivamente) (p=0,000), pacientes con EAs de la E-I (86 y 74 respectivamente) (p=0,000), muertes relacionadas a EAs (0 y 6 respectivamente) (p=0,0098) y en las categorías secundarias las Infecciones Relacionadas a la Asistencia Sanitaria (IRAS) (10 y 19 respectivamente) (p=0,0019).

Los EAs prevenibles fueron similares en los dos grupos de pacientes, siendo en pacientes COVID-19 más prevenibles IRAS, flebitis, extravasaciones, caídas y dermatitis del pañal.

CONCLUSIONES

La herramienta del GTT presenta la ventaja frente a los sistemas de notificación voluntaria que no tiene problemas de infranotificación en situaciones de pandemia. El incremento del tamaño muestral ha servido para demostrar un aumento de EAs en estos pacientes, 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.

ACEPTACIÓN DEL IBD DISK PARA MEDIR DISCAPACIDAD EN LA EII . PERSIGUIENDO LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA CRONICIDAD

MÓNICA SIERRA AUSÍN; IRENE LATRAS CORTÉS; NOELIA CANO SANZ; MARÍA GARCÍA PRADA; PATRICIA SUÁREZ ÁLVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

ID: *5598*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Discapacidad, satisfacción, IBD Disk*

JUSTIFICACION

Medir discapacidad y calidad de vida en las consultas supone aún un reto para el clínico. Evitar la discapacidad es uno de los objetivos de tratamiento. Sólo existen 2 herramientas validadas para medir la discapacidad en EII: el InflammatoryBowelDiseasesDisabilityIndex y el IBD Disk.

El IBD Disk, herramienta visual, de preguntas cortas, permite la interacción con el paciente. La satisfacción con esta herramienta, no ha sido aún evaluada.

OBJETIVOS

- Valorar la correlación entre la remisión de la enfermedad y la ausencia de discapacidad medida por el IBD DISK
- Medir el tiempo utilizado en rellenarlo.
- Conocer la satisfacción del paciente
- Conocer las 3 esferas de la vida del paciente más relevantes

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, no intervencionista. Se recogieron variables clínicas, demográficas y la remisión global desde el punto de vista médico, al menos en los 12 meses anteriores.

Tras explicación de la herramienta y resolución de dudas, para evitar ítems incompletos, se midió el tiempo utilizado.

En 20 pacientes además se realizó el Cuestionario de satisfacción del IBD Disk (4 preguntas,Escala de Liker con emojis y puntuación 1-5).

Se realizó feedback para comprender si existía o no discapacidad (puntuación total>40) e indagar en aquellas variables con subpuntuaciones era >5.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes (23 E. de Crohn, 13 colitis ulcerosa). La media de edad fue de 50,48 años (DE 2,43). El 91,66 % están con tratamiento biológico/ inmunosupresor (enfermedad moderada o grave). 9 pacientes habían precisado cirugía previa.

El 100% de los pacientes contestaron a todos los ítems.

El 69,44 % estaban en remisión según la valoración global del médico. Las medias en calprotectina y PCR fueron 226,61 mg/kg (DE 105.20) y 3,81 mg/l (DE 1,40) respectivamente.

La discapacidad fue del 29%. De los que estaban en remisión, 7 tenían discapacidad (28%), puntuación global del IBD-disk>

40. Los ítems que presentaron más puntuacioneás

Las 3 esferas más relevantes para los pacientes fueron control de las deposiciones, dolor abdominal y energía. El IBD Disk promovió en algunos pacientes medir ansiedad y depresión con cuestionarios específicos.

La satisfacción global fue muy alta, con el 100 % de pacientes con puntuaciones de 16-20.

El 100 % de ellos recomienda la utilización de esta herramienta en las consultas y algunos sugirieron que se haga hincapié en buscar ansiedad y depresión

CONCLUSIONES

EL IBD Disk es una herramienta visual, rápida y muy bien aceptada por el paciente con EII, para medir discapacidad en las consultas. A pesar de existir una alta tasa de remisión, un 28% de pacientes presenta discapacidad. Conocer la satisfacción con esta herramienta, es crucial, previo a su instauración.

Además, permite un feedback con el paciente y seguir investigando aquellas esferas que merman su calidad de vida.

IMPLEMENTACIÓN DE CUESTIONARIOS PARA MEDIR RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE CON ARTRITIS SEGÚN LA METODOLOGÍA ICHOM

LAURA HEREDIA AGUILAR; ANA ISABEL ALICARTE GRACIA; ROSA MARIA MORLÀ NOVELL; MARIA EUGENIA GARCÍA CABEZA; SÍLVIA SÁNCHEZ SEDA; NURIA SAPENA FORTEA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5654*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ICHOM, PRO, PROMS, Artritis Inflamatoria.*

JUSTIFICACIÓN

El cambio del modelo biopsicosocial condiciona y repercutirá en el futuro en la relación asistencial entre paciente y equipo asistencial. La implementación de PRO (Patient Reported Outcome) mediante cuestionarios (PROMS) para medir resultados de enfermedad según el paciente, es una forma de mejorarla en el marco de la medicina basada en el valor.

ICHOM (Institute Consortium for Health Outcome Measurement) es un organismo Internacional de excelencia reconocida en la implementación de PRO. En el modelo ICHOM-artritis los pacientes estudiados están diagnosticados de artritis inflamatoria (AI).

OBJETIVO

Describir un proyecto para implementar y estandarizar el uso de PRO mediante PROMS en la práctica clínica para mejorar la asistencia e intervención en la toma de decisiones a los pacientes con AI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los participantes fueron pacientes con diagnóstico de AI: artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs) del Servicio de Reumatología (RMT).

Un equipo multidisciplinar compuesto por el Servicio de RMT y de la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica Asistencial mantuvo reuniones regulares durante un año para escoger los cuestionarios basándose en ICHOM-artritis. Este contempla 5 dimensiones de la enfermedad (dolor, función física, fatiga, calidad de vida global e impacto emocional). Se indica que deben escogerse al menos un cuestionario genérico de AI por cada dimensión y al menos, uno específico para cada tipo de AI. Otros criterios aplicados han sido: posibilidad de acceso público, facilidad de comprensión, validados en lengua castellana y tiempo razonable de realización.

En febrero de 2022 se inició el reclutamiento de pacientes mediante un modelo de consulta doble: médico/enfermera en consultas externas y en Hospital de Día de RMT.

A los pacientes con diagnóstico de AR, APs o EspAax visitados de forma consecutiva se les explica el proyecto (metodología, visitas, duración inicial) y si aceptan participar son incluidos en el proyecto.

RESULTADOS

Las visitas se organizan en: visita basal, seguimiento a los 6 meses y anual a los 12 meses y se realizan en formato doble médico/enfermera de forma diferenciada. Enfermería recoge datos demográficos, exploración general, tratamiento y PROMS que realiza el paciente, que a veces precisa ayuda. En la visita médica se recogen datos de la enfermedad, clínica de interés y se revisan resultados de los PROMS. Los cuestionarios genéricos escogidos son: EQ-5D-5L para calidad de vida, para fatiga (FACIT-T), EVA, capacidad funcional con MD-HAQ, WPAI para productividad laboral y ansiedad y depresión con HADS. Los cuestionarios específicos para medir el impacto de cada enfermedad fueron: en artritis RAID y BRAF-ND, en APS PsAID y en EspAax BASDAI y BASFI.

CONCLUSIONES

La integración del uso de PRO mediante PROMS en pacientes con AI en nuestra práctica clínica, aumenta la participación del paciente para la toma de decisiones y mejora la calidad asistencial.

RESULTADO DEL RETO MUNDIAL "MEDICACIÓN SIN DAÑO": ¿QUÉ SE HA CONSEGUIDO 5 AÑOS DESPUÉS EN EL HOSPITAL?

ISABEL MARIA SANCHEZ NAVARRO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA; MARIA CONSUELO PINTADO DELGADO; MARTA MACIAS MAROTO; MAXIMO SANZ GARCIA; MARIA ASCENSION LOZANO LLORENTE
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

ID: *5696*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, SEGURIDAD, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR*

JUSTIFICACIÓN

En 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como tercer reto mundial de la seguridad del paciente una iniciativa para reducir en 5 años un 50% los daños graves y evitables asociados a medicamentos. Por ello, y dada a complejidad creciente del proceso de utilización de medicamentos en los hospitales, en marzo 2017 se creó un grupo de trabajo de Seguridad en Medicamentos (GSM) en el hospital, integrado en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos; que estableció como línea prioritaria aumentar la seguridad en el manejo de los medicamentos de alto riesgo (MAR).

OBJETIVOS

Identificar y evaluar las acciones de mejora realizadas por el GSM en relación a los MAR en el ámbito hospitalario, en los últimos 5 años.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de marzo 2017 a mayo 2022 de las acciones de mejora del GSM monitorizadas a través de las actas y los objetivos anuales.

RESULTADOS

Se identificaron y evaluaron las siguientes acciones de mejora:

- Autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el hospital (ISMP) en 2017 (resultado: 62,35%) y 2021 (resultado: 63,03%); y primera evaluación en el Servicio de Medicina Intensiva en 2020 (resultado cuestionario ISMP: 51,33%).
- Fomentar las notificaciones de errores de medicación en 5 sesiones y 12 cursos dirigidos a responsables de seguridad, residentes y supervisores. Los errores de medicación notificados por año desde 2017 a 2021 han sido de 176, 201, 256, 60 y 297 respectivamente.
- Seminario de MAR en la facultad de enfermería: 413 alumnos, desde 2018 hasta 2021. Alta satisfacción. Mejora de los conocimientos del 63% pre y post seminario.
- Curso online con 31 temas "MAR: mejorando la seguridad". Total: 238 alumnos, excelente valoración del curso.
- Actualización del manual de estandarización de perfusiones de MAR con 17 nuevos fármacos (total 61 perfusiones) y de la librería de fármacos de las bombas de infusión.
- Elaboración de nomogramas de administración dosificación, dilución y administración.
- Mejora de la seguridad en la prescripción, validación, dispensación y administración de los MAR:
- Creación/actualización de 60 protocolos en la historia clínica electrónica.
- Identificación en la prescripción electrónica de todos los MAR, con información de dosis, dilución, conservación, estabilidad, dosis máximas y parámetros a monitorizar.
- Febrero 2020: actualización de la normativa de dispensación de antiagregantes y anticoagulantes con visado de inspección al alta.
- Junio 2020: inclusión en la guía farmacoterapéutica del hospital de sueros con potasio.
- Mayo 2022: desarrollo de una aplicación que contiene el manual de estandarización de perfusiones de MAR, para uso a través de dispositivos electrónicos.

CONCLUSIONES

La evaluación continua de la seguridad de los MAR a través del GSM, ha conseguido la realización y actualización del proyecto del abordaje integral de los MAR para aumentar progresivamente la seguridad del paciente.

DE EUTANASIA AL PROCESO DE AYUDA A MORIR: UN CAMINO

NURIA MARTINEZ DUCE [1]; SONIA BERENGUER CERDÁ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL, [2] DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL SAIP

ID: *5698*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Eutanasia, Proceso de ayuda a morir, continuidad asistencial*

JUSTIFICACIÓN

En marzo 2021 se aprueba la ley LORE que entra en vigor en junio de ese año.

En mayo, sin estar preparadas, sin tener formación al respecto ni un proceso articulado a nivel departamental, se presentan pacientes en el Servicio de Atención e información al Paciente (SAIP), solicitando información de "eutanasia" o como incluir la misma dentro el documento de voluntades anticipadas. En ese mismo instante nos bloquea el miedo por el rechazo a lo desconocido.

Tras el bloqueo inicial, desde el SAIP y la Unidad de Calidad y Seguridad (UFCASP) analizamos la situación que se nos planteaba y diseñamos un camino.

2OBJETIVOS

Convertir la Eutanasia en el Proceso de Ayuda a Morir.

METODOLOGÍA

- Establecer compromiso con la Dirección
- Creación de Grupo de Trabajo inicial: SAIP- Unidad de Calidad y Seguridad- Dirección
- Estrategia de trabajo:

Reunión informativa a jefes/responsables servicios

Reunión Informativa desde SAIP- UFCASP al Comité de Bioética Asistencial (CBA), como integrantes del mismo, con el fin de liderar desde este comité el proceso de formación.

Intranet como Herramienta de trabajo de acceso a toda la documentación.

Sesión Formativa diseñada desde la voz del paciente, con la finalidad no sólo de profundizar en el conocimiento de la ley y del manual de buenas prácticas del ministerio, sino de visibilizar el proceso de ayuda a morir (PAM) como continuidad asistencial de la atención centrada en el paciente.

Formación a profesionales del Departamento de Salud

4. RESULTADOS

- Grupo líder PAM, actualmente formado por 8 profesionales de enfermería y medicina
- Pestaña en la Intranet con toda la documentación disponible:
  - La ley
  - Documentación especifica
  - Grabación de la sesión de formación.
- Documentación accesible en los sistemas de información hospitalario (ORION CLINIC) para facilitar el acceso a la documentación que se precisa cumplimentar para coordinar una PAM
- Sesiones realizadas a petición de servicios:
  - Servicio de Neumología
  - Servicio de Cirugía
  - Unidad de corta Estancia
  - Servicio de RHB: personal médico, enfermería y fisioterapeutas.
  - Un centro de Salud del área de primaria
- Sesiones Generales:
  - Sesión general de Enfermeria

- Sesión general del departamento de salud de obligado cumplimiento para profesionales en formación y abierta de forma presencial y vía streaming para el resto de profesionales que quieran asistir.
- Cuatro informaciones a pacientes.
- Un Protocolo
- Una PAM

CONCLUSIONES

Echando la vista atrás, nuestros resultados no son numéricos.

Estamos en la mitad del camino, un camino que iniciamos una serie de profesionales cogidos de la mano y al que se nos han ido uniendo otras manos incluidas las de pacientes.

Todavía nos queda recorrido por realizar, pero lo que si ya tenemos es la voz, las palabras que nos dejan pacientes y profesionales.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN ENTRE IGUALES EN SUPERVIVIENTES DE CÁNCER Y CUIDADORES

LOURDES OCHOA DE RETANA GARCIA [(1)]; IRENE DUO TRECET [(1)]; ESTIBALIZ GAMBOA MORENO [(2)]; SHEILA SANCHEZ GOMEZ [(3)]; BEGOÑA BELARRA TELLECHEA [(4)]; AINHOA ULIBARRI OCHOA [(5)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] PROGRAMA PAZIENTE BIZIA-PACIENTE ACTIVO. OSAKIDETZA, [(2)] CS BIDEBIETA. OSAKIDETZA, [(3)] UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ARABA. OSAKIDETZA, [(4)] OSASUN ESKOLA. OSAKIDETZA, [(5)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA BIOARABA, GRUPO DE ENFERMERÍA CLÍNICA Y SALUD COMUNITARIA. OSAKIDETZA

ID: *5699*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Supervivientes de cáncer. Paciente Activo. Autocuidado. Autogestión*

JUSTIFICACION

Según la International Agency for Research on Cancer, el cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud pública. Su mortalidad ha experimentado un descenso importante en las últimas décadas y su supervivencia se ha duplicado en los últimos 40 años en España. Los supervivientes experimentaron efectos secundarios junto con alteraciones psicológicas, y no necesitan cubiertas documentadas por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Basándose en el Chronic Disease Self-Management Program se diseña e implanta un programa de educación impartido por iguales integrado en el Plan Oncológico de nuestra comunidad. Consta de 7 sesiones (2,5 horas, 1 día semana), (máximo 15 participantes) impartido por 2 monitores supervivientes de cáncer o cuidadores principales previamente formados.

OBJETIVOS

Explorar cómo valoran supervivientes de cáncer y cuidadores la participación en el programa 2)conocer en qué medida les ayuda a comprender y dar respuesta a las necesidades sentidas no cubiertas; y 3)conocer en qué medida consideran que el programa ayuda a mejorar su activación en el autocuidado y autogestión de su proceso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de coste fenomenológico a través de realización de grupos focales.

Criterios de inclusión: supervivientes mayores de 18 años, mínimo un año después de finalizar tratamiento activo y cuidadores que hayan completado el programa, así como monitores para triangular y enriquecer los resultados.

Los participantes se seleccionan por muestreo teórico-intencional buscando heterogeneidad de la muestra incluyendo hombres y mujeres de diferente edad y tipos de cáncer.

Se desarrollan 5 grupos focales con 38 informantes clave (4 grupos con 29 supervivientes de cáncer y 2 cuidadoras; y un quinto con 7 monitores) edad media de 59,13 años, mujeres (68,4%), con cáncer de mama (47 ,2%). El 60,5% vivían con su cónyuge de edad similar.

Se realizó análisis temático de los relatos a través del método de las comparaciones constantes y una triangulación rigurosa entre varias investigadoras de todo el proceso de análisis.

RESULTADOS

Emergieron 5 categorías principales: 1) Satisfacción con el programa y experiencia de aprendizaje positiva. 2) Compartir y aprender entre iguales “si él puede, yo puedo”. 3) Miedos previos a asistir al programa. 4) Tomar conciencia y dar respuesta a las necesidades sentidas no cubiertas y sentirse comprendido en la “nueva normalidad”. 5) Tener una visión más positiva de su vivencia, activarse en el autocuidado.

CONCLUSIONES

El programa de educación entre iguales ha demostrado tener un impacto positivo en supervivientes de cáncer y allegados en cuanto a satisfacción con el programa y experiencia de aprendizaje positiva.

Es necesario seguir diseñando, implementando y evaluando intervenciones como la presente para el mejor abordaje para dar respuesta a las necesidades sentidas no cubiertas de las personas supervivientes de cáncer.

“THINK DIFFERENT”. LEAN Y RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

MARTA MACIAS MAROTO [1]; MARÍA DEL CONSUELO PINTADO DELGADO [2]; JUAN JOSÉ ARRANZ COBO [3]; GEMA BALDOMINOS UTRILLA [2]; RAQUEL MARTINEZ MARTINEZ [1]; MARÍA ASCENSIÓN LOZANO LLORENTE [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTRUIAS, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTRUIAS

ID: *5706*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ronda de seguridad del paciente, lean, mejora continua*

JUSTIFICACIÓN

Las Rondas de Seguridad del paciente son una excelente herramienta para detectar oportunidades de mejora y promover la gestión de riesgos en seguridad del paciente, implicando a los directivos. En el hospital esta iniciativa se puso en marcha en 2012 dentro del Contrato Programa de los Hospitales y se valoró la necesidad de mejorar la eficacia de sus resultados.

OBJETIVOS

Mejorar la eficacia de las Rondas de Seguridad del paciente realizadas en el hospital aplicando métodos Lean.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las Rondas de Seguridad del paciente son coordinadas y monitorizadas por la Unidad de Calidad. La Ronda de Seguridad consiste en una reunión con los responsables de seguridad y del servicio, miembros del servicio de medicina preventiva, representantes de la Dirección, y profesionales de otros servicios en función del área. Se realizan actas indicando las oportunidades de mejora con plazos y responsables.

A partir de 2021 se empezaron a aplicar métodos Lean que consistieron en:

1. Método 5S. Uso de material fotográfico del entorno de trabajo para incidir en la aplicación de las 5S: clasificación, orden, limpieza, estandarización y mantenimiento.
2. Empleo del método Kanvan para la organización de las tareas en: por hacer-en proceso-hecha.
3. Kaizen. Ciclo de mejora continua. Aplicando pequeñas mejoras, creativas, de bajo coste, bajo riesgo y de fácil implantación
4. Optimización de los procesos. Identificación y eliminación de las actividades que no aportan valor “los mudas”.

RESULTADOS

La implementación de métodos Lean se realizó en 19 rondas de seguridad del paciente desde 2019 hasta mayo de 2022. Se destacan los siguientes RESULTADOS

- El “safari fotográfico” para apoyar el método de las 5S se pilotó en 2 áreas y fue muy efectivo para visibilizar los cambios a los profesionales.
- Se identificaron 84 oportunidades de mejora. Aplicando Kanvan se realizó el seguimiento de las acciones: 44% ejecutadas y 32% en proceso.
- El 45% de las oportunidades detectadas estaban relacionadas con la optimización de procesos y eliminación de los “mudas”.
- El ciclo de mejora continua se implementó en cada una de las rondas, realizando un seguimiento y feed-back exhaustivo.

CONCLUSIONES

Tras 10 años de implantación de Rondas de Seguridad del paciente, como estrategia prioritaria, el uso de métodos Lean ha sido un motor para conseguir mejores resultados. Esta metodología podría generalizarse a otros centros similares. La visibilidad de los aspectos a mejorar en cada una de las áreas, el impacto en la cultura de seguridad del paciente, y la implementación real de las oportunidades de mejora gracias al feed-back continuado, fueron los aspectos clave. La implicación de los profesionales de primera línea fue el pilar del éxito de los cambios introducidos. La búsqueda de resultados distintos implica hacer las cosas de forma diferente.

TALLERES PARA CUIDADORES: HERRAMIENTA Y RECURSO EN LA GESTIÓN DE CASOS.

ANA MARIA MONCHE PALACIN; ANA GARCIA BARRECHEGUREN; MARISA DE LA RICA ESCUIN; ANA VICTORIA SANZ PLUMED; MARIA DOLORES RUIZ GARCIA; RAQUEL RODRIGUEZ EMBID
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5743*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Soledad en el paciente crónico*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CUIDADOR DOMICILIO PACIENTE CRONICO EDUCACIÓN SANITARIA*

JUSTIFICACIÓN

Se define GESTION DE CASOS como el proceso asistencial dirigido a recoger información sobre necesidades de las personas enfermas, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar actividades con profesionales y familiares implicados.

Las enfermeras gestoras de casos a través de este proceso y teniendo en cuenta las necesidades que familiares y cuidadores planteaban, identificaron una pregunta recurrente, sobre todo entre los familiares de pacientes con procesos súbitos que derivaban en una disminución importante de la funcionalidad tras el ingreso, y se pensó que la mejor forma de dar respuesta podría ser un programa de educación sanitaria grupal.

OBJETIVO

Presentar el Taller de Cuidadores como una herramienta eficaz para la formación sobre cuidados básicos en domicilio MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo que consta de sesiones presenciales del Taller de Cuidadores. Salvo periodo de pandemia (marzo 2020 – febrero 2021), desde 2014 se realizan semanalmente de forma ininterrumpida por una enfermera y una fisioterapeuta, que interactúan conjuntamente y con los asistentes para realizar prácticas in situ, con una duración de 1,5-2h. El taller se divide en dos grupos:

- Cuidado personal: Higiene, control de esfínteres, alimentación e hidratación, vestido, prevención UPP
- Movilidad en el hogar: Cambiar y mantener posturas corporales, levantar y acostar, permanecer de pie, desplazamientos dentro del hogar

Se realiza una encuesta previa para conocer datos básicos del cuidador (sexo, edad, patología del paciente al que deben cuidar) y otra posterior, para conocer grado de satisfacción tras la formación y posibles mejoras a realizar. Se realiza una puesta en común de la situación de cada asistente y sus expectativas, compartiendo miedos, dudas, experiencias… estableciéndose un feed-back muy positivo entre los propios asistentes y con los profesionales sanitarios. Se inicia una presentación teórica, motivando la participación y se dinamiza con videos de movilización que luego ponen en práctica los asistentes para poder corregir y/o resolver dudas.

La captación de asistentes se realiza con cita por parte de las enfermeras gestoras de casos, a petición propia de familiares por visualización de póster en hospital, contactando con enfermeras gestoras, o derivadas por otros profesionales.

RESULTADOS

Se han realizado 263 talleres, con un total de asistentes de 1269, y una media de 4,8 por taller.

Sus familiares están ingresados en Traumatología (37,9%), medicina Interna (26%), Neurología (12%) y otros (24,1%)

Según las encuestas, el 91% se muestran satisfechos con la información recibida y el 87% recomendaría el taller a otras personas, un 6% no respondió

CONCLUSIONES

El Taller para Cuidadores se ha consolidado como un recurso de educación sanitaria grupal, que ofrece estrategias, habilidades, aptitudes y actitudes que ayudan a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares enfermos y favorece el conocimiento en cuidados

RESPUESTA DE UN HOSPITAL AL ECOSISTEMA. MAS ALLÁ DEL CONTRATO PROGRAMA

DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; PABLO CAZALLO NAVARRO; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; MIGUEL ÁNGEL HERRERA UBEDA; JULIO GARCÍA PONDAL; ALMUDENA SANTANO MAGARIÑO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

ID: *5755*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Hospital, Modelo EFQM, Líneas Estratégicas*

JUSTIFICACIÓN

El ecosistema está en continua evolución lo que dificulta la previsión de escenarios futuros y conduce a las organizaciones a transformarse para responder y adaptarse a los nuevos entornos. El nuevo modelo EFQM 2020 es un marco de referencia y guía en este contexto.

En nuestro hospital en 2021, la preparación de la evaluación con este modelo se convirtió en una palanca de ayuda para la estrategia de transformación de los próximos años.

OBJETIVOS

Definir la estrategia del hospital con el horizonte 2025 Desarrollar las líneas de trabajo

IMPLICAR A LOS PROFESIONALES EN LA IMPLANTACIÓN MATERIAL Y MÉTODOS

Se partió de la comprensión del funcionamiento de nuestro ecosistema, incluidos los ODS, y de nuestra organización; de la participación de todos los grupos de interés para consensuar los elementos culturales, Propósito, Visión y Valores, y de la definición con los profesionales la Propuesta de Valor.

Se analizaron los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización. Las primeras incluyeron, entre otras, la capacidad de respuesta y adaptación ante la pandemia, la estructura y funcionamiento de los grupos de responsables de seguridad y de calidad, los servicios con sistema de gestión de calidad implantado, el programa de humanización del hospital, etc. Entre las segundas, la necesidad de seguir avanzando en la incorporación de la tecnología al servicio del paciente y del profesional, y la estrategia de comunicación y difusión.

En reuniones de consenso del equipo directivo y la unidad de calidad se examinó toda la información y se valoró cuáles podían ser los retos estratégicos propios que podrían dar respuesta al ecosistema, además del cumplimiento de objetivos institucionales del contrato programa.

Una vez enfocados los retos se definieron las líneas de trabajo. Para cada línea se definió el objetivo, los elementos que la componen, las fases y metodología de implantación, y el mecanismo de despliegue en el hospital.

RESULTADOS

La estrategia se definió en 3 líneas:

1. Cultura de Gestión Homogénea
2. Hospital Sostenible integrando la Propuesta de Valor
3. Tecnología al servicio del paciente.

Los objetivos fueron para la línea 1- alcanzar al 50% de las áreas en 3 años, la 2- integrar los elementos de la propuesta de valor de forma integral al 20% de los servicios y la 3- Incorporar un 30% anual toda la tecnología disponible al servicio de los pacientes y los profesionales.

Se realizó difusión a Mandos Intermedios, Junta Técnico Asistencial, Comisiones Clínicas y Responsables de Seguridad y Calidad.

Se desplegó mediante el Contrato de Gestión para 2022 incluyendo, además de los objetivos Institucionales, los Estratégicos y los Propios del servicio/unidad.

CONCLUSIONES

La preparación para la evaluación ha posicionado el hospital y facilitado el camino hacia su Visión a través de las 3 líneas estratégicas

Se ha creado un proyecto propio más allá del contrato programa

Se ha dirigido a todo el hospital hacia la Visión a través de los contratos de gestión

LA SEGURIDAD Y USABILIDAD DE LOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTINEOPLÁSICOS

Mª ANTÒNIA SERRA BARRIL [1]; MOTSERRAT REY SALIDO [2]; ÒSCAR GONZÁLEZ COMPANY [3]; TARSILA FERRO GARCÍA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA, [2] ISNTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA, [3] INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

ID: *5769*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Administración de antineoplásicos, Dispositivis electrónicos, Errores de medicación, Seguridad pacientes, Usabilidad*

JUSTIFICACIÓN

Los antineoplásicos están considerados medicamentos de alto riesgo, por su toxicidad y la gravedad de las consecuencias en los errores de administración para los pacientes. Una administración segura requiere de sistemas de seguridad informatizados; en nuestro centro se dispone de un aplicativo informático propio que gestiona todo el proceso de tratamiento sistémico oncológico (prescripción, validación, preparación, distribución y administración) cumpliendo criterios de seguridad, eficiencia y calidad. La utilización de dispositivos de lectura de etiquetas Datamatrix en la administración de antineoplásicos permite validar los pasos necesarios para una administración segura de medicamentos. La aparición de dispositivos portátiles Android con lectores integrados tipo como las Personal Digital Assistant (PDA) plantea un cambio de los dispositivos actuales (tablet y ordenador con lectores de códigos), para mejorar la usabilidad pero manteniendo los mismos estándares de seguridad, lo que motiva este estudio.

OBJETIVOS

Testar la factibilidad de un nuevo dispositivo móvil (PDA) en términos de usabilidad y seguridad en la administración de estos tratamientos antineoplásicos frente a dispositivos estándar (Tablet y ordenador).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico cuasi-experimental de intervención pre y post-test. Población de estudio: enfermeras de dos Hospitales de Día Oncológicos. Variables: Usabilidad, facilidad de uso, utilidad, actitudes ante las nuevas tecnologías, errores de medicación, eficiencia, seguridad, satisfacción, nivel de estudios, experiencia profesional y centro de trabajo. Recogida de datos: TAS (Technology Attitude Survey), USE Questionnaire: Usefulness, Satisfaction, and Ease of use y TPScloud (Sistema de notificación de incidentes adversos). Análisis datos: % variables categóricas, medias y desviaciones estándar (DE) para continuas. Comparación puntuaciones medias entre grupos de profesionales mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Análisis estadístico con R 4.1.1. Evaluación de la consistencia interna entre medidas de observador/enfermero con el coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Participaron 19 enfermeras que cumplimentaron 57 cuestionarios. El nuevo dispositivo fue mejor valorado que el dispositivo estándar y los profesionales mostraron una actitud favorable en relación a la tecnología. El dispositivo testado resultó útil, efectivo, seguro y específico en el proceso de administración de tratamientos antineoplásicos, así como una mayor satisfacción para el profesional.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías basadas en Personal Digital Assistant (PDA), para la administración de tratamientos antineoplásicos, aportan una mejora en la atención del paciente oncológico. Es fundamental desarrollar estrategias para mejorar la experiencia de los profesionales para su óptima implementación.

ABORDAJE DEL SUICIDIO DESDE UNA FORMACIÓN DE GATEKEEPERS

BEGOÑA BELARRA TELLECHEA [1]; MARIA DEL PUY LOPEZ ZABARTE [2]; ANDREA GABILONDO CUELLAR [3]; JOSE LUIS GOMEZ ALCALDE [4]; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] OSASUN ESKOLA. SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA, [2] OSASUN ESKOLA. SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA, [3] RED DE SALUD MENTAL DE GUIPUZCOA. OSAKIDETZA, [4] UNIDAD DE PROMOCION DE LA SALUD. SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA Y ADICCIONES DE GUIPUZCOA, [5] SUBDIRECCION PARA LA COORDINACION DE ATENCION PRIMARIA. DIRECCION GENERAL. OSAKIDETZA

ID: *5776*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *cronicidad (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Prevención del suicidio. Intervención comunitaria. Formación de agentes sociales. Curso online.*

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, el suicidio es la primera causa de muerte externa o no natural con más de 3000 fallecimientos al año. En la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), el promedio en la última década es de 167 casos/año, habiéndose registrado 184 casos en 2021. A pesar de ello, hay estudios que indican que hasta un 25-30% de los casos podrían evitarse con programas de prevención.

En este contexto y enmarcado dentro de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, se diseña una medida orientada al medio comunitario. Parte de la premisa de que cualquier persona estratégicamente posicionada puede contribuir a la prevención del suicidio si tiene las herramientas adecuadas. Así la formación de «agentes sociales» (gatekeepers en inglés) es una de las intervenciones comunitarias de prevención de suicidio más extendidas. Su objetivo es capacitar a personas en contacto habitual con colectivos vulnerables a la conducta suicida para identificar a personas en riesgo, dar una primera ayuda y derivar a recursos especializados. A su vez, el uso de recursos online posibilita una mayor difusión de estos conocimientos y habilidades, más aún en un contexto de pandemia y de recursos humanos y económicos limitados. Sin embargo, en la actualidad no existen recursos de estas características y acceso libre en nuestro idioma.

OBJETIVOS

Diseñar y pilotar una intervención comunitaria de prevención de suicidio, en concreto una formación gatekeeper online, breve, autoadministrada, asíncrona e interactiva para profesionales no sanitarios y sanitarios no clínicos en contacto frecuente con personas en riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un panel de expertos desarrolló la formación tras un proceso de revisión de evidencia y los programas disponibles en el contexto internacional. El curso tiene una duración de 2-3 horas y un enfoque teórico-práctico. Para la evaluación de su impacto se utilizó un diseño de grupo único de medidas repetidas (antes, post inmediato y post 3 meses), y un cuestionario online ad-hoc. Se reclutó consecutivamente a profesionales comunitarios interesados.

RESULTADOS

Colaboran 53 personas, de las cuales, 41 completaron el seguimiento. Se encontraron mejoras en la confianza en sí mismo, con diferencias estadísticamente significativas entre la preformación y los tres meses posteriores ($p = 0{,}0001$). El conocimiento sobre el suicidio también mejoró significativamente entre la valoración preformación y postformación inmediata ($p = 0{,}0001$), pero no en comparación con el seguimiento de 3 meses ($p = 0{,}267$). La satisfacción general fue de 8,5 sobre un máximo de 10.

CONCLUSIONES

Los resultados son prometedores y sugieren la utilidad de esta formación para mejorar la autoconfianza y el conocimiento de los profesionales sobre la prevención del suicidio. Los próximos pasos deben tener en cuenta mejoras concretas para garantizar una mayor duración del impacto obtenido y extender el análisis a dimensiones como la actitud o el estigma hacia el suicidio.

DISEÑO DE UNA RUTA ASISTENCIAL INTEGRADA PARA EL MANEJO DEL ASMA AGUDO EN PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALA

MARTA MONTEJO FERNANDEZ [(1)]; VANESA MARTIN GONZÁLEZ [(2)]; SUSANA CASTELO ZAS [(3)]; MIKEL BURUAGA BERROJALBIZ [(3)]; HAIZEA POMBO RAMOS [(3)]; CELORRIO DIEZ SARA [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CENTRO SALUD RONTEGI, [(2)] HOSPITAL DE SAN ELOY, [(3)] HOSPITAL DE CRUCES

ID: *5779*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Ruta Asistencial. Taller focal. Mapa de Experiencia de pacientes.*

JUSTIFICACIÓN

La crisis de asma es la urgencia más frecuente en pediatría. En nuestro entorno, no se aplica la evidencia disponible en la práctica. La ruta es un programa integral y coordinado basado en la evidencia que describe los pasos en el manejo de la crisis en el continuo asistencial con el objetivo de trasladar las recomendaciones a nuestro contexto local .

OBJETIVO

Optimizar el circuito de atención “Crisis Asma Agudo” en Atención Primaria y Hospitalaria en pediatría mediante el diseño de una Ruta Asistencial Integrada.

MÉTODO

Se constituyó un equipo multidisciplinar que incluye a clínicos y expertos en el diseño y análisis de información. Se elaboró un borrador de ruta en base a un análisis previo del manejo de la crisis en nuestro entorno y a la evidencia disponible. El borrador se contrastó mediante una auditoría externa y a un diagnóstico de necesidades y expectativas de familias y menores con asma, y de los profesionales que les atienden. El borrador se pilotó con un grupo de profesionales , que identificaron una serie de las barreras y riesgos para la implementación. La información recabada sirvió para la elaboración del documento definitivo y del plan de trabajo quese concretó en una serie de objetivos específicos, líneas de acción e indicadores asociados.

RESULTADOS

Inicialmente, identificamos desviaciones de las recomendaciones en aspectos de tratamiento, valoración de la gravedad y herramientas para la detección de síntomas persistentes: el 50 % de los pacientes recibía tratamiento nebulizado, el 25 % presentaba síntomas persistentes y el 10% presentaba registro de una escala de valoración. Para la auditoría externa se proporcionó un check-list corporativo encontrándose discrepancias en 2 de los dominios valorados. Tras el pilotaje y taller focal con profesionales se priorizaron 5 barreras considerando el grado en que el factor afecta a la práctica clínica y puede ser modificado. El “Mapa de Experiencia de Pacientes” y encuestas a menores pusieron de manifiesto 11 propuestas de mejora relacionadas sobre todo con el seguimiento y la información proporcionada. Se ha un diseñado un diagrama de control, con objetivos e indicadores específicos para la implementación. Las intervenciones diseñadas han sido: sistemas de “Audit-Feedback, herramientas informáticas para profesionales que aseguren la homogeneidad en el circuito, plan de formación continuada para profesionales y elaboración de recursos formativos y educativos para familias en base a sus necesidades y opiniones.

CONCLUSIONES

En el diseño de esta Ruta ha sido esencial disponer de un plan preestablecido de múltiples acciones, que ha incluido identificar áreas de mejora prioritarias y el diagnóstico de necesidades y barreras. Los puntos clave han sido el pilotaje por profesionales y dar visibilidad a las familias. Las intervenciones para la implementación de objetivos e indicadores especificos, están centradas en las demandas de profesionales y familias.

¿CÓMO INCENTIVAR Y OPTIMIZAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES? EXPERIENCIA DE UN CENTRO

MARTA ARIAS GUILLÉN [(1)]; EMMA GOMÀ FREIXES [(2)]; ELENA VÉLEZ GÁLVEZ [(2)]; YOLANDA AMARILLA TOSTADO [(2)]; MARTA QUINTELA MARTINEZ [(2)]; BEATRIU BAYÉS GENIS [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA, [(2)] HOSPITAL CLINIC BARCELONA

ID: *5796*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Notificación, Incidentes, Seguridad Clínica, acciones de mejora*

JUSTIFICACIÓN

Para expandir la cultura de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente es necesario hacer frente a diferentes barreras, agudizadas sobre todo tras la pandemia COVID, relacionadas con la falta de conocimiento del programa informático, de feedback, de autoestima con creencias erróneas de carácter punitivo, de sobrecarga de trabajo, de formación y de falta de confidencialidad.

OBJETIVOS

Implementar diferentes medidas (estructurales, informáticas y de comunicación) para incentivar y optimizar la notificación de incidentes relevantes del Instituto de Nefrología y Urología (ICNU) de nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las herramientas utilizadas para incrementar o reforzar la notificación de incidentes relevantes relacionados con la seguridad clínica del paciente han sido:

- Reuniones periódicas del Núcleo de Seguridad (NS, promedio cada 2 meses) del ICNU. Incorporación progresiva de diferentes profesionales de todo el ICNU dando responsabilidad directa en la resolución de los incidentes en los que estaba su área involucrada.
- Comentarios de refuerzo en los pases de guardia, sesión médica o de enfermería específica.
- Diferentes vías de feedback de las acciones tomadas a todos los profesionales:Directa mediante email si el profesional se identificaNewsletter anual con el resumen de la resolución de los incidentes más relevantes
- Creación de Infografía específica para reforzar cómo realizar la notificación de incidentes y para prevenir nuevos casos de incidentes notificados
- Implementación en programa informático SAP de botón directo para notificación de caídas.
- Realización de Curso específico de Calidad y Seguridad Clínica por parte de miembros del NS.
- Información de cómo notificar incidentes incluido en el plan de acogida de personal de nueva incorporación del ICNU.
- Creación de Comisión de Mortalidad para análisis de casos relevantes.
- Protocolo de segundas víctimas.

RESULTADOS

Desde la creación del NS del ICNU en 2016, los registros obtenidos a partir de notificaciones voluntarias mediante formulario electrónico en el programa TPsCloud han aumentado un 129% en 2022 en comparación con años previos.

Respecto a Infografía se han creado 6 posters y un Díptico.

Ha aumentado un 70.5 % los miembros del NS del ICNU (de 5 a 17), incluyendo a Coordinadoras de enfermería y médicos de las diferentes áreas (Nefrología Clínica, Urología, Diálisis y Trasplante Renal), residentes y gestora de pacientes, lo que ha conseguido gestionar de forma más eficaz la resolución de incidentes.

CONCLUSIONES

Las medidas implantadas han conseguido incentivar y optimizar de forma satisfactoria la cultura de seguridad del paciente con enfermedad renal crónica, reflejándose en un aumento significativo de incidentes relevantes que han permitido llevar a cabo numerosas acciones de mejora de diferentes circuitos, así como creación de nuevos protocolos que aseguren una mejora en la calidad y en la asistencia sanitaria.

EFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA APLICACIÓN PARA TABLETS REHAND Y SU IMPACTO EN LA LISTA DE ESPERA Y GESTIÓN DE RECURSOS DE ASISTENCIA PRESENCIAL

ALEJANDRO SUERO PINEDA [1]; MANUEL RODRÍGUEZ-PIÑERO DURÁN [2]; MARÍA ÁNGELES GARCÍA-FRASQUET [3]; ANTONIO GALVÁN RUIZ [4]; LUIS GABRIEL LUQUE ROMERO [5]; MARÍA DOLORES CORTÉS VEGA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIVERSIDAD DE SEVILLA, [2] SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA., [3] UNIDAD CIRUGÍA DE LA MANO, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, [4] SERVICIO MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, [5] INVESTIGACIÓN DISTRITO NORTE ALJARAFE SEVILLA.

ID: *5821*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Telerehabilitación, fisioterapia, rehabilitación, aplicaciones móviles, recursos sanitarios*

JUSTIFICACIÓN

La incidencia y los costes de las lesiones de la mano, la muñeca y los dedos han aumentado en los últimos diez años, y de ahí los esfuerzos por mejorar su abordaje. Estas lesiones se encuentran entre las más costosas siendo un 32% más que las fracturas de miembros inferiores, un 39% más que las fracturas de cadera y un 108% más que las lesiones craneoencefálicas. La telerehabilitación permite la implantación de dispositivos de uso doméstico o laboral, como las tabelts, como herramientas accesibles y fáciles de usar en el ámbito sanitario. Estudios anteriores han demostrado que la telerehabilitación, además de la atención convencional, es más favorable que la atención convencional sola llegando a mostrar resultados similares en comparación con las sesiones presenciales. Se ha propuesto que la telerehabilitación mejore la atención al paciente y la sostenibilidad de los servicios sanitarios reduciendo el número de sesiones presenciales, las listas de espera, el transporte del paciente y favoreciendo el alta temprana del servicio de rehabilitación.

OBJETIVO

Evaluar si, en pacientes con patología de muñeca, mano y/o dedos, tratados mediante ReHand mejoran su evolución clínica y reducen el uso de la asistencia sanitaria, en comparación con el tratamiento convencional prescrito por los hospitales participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un ensayo clínico multicéntrico controlado, paralelo a doble ciego llevado a cabo en los servicios de traumatología y rehabilitación de cuatro hospitales. Se incluyeron 663 pacientes con patología traumatológica u ortopédica de la muñeca, la mano y/o los dedos. El grupo experimental (EG) recibió un programa de ejercicios domiciliario utilizando la aplicación para tablet ReHand y el grupo de control (CG) recibió el tratamiento convencional basado en un programa de ejercicios domiciliario en papel. Variable principal: funcionalidad medida a través de las escalas PRWE y QuickDASH. Variables secundarias: destreza, dolor y la fuerza de prensión y; el uso de los recursos como número de pacientes derivados al servicio de rehabilitación y número de citas clínicas presenciales con rehabilitación y fisioterapia.

RESULTADOS

GE mostró una mejora significativa en el PRWE (p=0,001) y en el QuickDASH (p=0,001) con tamaños del efecto medios (η^2=0,066-0,067) en comparación con el GC. GE presentó una reducción del 41% en la tasa de derivaciones a consultas presenciales de rehabilitación, una reducción de las consultas de rehabilitación (DM -1,64; IC 95%: - 2,64 a -0,65) y de las sesiones de fisioterapia (DM -8,52; IC 95%: -16,92 a -0,65) en comparación con el GC.

CONCLUSIONES

En pacientes con lesiones óseas y de tejidos blandos de la muñeca, la mano y/o dedos, el empleo de ReHand como tratamiento consiguió una evolución clínica superior y una reducción de recursos (derivación a rehabilitación y consultas presenciales de rehabilitación y fisioterapia) en comparación con el tratamiento convencional.

EXPERIENCIA DE USO DE ABEMACICLIB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

LUCÍA SOPENA CARRERA; CELIA JUEZ SANTAMARÍA; RAQUEL FRESQUET MOLINA; MARIA DEL PUERTO PARDO JARIO; ARITZ MERCHAN FLORES; JORGE CASTELLANOS SASTRE; MARIA ARANZAZU ALCÁCERA LÓPEZ; TRÁNSITO SALVADOR GÓMEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5839*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *Abemaciclib, efectividad, seguridad.*

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más diagnosticado en mujeres y ocupa la cuarta posición en cuanto a mortalidad en España.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad y seguridad de abemaciclib en pacientes con cáncer de mama metastásico en un hospital de tercer nivel y comparar los resultados con los ensayos pivotales MONARCH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (agosto 2019 - septiembre 2021). Criterios de inclusión: pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o metastásico positivo para receptor hormonal y negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano en tratamiento con abemaciclib. Variables demográficas y clínicas: edad, sexo, raza, escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) al inicio, número de línea de tratamiento y tratamiento adyuvante o neoadyuvante previo. Variables efectividad: supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) mediante el método Kaplan -Meier. Seguridad: efectos adversos (EAs) según la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), reducciones y retrasos de dosis.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 25 pacientes con una mediana de 62 (30-81) años, todas ellas mujeres y de raza caucásica. Al inicio del tratamiento, el 60% presentaron un ECOG 0, el 28% ECOG 1 y el 12% ECOG≥ 2. El 52% fueron tratadas en un contexto de una primera línea, el 28% en segunda y el 20% en líneas posteriores. El 56% había recibido tratamiento adyuvante o neoadyuvante. La mediana de SLP fue de 5,75 meses (IC 95% 4,37 – 7,13). No se alcanzó la SG al finalizar el estudio. El 80% de las pacientes seguían vivas a los 12 meses. Los EAs más frecuentes fueron neutropenia [Grado (G)1=16%, G2=24% y G3=32%] y diarrea [fundamentalmente G1 (40%)], ambos en un 72%. El 52% presentó anemia, el 48% trombocitopenia, el 44% astenia, y el 24% náuseas. El 56% de los pacientes necesitaron reducciones de dosis y el 44% retrasos.

CONCLUSIONES

Los resultados de efectividad en la práctica clínica de nuestro hospital son similares a los del ensayo MONARCH-1 (5,75 versus 6 meses). Se requiere más tiempo de seguimiento para llegar a la SG de nuestro estudio. Los EAs más frecuentes son similares a los del ensayo manejándose clínicamente mediante reducciones y retrasos de dosis.

LOS INDICADORES DE HOY PARA LOS RESULTADOS DE MAÑANA

CAROLINA RUIZ ENTRECANALES [1]; PABLO CAZALLO NAVARRO [1]; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA [2]; MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ [1]; Mª TERESA GONZÁLEZ CARDO [3]; AINHOA DEL COTO MIELGO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERT DE HIERRO MAJADAHONDA

ID: *5845*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Indicadores, EFQM2020, propósito, visión, experiencia*

JUSTIFICACIÓN

En 2020 el modelo EFQM se transformó para ayudar a las organizaciones a adaptarse a su ecosistema.

Nuestra organización debe revalidar en 2021 el sello EFQM anterior. Se elaboró un informe de diagnóstico de la situación enfocada al nuevo modelo. Se desarrollaron varios planes de trabajo para definir Propósito, Visión y Priorización de los grupos de interés, entre otros. Paralelamente se presentan indicadores sintéticos con el fin de desarrollar los criterios 6 y 7 del modelo, de percepción de los grupos de interés y de rendimiento y estrategia operativa respectivamente.

OBJETIVOS

Determinar indicadores sintéticos de percepción y rendimiento estratégico y operativo. Definir índices globales de cumplimiento.

MÉTODO

Seleccionamos los alrededores a evaluar. Segmentamos los aspectos y los indicadores básicos, algunos compuestos, a incluir en cada uno, extrayendo su información relevante y agregándolos para elaborar un indicador sintético que resuma sus características comunes.

Se seleccionaron las fuentes de datos y los responsables de recopilar los mismos, teniendo en cuenta el año en que se inició la medición, la periodicidad de la misma y el número de mediciones totales.

Los datos, se sintetizaron en índices globales de cumplimiento y cada indicador se categorizó en función del número de medidas disponibles. Se clasificó en iniciado cuando había una sola medición, en proceso (2-3 detección) y en valor (4 detección).

RESULTADOS

Priorizamos como indicadores estratégicos el cumplimiento de propósito y de visión. En indicadores de percepción de los grupos de interés incluimos la experiencia de pacientes y experiencia personas.

El propósito de HUPHM se despliega a través de un indicador global sintético que agrupa 48 indicadores asociados a cada uno de los cuatro pilares del mismo: cumplimiento de objetivos, humanización, participación y seguridad.

Índice Global de Cumplimiento de Propósito: porcentaje de objetivos iniciados 14,58%, en proceso 6,25% y en valor 79,17%.

El indicador de visión, agrupa 49 Indicadores asociados a los ámbitos clave asistencial, docente, investigación y desarrollo profesional.

Índice Global de Cumplimiento de Visión: objetivos Iniciados 10,87%, en proceso 41,30% y en valor 54,35%.

Indicador experiencia paciente, agrupa 39 indicadores asociados a atención al paciente, satisfacción SERMAS, humanización, servicios ISO, medioambiente.

Índice Global de experiencia paciente: objetivos Iniciados 45,45%, en valor 54,55%.

Experiencia personas, agrupa 26 indicadores (NPS, satisfacción, humanización, servicios ISO, medio ambiente) Índice Global de experiencia personas: objetivos Iniciados 27,59%, en valor 62,07%.

CONCLUSIONES

Los indicadores sintéticos aportan mucha información en un solo dato. Permiten medir los criterios de dirección y ejecución.

Permiten marcar objetivos a corto, medio y largo plazo. Siguientes pasos:

Revisión de las métricas.

Diseñar un cuadro de mando global. Vinculación a contratos de gestión. Hacer seguimiento de los mismos

HUMANIZAR PROCESOS CLÍNICOS Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS: "PROYECTO ACOMPAÑAMIEN

RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ; MARIA YUSTE PLATERO; ELENA GONZALEZ ARIAS; BEATRIZ VILLA GONZALEZ; LUCIA SASTRE MARTIN; LAURA ALFARO CADENAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

ID: *5850*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Oncohematología. Acompañamiento. Dialogo web. Humanización.*

JUSTIFICACIÓN

Los diagnósticos oncohematológicos generan un deterioro clínico y emocional, que dificultan un adecuado seguimiento y tratamiento, pudiendo empeorar el pronóstico final de la enfermedad.

El "Proyecto Acompañamiento" surge por la necesidad de cuidar de las personas. Humanizar la asistencia, estableciendo relación médico-paciente estrecha y cercana con procesos asistenciales más sencillos, permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir aquellas intervenciones que no aporten valor

OBJETIVOS

Basados en 2 fases:

Fase de humanización. Objetivo

- definir porcentaje de pacientes que conocen desde primera consulta, quién es el médico/enfermera responsable de su seguimiento. Describir a cuántos se les canaliza vía central y cuántos pacientes conocen los dias/horas y sillón/box donde se va a administrar quimioterapia.

Fase de tratamiento. Objetivo

- Evaluar uso diálogo web a través del portal del paciente para dudas, complicaciones del tratamiento, porcentaje de urgencias y consultas no programadas evitadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fase de Humanización comienza con la consulta de confirmación diagnóstica. Se explica tratamiento, efectos adversos frecuentes y se resuelven dudas. Se acompaña al paciente a HD, para conocer dónde va a recibir tratamiento. Se presenta al equipo médico, se le asigna box o sillón según QT y se programa colocación de catéter central.

Se entrega documentación con días/horas para ir a HD y a las consultas presenciales. En esta fase se confirma acceso al portal del paciente para la comunicación no presencial.

Fase de Tratamiento, uso de diálogo web, herramienta digital que facilita el contacto con personal médico. El paciente o familia puede escribir directamente al médico/enfermera para resolver dudas relacionadas con el tratamiento, necesidad de consulta o urgencia. La respuesta debe ser en <8h

RESULTADOS

Proyecto iniciado enero/21, abierto, 78pacientes con diagnóstico de tumor hematológico según WHO2016.

Realizado acompañamiento al 98%(n=76pacientes). 100% recibieron asignación de lugar de tratamiento, calendario días/semanas de QT y dias de consulta presencial. Canalizados 74catéteres (>90% PICC). 86% (n=67) tenían alta en el portal paciente para uso diálogo web, al resto se les facilito el alta alcanzando 100% usuarios registrados.

Respondidos 294 diálogos web (73% <8h respuesta). Evitadas 33consultas urgencias, 52 desplazamientos hospital, 41consulta sin cita y 20 dudas relacionadas con medicación. El resto de los diálogos corresponden a problemas menores o procesos administrativos.

CONCLUSIONES

El "Proyecto Acompañamiento" modifica la forma tradicional de asistencia por una atención más eficiente y personalizada. El impacto en reducción de visitas a urgencias, problemas tratamiento y el mejor control de la enfermedad se deben a la mayor individualización en el seguimiento de los pacientes por el diálogo web, donde la información es reportada casi en tiempo real, mejorando finalmente la calidad asistencial y humana.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

BEATRIZ GRANDA VILLALOBO [(1)]; TERESA FERNANDEZ MUÑIZ [(1)]; TANIA ALONSO ANTUÑA [(1)]; MARTA MARÍA MALNERO LÓPEZ [(1)]; VANESA GARCÍA DÍAZ [(1)]; LETICIA ANSEDES GARCÍA [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL VALLE DEL NALÓN, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES

ID: *5857*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Palabras clave: *seguridad, aplicación móvil, gamificación, inteligencia artificial*

JUSTIFICACIÓN

En un entorno complejo y cambiante como es la pandemia, la necesidad de generar conocimiento de forma eficaz en los profesionales, para ser capaces de mantener nuestra premisa de priorizar la seguridad del paciente, y al mismo tiempo prevenir la transmisión de la infección entre el personal, nos obligó a pensar con creatividad en la búsqueda de nuevos formatos en las actividades formativas. Así pasamos de un diseño clásico a probar una herramienta innovadora que incorpora la inteligencia artificial.

OBJETIVOS

1. Mejorar la accesibilidad a la formación
2. Formación multidisciplinar
3. Favorecer la participación de las y los profesionales
4. Fomentar el aprendizaje organizacional colaborativo

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un proyecto piloto desarrollado entre los meses de Mayo, Junio y Julio de 2021, enmarcado en una iniciativa europea para potenciar el uso de nuevas tecnologías. El proyecto consistía en testar una herramienta de aprendizaje organizacional mediante el uso de una aplicación móvil y la inteligencia artificial. El contenido utilizado en la App fue el impartido en una formación presencial acreditada previamente. En primer lugar un equipo formado por 8 profesionales de varias categorías fueron formados en el uso de la aplicación, a continuación se hizo una selección de participantes en el proyecto, personal sanitario y no sanitario de los ámbitos de hospitalización y atención primaria.

La aplicación planteaba una serie de entrenamientos con preguntas diarias utilizando un formato gamificado. Mediante algoritmos de inteligencia artificial y utilizando dudas planteadas por el personal, el sistema buscaba la respuesta y sino la encontraba predecía que personas de la organización la conocían. La respuesta correcta quedaba almacenada en la base de datos.

Se diseñó un cronograma con 4 entrenamientos de 2 semanas cada uno. Cada entrenamiento tenía un responsable. Diariamente de lunes a viernes se lanzaban 3 preguntas. Se generaba un ranking de participación y conocimientos.

RESULTADOS

Participaron 116 profesionales . El 50% estuvieron activos en los entrenamientos y el 93% finalizaron más de la mitad de los entrenamientos. La nota media en conocimientos fue de un 8.61 sobre 10. La valoración de la aplicación fue de 4.75 sobre 5. Se detectaron necesidades de formación en determinadas áreas, lo que sirvió para planificar actividades a futuro. Se identificaron profesionales expertos.

CONCLUSIONES

El uso de tecnología permite obtener más información sobre la evolución y resultados de la formación, así como detectar nuevas necesidades formativas. También favorece la comunicación interna entre profesionales.

Aunque parece que la participación continúa siendo mayor en las actividades presenciales, las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en la gestión del conocimiento de las organizaciones nos obligan a avanzar en su utilización.

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD: VACUNACIÓN COVID19 REALIZADA POR UN SERVICIO DE EMERGENCIA EN DOS MACROCENTROS SANITARIZADOS

MARIA LUISA DOMINGUEZ PEREZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5858*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*

JUSTIFICACIÓN

La Pandemia COVID19 provocó un cambio disruptivo en los servicios sanitarios, siendo un aspecto de alto impacto en población y profesionales el proceso de vacunación que cambió las consecuencias clínicas, sociales y económicas de la pandemia.

Al Servicio de Emergencia (SE) de nuestra Comunidad Autónoma (CA) se le asignó la tarea de colaborar en la vacunación masiva de la población, para lo que tuvo que disponer de centros con infraestructura (espacio y capacidad de flujos de población) para minimizar los riesgos de población y profesionales, para lo que se tuvo en cuenta la seguridad en un sentido holístico.

OBJETIVOS

Desarrollar los aspectos para una atención clínica segura en los macrocentros sanitarizados (MS). MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo de trabajo liderado por dirección de enfermería con participación de unidades implicadas (Informática, Recursos Humanos, Servicios Generales, Farmacia, Parque de Vehículos).

Diseño de proceso desde la recepción de vacunas hasta su administración, registro en Sistema de Información compartido con Salud Pública (SP) y gestión de residuo.

Diseño del flujo de pacientes.

Estimación de necesidades de recursos materiales y profesionales, en base tiempos de administración de vacuna y nº máximo y mínimo de vacunas vacunadas al día.

Análisis de los modos de fallos del proceso y sus efectos y rediseño en base a ello.

RESULTADOS

Puntos críticos de fallo modificados con acciones preventivas:

1. **Garantía de profesionales sanitarios con formación**: Reuniones, sesiones formativas y refuerzo de personal prevista en el primer mes. Integración enfermeras jubiladas. Incorporación médicos. Definición de roles, asignación de responsabilidades y turnos
2. **Circuitos**: Revisión in situ. Señalización ad hoc. Asignación numérica. Posicionamiento de informadores. Identificación de puntos de asistencia, y estancia tras vacunación, de almacenaje y custodia.
3. **Seguridad y Efectividad de Vacunas**: Cadena del Frío. Ubicación de neveras. Circuito garantista de custodia.
4. **Registro vacunación integrado**. Aplicativo ad hoc. Pilotaje previo por Informática del SE.
5. **Seguridad:** Identificación inequívoca. Registro de antecedentes. Carro de Parada. Zona vigilada de tiempo. Información. Inicio de la vacunación en el 1er MS el 25/02/2021 y el 2º el 09/04/2021 12h al día de hoy se mantiene activo.

Junio 2021: cierre del 1er MS tras administración segura de casi 600.000 vacunas.

No hubo roturas de cadena del frío. No pérdida de vacunas por caducidades. No eventos adversos (EA) de emergencia. No se ha dejado de vacunar por falta de vacunas: dos días retraso de 2 horas en inicio de vacunación.

CONCLUSIÓN

La seguridad en los MS es fundamental por el alto nº de pacientes y sanitarios, siendo necesario el control de multitud de elementos estructurales, procesos, instrumentos y estrategias, para evitar EA que pueden llegar a alcanzar a los pacientes, a los sanitarios y a la institución. Nuestros datos evidencian la efectividad y seguridad de todo el proceso.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE UN EVENTO ADVERSO (EA)

AMPARO GIMÉNEZ REQUENA; SUSANA JIMÉNEZ MURCIA; SOLEDAD RODRIGUEZ VALLECILLOS; ANA ALVAREZ SOTO; MERCEDES LOPEZ NOVOA; MANUELA GONZALEZ AGUILA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

ID: *5877*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Palabras clave: *Evento Adverso, Segunda Víctima, Comunicación pacientes*

JUSTIFICACIÓN

Las víctimas de un EA son los pacientes/familiares (P/F) y también los profesionales involucrados.Su recuperación depende de varios factores que se abordan en nuestro programa “No Estás Solo (NES): actuación ante un EA”.Presentamos la metodología para su diseño e implantación en un hospital de alta complejidad

OBJETIVO

Favorecer la visibilidad,conocimiento,aceptación y adherencia al programa,desarrollando estrategias de diseño e implantación

MATERIAL Y METODO

Diseño: modelo participativo en 2 grupos de trabajo,uno para la comunicación del EA a P/F,y otro para la ayuda al profesional. Acciones: Revisión bibliográfica;Encuesta a profesionales:para ver gaps en su percepción de la comunicación a P/F y las necesidades de éstos;Grupo focal de profesionales con experiencia en EA grave para ver gaps entre la ayuda que necesitaron y la que tuvieron. Implantación: Divulgación liderada por dirección a mandos y en cascada a enfermeras/médicos con soporte de la unidad de calidad y seguridad;Difusión de NES en curso virtual interactivo (con preguntas para valorar el programa, grado de aceptación e identificación de Referentes NES);Anuncio inicio de NES: intranet,pop ups,carteles;Acceso en intranet: listado de profesionales de apoyo y material;Díptico de información básica

RESULTADOS

Diseño: Grupos de trabajo: 17 profesionales;Revisión bibliográfica: se toma como base el Programa For You del H Missouri;Análisis 127 encuestas: baja importancia a informar de las acciones de mejora y pedir disculpas;Grupo focal: importancia de apoyo de compañeros y de mandos, y tener ayuda especializada;Se elabora el programa NES con pautas para la comunicación con P/F, la respuesta institucional inmediata en un EA grave, y el soporte al profesional con una red de ayuda mutua que empieza con la escucha activa de compañeros y mandos, sigue con el soporte de Referentes NES (profesionales de apoyo en servicio/unidad formados), y finaliza con la actuación del Grupo NES (especializado en ayuda psicológica,clínica,laboral y legal). Implantación: Difusión en sesiones clínicas a todos los servicios médicos, unidades y turnos de enfermería (abril-mayo 2022);4193 profesionales sanitarios preinscritos con acceso al curso virtual (abril-junio 2022);Disponibilidad de ayuda del grupo NES desde 1 de mayo. Los referentes se están identificando ahora;Diseño de indicadores de seguimiento

CONCLUSIONES

La ayuda al profesional involucrado en un EA es un tema complejo y sensible que requiere un abordaje multifocal. El liderazgo de los profesionales en el diseño ha permitido un programa próximo a sus necesidades, y la implicación de dirección y mandos ha facilitado su implantación. Aún no tenemos datos, por estar en fase de implantación, pero el interés de mandos en realizar las sesiones de presentación, la acogida de los profesionales en éstas, y el número de accesos al curso, indican que el programa NES está llegando a un gran número de profesionales y hay buena aceptación del mismo.

ATLAS DE DIABETES: MONITORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA POR LA POBLACIÓN CON DIABETES

ESTER ANGULO PUEYO; MIRIAM SERAL RODRÍGUEZ; MANUEL RIDAO LÓPEZ; NATALIA MARTÍNEZ LIZAGA; ENRIQUE BERNAL DELGADO
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD (IACS)

ID: *5882*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica en la que se ha demostrado la existencia de amplias variaciones injustificadas de práctica médica y resultados, que recomendarían la monitorización continuada de sus cuidados sanitarios en España.

OBJETIVOS

Análisis de la atención sanitaria recibida por la población diabética y los resultados obtenidos en 10 comunidades autónomas mediante el desarrollo de un Atlas interactivo. Específicamente se cartografió la variabilidad entre zonas básicas de salud y se analizaron las diferencias entre sexos y nivel socioeconómico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de la población diabética mayor de 40 años atendida en los centros de atención primaria de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia entre

2014-2020. El endpoint de interés es la variación en el desempeño de cada una de las zonas y su comparación relativa respecto al desempeño medio de la región.

Para cada comunidad autónoma se ha desarrollado un atlas donde se muestra el grado de cumplimiento de procesos, sus resultados y complicaciones derivadas de un control insuficiente de la enfermedad.

RESULTADOS

En todas las regiones se ha constatado una tendencia de mejora en los indicadores de procesos y resultados analizados.

A pesar de esta mejora, se mantienen diferencias entre las zonas básicas de cada comunidad. Por ejemplo, se han encontrado diferencias de hasta dos veces en el control de la hemoglobina glicosilada o del colesterol LDL y de hasta 3 veces en el control de la albuminuria entre las zonas de algunas regiones analizadas.

En el análisis por sexos, las mujeres con diabetes presentan mejor control de la hemoglobina glicosilada, tensión arterial y albuminuria, mientras que los hombres tendrían el colesterol LDL mejor controlado que las mujeres. Respecto a las complicaciones, los hombres diabéticos sufren más amputaciones y hospitalizaciones por infarto, ictus y angina, mientras que entre las mujeres es más frecuente la retinopatía.

La comparación por nivel socioeconómico revela que la población con nivel socioeconómico más bajo presenta una mayor prevalencia de obesidad y diabetes y de complicaciones comparado con el grupo de nivel más alto. Además, la población con diabetes más desfavorecida tiene un peor control de la hemoglobina glicosilada y menor tasa de retinografías y exploración de pie diabético, aunque su control de la tensión, colesterol y albuminuria es mejor que el de la población más favorecida.

Todos los resultados pueden encontrarse en https://atlasvpm.org/atlas/diabetes/.

CONCLUSIONES

A pesar de las mejoras medias observadas, la variación en los procesos y los resultados entre zonas básicas de salud es muy amplia, y puede ser distinta si observamos la atención recibida por hombres y mujeres o por personas con distinto nivel socioeconómico. El análisis y la comparación entre zonas básicas pueden mejorar la calidad de los cuidados en diabetes.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA PATOLOGIA CRÓNICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

CRISTINA PIÑOL USON [(1)]; LLATZER ZURANO DOMINGO [(1)]; GEMMA MUÑOZ ALVAREZ [(1)]; PILAR PREIXENS VALLINOTO [(1)]; SONIA DE LA TORRE LUCEÑO [(1)]; CRISTINA REY REÑONES [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CAP LLIBERTAT, REUS (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT), [(2)] CAP CORNUDELLA DE MONTSANT (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT)

ID: *5896*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Cronicidad ; calidad asistencial ; Seguimiento ; COVID19*

Existe la percepción que los Centros de Atención Primaria (CAP) cesaron su labor de seguimiento del paciente con patologías crónicas durante la pandemia de COVID-19. En este trabajo presentamos los indicadores de calidad de las principales patologías crónicas y su seguimiento durante los años 2019-2021 por parte de los profesionales sanitarios de nuestro centro de área urbana con el fin de comprobar si dicha percepción es cierta.

El objetivo del estudio fue analizar el impacto de la COVID-19 sobre la calidad asistencial de nuestro centro de salud mediante los indicadores de calidad asistencial de las enfermedades crónicas más prevalentes, para la adopción de nuevas políticas sanitarias en el mismo.

Se presenta un estudio descriptivo longitudinal en el que se analizan los resultados mensuales de los indicadores de calidad de las enfermedades crónicas más prevalentes (enfermedad cardiovascular (ECV), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y Fibrilación Auricular (FA)) durante el período enero del 2019 a diciembre del 2021. Los datos se han obtenido de la plataforma de indicadores de calidad de nuestro CAP, analizando las dimensiones de estas enfermedades. Estos datos se refieren a la adecuación entre diagnóstico y tratamiento de los pacientes mayores de 15 años. Se realiza una comparación del año pre-pandémico (2019) con el año de pandemia (2020) y el año post-pandémico (2021), y se han analizado los datos entre ellos mediante T-Student y comparación de medias.

Se solicita la aprobación de la dirección del centro para la utilización de los valores anonimizados.

Se han comparado las medias anuales de los indicadores de cada enfermedad. Los resultados de adecuación diagnóstica y detección de MCV del año 2020vs2019 no han sido significativos ($p>0,05$), mientras que el resto de todos los parámetros analizados han sido significativos ($p<0,05$). La diferencia de media global 2019vs2020 ha sido de -3.51%, en el 2020vs2021 ha sido de –13,39% y de –16.90% entre 2021 y 2019.

Todos los indicadores de DM2 han sido muy significativos, tanto 2020vs2019 como 2021vs2019 ($p<0,001$), con una disminución de la media de –4.90% del 2020vs2021, y –3,99% del 2021vs2019. Entre el 2019 y 2020 aumentó un 0.91% la media.

Sobre la calidad diagnóstica de la FA, aunque los indicadores mostraron diferencias muy significativas ($p<0.01$) en 2020vs2019, hubo un aumento de 4.06% la media de estos indicadores. En 2021vs2020 y en 2021vs2019, los indicadores resultaron significativos ($p<0,05$), y con diferencias del –9.14% y –5.07%, respectivamente.

Estos resultados indican que ha habido una ligera tendencia negativa de los indicadores de calidad de las enfermedades estudiadas en nuestro CAP. La pandemia de la COVID-19 ha transformado el modelo asistencial en AP, potenciando en gran medida visitas virtuales por diferentes canales y el seguimiento a domicilio, aportando una nueva modalidad de intervención para poder mantener los estándares de calidad asistencial, que debe ser adoptado por nuestro equipo.

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA EN CENTROS AMBULATORIOS DE UNA MUTUAL LABORAL

DIEGO MOYA; JORDI ORTNER; XAVIER FARRUS; ADELA SEGURA; MANEL PLANA; RAFAEL MANZANERA
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *5909*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Estándares de calidad, calidad asistencial, calidad sanitaria, indicadores de calidad, gestión clínica*

JUSTIFICACIÓN

En los sistemas sanitarios se utilizan diferentes métodos para acreditar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad sanitaria por parte de los centros sanitarios que los configuran.

A nivel internacional, existen iniciativas consolidadas, como la acreditación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). A nivel nacional, destacan el Modelo de Acreditación del Departament de Salut catalán y el Modelo de estándares de la Consejería de Salud de Andalucía.

El modelo de evaluación de estándares aquí presentado está basado en los modelos de acreditación que algunas comunidades autónomas han desarrollado.

MC Mutual dispone de 86 centros ambulatorios a los que se orienta este modelo.

OBJETIVOS

Disponer de instrumentos objetivos, factibles de ser medidos en cada uno de los centros ambulatorios, para permitir evaluar la mejora continua. A la vez pretende ser un elemento de benchmarking entre los diferentes centros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este modelo se basa en la utilización de las diferentes modalidades de información existentes: indicadores, de gestión, auditoría de historias clínicas, auditoría interna presencial y método de autodeclaración.

El Modelo que se presenta consta de 16 estándares, que abarca diversas dimensiones de la calidad. Se establecen las diferentes formas de puntuación de los indicadores para cada estándar, siguiendo tres tipos de puntuación: valor objetivo, valor medida central y valor declarado por el centro.

La puntuación de cada estándar sigue dos etapas: Homogenización y Ponderación:

- Homogenización: se establece una puntuación de 0 a 5 según el valor del indicador respecto al estándar.
- Ponderación: se establece un valor de ponderación de los estándares relacionado con la fiabilidad de la fuente de la información de la que proceden: Los indicadores disponibles (5), Los Audits de historias clínicas (3) y Los resultados de las auditorías internas (2).

RESULTADOS

Se aprueban 16 estándares de calidad que se distribuyen en función de las dimensiones de calidad en tres que miden aspectos de continuidad asistencial, tres de equidad, tres de respeto, tres de satisfacción, tres de seguridad del paciente y uno de adecuación.

Los resultados se expresan en formato de nota promedio de cumplimiento de todos los estándares y en forma de gráfico radar para cada centro que muestra el cumplimiento local de cada estándar. Los centros disponen de la puntuación de cumplimiento de cada estándar comparado con el promedio de cumplimiento del conjunto de centros ambulatorios.

CONCLUSIONES

Se pone en marcha un modelo de estándares de calidad sanitaria en MC Mutual para sus centros asistenciales y también se está desarrollando para las clínicas.

Se pretende sea un modelo vivo, dinámico, que vaya madurando su visión de la organización y haciendo realidad su objetivo esencial: Ayudar a la mejora continua a los profesionales asistenciales y al resto de profesionales que les dan soporte.

EFECTO BOOSTER EN LA INMUNIDAD MEDIADA POR IGG CONTRA SARS-COV-2 EN UNA COHORTE DE TRABAJADORES SANITARIOS

MIRIAM LATORRE MILLÁN [1]; LAURA CLUSA CUESTA [2]; ANA MARÍA MILAGRO BEAMONTE [3]; NOELIA TERREN MARCO [4]; MARÍA CARMEN MARTÍNEZ JIMÉNEZ [5]; ANTONIO REZUSTA LÓPEZ [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET / INSTITUTO INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN, [2] HOSPITAL UNVERSITARIO MIGUEL SERVET / INSTITUTO INVESTIGACIÓN SANITARIA ARAGÓN, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SERVICIO MICROBIOLOGÍA CLÍNICA), [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (UNIDAD BÁSICA DE SALUD LABORAL), [5] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA)

ID: *5915*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Palabras clave: *SARS-CoV-2, IgG, covid-19, booster*

JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores sanitarios son claves en la epidemiología de la covid-19 debido a sus altos niveles de exposición y a su contacto con pacientes vulnerables. Los estudios en la vida real son necesarios para valorar la efectividad de las vacunas, y ayudar a entender la trayectoria y duración de la respuesta inmunológica sobre la protección y el riesgo de infección mediada por anticuerpos, especialmente por la inmunoglobulina G anti espícula del virus SARS-CoV-2 (IgG anti-S).

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue valorar el efecto del booster en la inmunidad mediada por IgG anti-S en trabajadores sanitarios del medio hospitalario, teniendo en cuenta el impacto de las vacunas e infecciones previas a su administración.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el marco de un proyecto europeo financiado por el ECDC, se realizó un estudio prospectivo de cohorte, en el que participaron 183 trabajadores representativos de un hospital de tercer nivel. Se recogieron muestras de suero determinando la concentración de IgG anti-S con el kit LIAISON® SARS-CoV-2 TrimericS (Diasorin) antes y después de la campaña de vacunación con el booster (de noviembre/2021 a febrero/2022). Además, se recogieron semanalmente frotis nasofaríngeos para la detección de SARS-CoV-2 por PCR a tiempo real con el kit Cobas® SARS-CoV-2 (Roche), y se documentó la existencia de episodios previos y vacunación. Se utilizaron las pruebas de Wilcoxon, U de Mann Whitney y Chi cuadrado para valorar la significancia estadística.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 142 participantes, tras descartar 15 por no haberse realizado la serología final, 24 por no haber recibido el booster y 2 por no haber recibido ninguna vacuna con anterioridad. Durante el periodo estudiado se detectaron 27 participantes (19,0%) con infección activa de covid19, y se documentó episodio previo en 34 (23,9%), y dos dosis de vacuna en 129 (90,8%). 56 días después de la administración del booster, el incremento en la concentración sanguínea de IgG anti-S entre las serologías realizadas con un intervalo medio de tiempo de 91,4 días fue de 1436,3 BAU/ml. El incremento en la determinación de IgG anti-S fue mayor en aquellas personas que habían pasado un episodio de covid19 durante o previamente al estudio, o que habían sido vacunados más veces. El número de personas con valores de IgG anti-S por encima de la capacidad de cuantificación (mayor a 2080 BAU/ml) aumentó tras la administración del booster, de 15 a 139 (10,6% al 96,5%). Todas las pruebas estadísticas indican un valor p menor o igual a 0,001.

CONCLUSIONES

La inmunidad frente a SARS-CoV-2 mediada por IgG anti-S aumentó tras recibir el booster, este efecto fue mayor en trabajadores con pauta completa de vacunación y tras contacto previo con el virus. El booster tiene un impacto positivo en la inmunidad del trabajador hospitalario, ofreciendo utilidad como medida de prevención y seguridad del paciente.

SEGUNDAS VÍCTIMAS: CÓMO AFECTAN ERRORES E INCIDENTES A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA.

CARLOS AIBAR REMÓN; MAR ANTOÑANZAS SERRANO
CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ID: *5916*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Segundas víctimas, errores, incidentes relacionados con la seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La implicación en un incidente (I) o un evento adverso (EA) relacionado con la seguridad del paciente puede provocar una sobrecarga física y emocional en el profesional. No está analizada la problemática planteada en la atención pediátrica en España

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar, entre los pediatras de atención primaria y hospitalaria de Aragón y la Rioja, las consecuencias físicas y emocionales de I y EA, los recursos requeridos y utilizados para afrontarlas y sus propuestas para reducir el impacto.

PERSONAS Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Participantes: pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de Aragón y La Rioja. Se realizó una encuesta de cumplimentación voluntaria y anónima durante el periodo de enero y febrero de 2022, mediante Google Forms® estructurada en siete bloques y con un total de trece preguntas.

RESULTADOS

Se recibieron 72 respuestas, 60,3% de Atención Primaria y 38,4% de Atención Hospitalaria. El 93% de los participantes declaró haber conocido algún caso de casi error y el 65,8% un EA grave. El 86,3% refiere haber sufrido emocionalmente por un EA y un 52,1% conocen profesionales con problemas laborales por un EA. El síntoma más frecuente es el sentimiento de culpa (72,7%), seguido de cansancio, ansiedad y dudas respecto a la toma de decisiones clínicas. Para afrontar las consecuencias de un EA grave, el 86,2% se apoyó en sus familiares y amigos, el 70,7% en sus compañeros de trabajo y el 19,0 % hizo uso de recursos de salud mental. El 11,5% de los pediatras participantes opinan que los EA graves son un problema frecuente que acontecen en la práctica clínica pediátrica casi todas las semanas.

CONCLUSIONES

Casi la totalidad de los pediatras que respondieron a la encuesta (93,1%) detectan casi errores y EA (65,75%)en su ámbito de trabajo. El 11,5% considera que los EA son un problema casi semanal y el 32% lo afirma sobre casi errores. Estas cifras ponen en evidencia la relevancia de los problemas de seguridad del paciente pediátrico.

De los EA se derivan consecuencias emocionales. Estas acontecen en el 86,3% de los pediatras. La familia y los compañeros de trabajo son los apoyos para afrontar las consecuencias

Que el 50% de los profesionales afectados tenga muy frecuentemente dificultades para concentrarse en las tareas y el 53,7% tenga dudas sobre decisiones clínicas puede ser fuente de nuevos errores, por lo que deberían planificarse procedimientos de apoyo rápido a los profesionales implicados.

Los profesionales querrían contar con apoyo psicológico y, en su caso, jurídico por parte de los servicios de salud cuando acontecen EAs graves (95,8 y 100% respectivamente).

Es necesario un cambio cultural que promueva la aceptación de la falibilidad de los profesionales y la discusión de los errores y de los factores que contribuyen a su aparición.

PROYECTO ONKO-EXP: INCORPORANDO LAS EMOCIONES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

CONSUELO PANTOJA ÁLVAREZ; ISABEL URRUTIA JOHANSSON; AMAIA URANGA IBARRA; CATHERINE ALONSO RODRÍGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: CLÍNICA IMQ ZORROTZAURRE

ID: *5925*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia de paciente oncológico*

JUSTIFICACIÓN

Más de la mitad de las personas con cáncer tienen síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, y de ellas, el 30% presentan trastornos psicológicos. Además, también son frecuentes las dificultades de tipo físico, social, estético, económico y laboral que padecen las personas. Toda esta situación tiene una importante repercusión en la recuperación de los pacientes y en su estilo de vida posterior, haciendo necesario el planteamiento de nuevos enfoques multidisciplinares. A través de fórmulas personalizadas, no sólo se contemplan los tratamientos clínicos tradicionales, sino que también se ofrecen a cada tipo de paciente el soporte necesario a nivel social, físico o psicológico para afrontar la enfermedad de forma positiva y con mayor calidad de vida.

OBJETIVOS

Proporcionar una asistencia humanizada y de calidad por parte de los profesionales a las personas que afrontan un diagnóstico de cáncer.

Facilitar un medio a los/as pacientes para interactuar con el equipo de personas que les atiende.

Dar herramientas a los profesionales en situaciones de este tipo, que les proporcionen información no clínica sobre el contexto del paciente más allá del Hospital.

Dotar a los profesionales y pacientes de una guía de actuación que les ayude a orientar sus cuidados y atención a las necesidades de cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de la herramienta onko-exp (cuestionarios, plataforma, LOPD..) Validación de la herramienta por parte de personal médico y de enfermería Pilotaje de la herramienta con pacientes reales

Evaluación de resultados y detección de áreas de mejora.

RESULTADOS

Dentro del proyecto se ha desarrollado y testado un prototipo de la herramienta. La herramienta se ha validado y probado con un equipo de 8 profesionales (5 oncólogos/as, 2 DUE, 1 psicooncóloga) y 41 pacientes (en dos fases) obteniendo una puntuación media de 7,35 sobre 10.

Asimismo, se ha llevado a cabo una labor de definición y desarrollo de la documentación legal necesaria en una herramienta donde la interacción con el paciente es digital.

CONCLUSIONES

El proyecto ONKOEXP propone abordar la atención al paciente con un enfoque integral, aportando a los profesionales información no clínica de la persona que les ayude a potenciar un entorno más saludable, humano y optimista para el paciente, contribuyendo a mejorar su respuesta a los tratamientos y calidad de vida. Los resultados muestran que los pacientes valoran este tipo de interacción con el equipo que les atiende en su enfermedad.

INFORMATIZACIÓN ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL

SILVIA SÁNCHEZ SEDA; ROSER CADENA CABALLERO; CRISTÓBAL MONTILLA RIVAS; LUIS ALFONSO BURGUÉS BURILLO; FAUST FEU CABALLÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5926*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *detección automática, Bacteriemia, seguridad del paciente, catéter venoso central, business intelligence*

JUSTIFICACIÓN

La bacteriemia asociada al uso de catéter venoso central (CVC) es una de las infecciones nosocomiales más prevalentes en los hospitales. Es muy importante tener información fiable en relación a las mismas para que puedan realizarse acciones de mejora. Para ello es clave disponer de un sistema de monitorización automático y continuado que no dependa del informe de los profesionales que no siempre existe.

OBJETIVOS

Crear un algoritmo que permita automatizar de manera continuada el procesamiento de datos de los pacientes portadores de catéter venoso central con el fin de detectar bacteriemia asociada al mismo de manera fiable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de algoritmo para la detección de bacteriemia asociada a CVC tomando como base la definición aportada por el manual de Vigilancia de la infección nosocomial de Cataluña

Identificación de los datos intervinientes en el algoritmo y de sus fuentes (HIS y base de datos departamental de laboratorio)

Proceso de extracción, transformación y carga de datos (ETL) desde las diferentes fuentes para integrar los mismos en nuestro Data Warehouse, añadiendo las lógicas del algoritmo dando como resultado una tabla con los datos de la bacteriemia asociada a CVC

Desarrollo de un informe de visualización de datos e indicadores en nuestra herramienta de Business Intelligence (Power BI)

RESULTADOS

Contamos con un algoritmo fiable que permite detectar de forma automática y bajo un único criterio las bacteriemias asociadas a CVC. Esto nos permite tener de forma visual y clara en un cuadro de mando los indicadores de resultado relacionados con esta infección: incidencia de bacteriemia por CVC por cada mil días de uso del catéter, por cada mil días de estancia o por cada cien pacientes.

Además, podemos visualizar las características más comunes de la bacteriemia como son los microorganismos detectados y la clínica asociada.

Además de los indicadores de resultado, también obtenemos los indicadores de proceso que nos permitirán identificar aspectos con margen de mejora.

Podemos ver estos resultados a nivel general o filtrando por unidades, servicio o especialidad. También podemos filtrar y comparar estos resultados por sexo o por edad y establecer comparativas entre diferentes rangos temporales.

Tras el uso de este algoritmo, podemos observar cómo en los primeros cinco meses de 2022 hubo un descenso del 50% de pacientes que presentan bacteriemia asociada a CVC con respecto al mismo periodo en 2021.

CONCLUSIONES

La infección nosocomial y, concretamente la bacteriemia asociada a CVC, supone una complicación que alarga las estancias hospitalarias. Disponer de un sistema automático de monitorización de los pacientes portadores de catéter venoso central nos permite detectar de forma fiable y bajo un mismo criterio la bacteriemia asociada a CVC y establecer acciones de mejora para conseguir los mejores resultados orientándonos hacia la bacteriemia cero.

CASO DE ÉXITO: IMPLANTACIÓN DEL ESTANDAR SET DE ICHOM ARTRITIS INFLAMATORIA

SILVIA SÁNCHEZ SEDA; FAUST FEU CABALLÉ; ROSA MARÍA MORLÁ NOVELL; NÚRIA SAPENA FORTEA; LAURA HEREDIA AGUILAR; ROSER CADENA CABALLERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5928*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Medicina basada en valor, Artritis inflamatoria, ICHOM, PRO*

JUSTIFICACIÓN

Nos orientamos a un cambio en la cultura de gestión de los pacientes, en la cual la monitorización y evaluación de los resultados en salud desde su perspectiva (PRO) son fundamentales para la toma de decisiones clínicas más eficientes y satisfactoria para los mismos. Se decidió comenzar a implementar este modelo en el proceso de enfermedad reumática inflamatoria crónica del adulto (ERI) debido a la motivación de los profesionales implicados, su familiarización con el uso de los PRO, la existencia de un estándar set definido por ICHOM y las características de los pacientes, jóvenes con una enfermedad con gran impacto en la calidad de vida que, a priori supondría una mayor implicación.

OBJETIVOS

Implantar el estándar set de ERI aplicando la metodología ICHOM. MATERIAL Y MÉTODOS

Formación de grupo de trabajo transdisciplinar con los profesionales implicados en el proceso liderados por expertos en metodología desde la Dirección de Calidad. Definición del Mapa de Proceso del ERI

Construcción del conjunto de datos estructurados (CROM y PROM) Desarrollo de herramientas informáticas para recogida de datos

Formulario del HIS para la recogida estructurada de datos reportados por los profesionales (CRO)

Módulo de prescripción de cuestionarios en una aplicación propia de salud digital para la recogida de los PRO Visualización de datos en cuadros de mando para el seguimiento individual y poblacional.

RESULTADOS

Se ha conseguido la implantación del estándar set de ICHOM para ERI en febrero de 2022. En los primeros cuatro meses, han estado incluidos un total de 30 pacientes, un 55% de artritis reumatoide, 16% psoriásica y un 9% espondiloartritis. Se han integrado los PRO en el sistema junto a los CRO permitiendo el cálculo automático de índices de actividad de la enfermedad y su explotación en cuadros de mando que nos aportan información sobre distintos indicadores:

Grado de cumplimentación

Relación de datos de actividad clínica de la enfermedad con comorbilidades, calidad de vida y determinantes sociales Relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida y con la actividad clínica.

Todos estos indicadores pueden ser filtrados por rango de edad, sexo, diagnóstico y entorno asistencial.

Contamos también con el grafico de evolución individual del paciente en relación a actividad clínica y calidad de vida relacionados con las intervenciones terapéuticas.

CONCLUSIONES

Este nuevo modelo nos permite conocer la percepción de resultados en salud en pacientes con ERI a nivel individual y también poblacional, un mejor seguimiento de los pacientes, conocer la evolución de los problemas con antelación y ajustar tratamientos de manera precoz. También nos permite el benchmarking identificando las mejores prácticas.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA DOBLE CERTIFICACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE NEONATOLOG

MAGALÍ CASTELLA TARRÉS; MAYTE IZCO URROZ; ERIKA SÁNCHEZ ORTIZ; VICTORIA ALDECOA BILBAO; CRISTINA MARTÍNEZ MOURIN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5930*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Certificación, calidad, seguridad del paciente, ISO 9001, UNE 179003, Neonatología*

JUSTIFICACIÓN

Desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita una buena gestión de los procesos y el riesgo es fundamental para una atención eficiente, eficaz y segura de los pacientes. Desde la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica de un Hospital terciario se ha dado soporte al Servicio de Neonatología en la implementación de un modelo integrado de calidad y seguridad basado en la norma de calidad ISO 9001:2015 y la norma de seguridad del paciente UNE 179003:2013. La integración de ambas normas en un único sistema permite un análisis agregado de calidad y de seguridad para una mejor gestión de los procesos y de los riesgos.

OBJETIVO

Implementar un sistema integrado de calidad y seguridad basado en la norma ISO 9001 y la norma UNE 179003 en todas las actividades de un Servicio de Neonatología.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Norma ISO 9001:2015 y UNE 179003:2013
- Establecimiento del ámbito de aplicación
- Creación del grupo de trabajo transdisciplinar y soporte continuado por parte del equipo Calidad y Seguridad Clínica
- Formación en herramientas de calidad y seguridad del paciente
- Plan de trabajo siguiendo la secuencia de actividades del ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act)
- Estructuración y elaboración de la documentación RESULTADOS
- Certificado ISO 9001 y UNE 179003 otorgado por una empresa certificadora
- Análisis del contexto interno y externo (DAFO) e identificación de los requisitos de las partes interesadas
- Enfoque de gestión por procesos mediante la identificación de los procesos (Mapa de Procesos), su descripción y documentación (Ficha de Procesos) y establecimiento de puntos de mejora
- Identificación y priorización de los riesgos y definición de las medidas de actuación (Mapa de Riesgos) a partir de la metodología AMFE (gestión preventiva del riesgo)
- Establecimiento de los Informes de Calidad como herramienta de análisis y seguimiento de las acciones correctivas
- Cuadro de mando de indicadores de calidad y seguridad del paciente
- Valoración de la satisfacción del entorno del neonato a partir de encuestas de satisfacción
- Informe de la auditoría interna y externa con la identificación de los puntos de mejora

CONCLUSIONES

La integración de dos normas en un mismo sistema de calidad y seguridad ha sido un proyecto pionero en el Hospital. Ha permitido analizar de forma exhaustiva cada uno de los procesos del Servicio de Neonatología desde la perspectiva de calidad-seguridad, gracias a una selección de herramientas ágiles y a la implicación de los profesionales.

La certificación integrada de ambas normas por parte de un organismo externo es única en el ámbito de neonatología.

DESARROLLO DE MARCO DE TRABAJO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEDICINA BASADA EN VALOR

SILVIA SÁNCHEZ SEDA; MAGALÍ CASTELLA TARRÉS; MARIA GALISTEO GIMÉNEZ; FAUST FEU CABALLÉ; ROSER CADENA CABALLERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5931*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Medicina basada en valor, metodología, proceso, rediseño*

JUSTIFICACIÓN

La nueva orientación que supone la Medicina Basada en Valor implica un cambio de paradigma que plantea preguntarse si sabemos lo que realmente le importa al paciente, de manera que podamos integrarlo en la actividad asistencial para medir los resultados en salud y mejorarlos. Este enfoque supone el rediseño de los procesos a partir de la opinión de los pacientes.

Parecería lógico que este planteamiento fuese ampliamente compartido, pero, el reto está en convertirlo en una realidad en la práctica asistencial, incorporando instrumentos que permitan a los profesionales llevarlo a cabo en su rutina diaria de una manera fácil, ágil, integrada y como resultado obtener toda aquella información que les permita un óptimo seguimiento del paciente incorporando al mismo en el proceso.

OBJETIVO

Rediseñar procesos asistenciales utilizando una metodología propia que permita a los profesionales aplicar en la práctica este modelo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación del grupo de trabajo transdisciplinar constituido por los profesionales implicados en el proceso, liderados por la Dirección de Calidad para la conducción metodológica

Realización del mapa y ficha de proceso identificando disfunciones y posibles mejoras Identificación de los indicadores intervinientes en el proceso

Construcción de conjunto de datos englobando variables clínicas y de resultados en salud reportados por el paciente (PRO) Desarrollo de los formularios de recogida de datos reportados por el clínico (CRO) dentro del sistema de información del hospital (HIS)

Desarrollo de los cuestionarios de calidad de vida para recoger los PRO dentro de nuestra aplicación de salud digital Construcción de informes y cuadros de mando

RESULTADOS

Aplicando esta metodología se han rediseñado los procesos asistenciales para Artritis Inflamatoria y Cirugía protésica de cadera y rodilla. Disponemos de un nuevo módulo de formularios dinámicos donde quedan integrados dentro del sistema todos los datos provenientes del profesional y del paciente.

Esto nos ha permitido disponer de un cuadro de mando con los indicadores de actividad y de resultados en tiempo real para cada proceso.

Además, podemos visualizar de forma gráfica la evolución del paciente.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia contar con una metodología de trabajo bien definida que nos permita el rediseño de los procesos. Esta metodología nos ha permitido trabajar de forma ágil con los profesionales implicados, consiguiendo resultados en un periodo corto de tiempo y replicable en distintos procesos.

Además, disponer de instrumentos dentro del puesto de trabajo clínico garantiza la correcta integración del dato, evitando duplicidades y dependencias a sistemas externos.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA GERIÁTRICA: AÑADIENDO VALOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA

RAMON HERRERIA LAHERRAN; ARANTXA PICON SANTAMARIA; SENDOA BALLESTEROS PEÑA; PEDRO GARCIA PEÑA; JUAN IGNACIO MARTINEZ MARTINEZ; MARTA ORDOÑEZ GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SANTA MARINA

ID: *5936*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CRONICIDAD, VALOR, INNOVACION*

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Corta Estancia (UCE) geriátrica es una sección dependiente del servicio de urgencias de nuestro hospital de crónicos. Este servicio está especializado en la atención de pacientes pluripatológicos, crónicos y con necesidades de cuidados paliativos.

La UCE se crea para mejorar las transiciones entre los distintos niveles asistenciales y mejorar la eficiencia, seguridad y calidad en la atención, así como la experiencia del paciente y su familia, disminuyendo los ingresos hospitalarios convencionales y potenciando la derivación programada y coordinada de estos pacientes.

En esta unidad se desarrolla un trabajo multidisciplinar y se activan diferentes rutas asistenciales en función de las necesidades del paciente: intervienen tanto los equipos asistenciales del servicio de urgencias como figuras clave en la coordinación entre niveles (Enfermera de Práctica Avanzada, Trabajadoras sociales, Geriatras...); también actúan servicios de apoyo (cardiología, neumología, cuidados paliativos o rehabilitación entre otras).

OBJETIVOS

Describir los resultados de una unidad de corta estancia geriátrica

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo circunscrito a un hospital de pacientes crónicos pluripatológicos de 234 camas. El periodo de estudio corresponde al año 2021. Los datos fueron extraídos de la base de datos corporativa anonimizada OAS de Oracle. Se extrajeron datos del volumen mensual de pacientes atendidos, porcentaje de pacientes no ingresados así como la tasa de reingreso hospitalario por la misma causa.

RESULTADOS

En la Unidad de Corta Estancia se atendieron a un total de 1168 pacientes. El porcentaje de pacientes no ingresados fue del 62,14% y la estancia media de 30 horas y 13 minutos. La tasa de reingreso a las 72 horas fue de un 3,35%.

CONCLUSIONES

El paciente anciano crónico complejo precisa de un recurso especifico de atención en sus descompensaciones así como cuidados integrales, incluso en procesos de final de vida.

Potenciar este área asistencial novedosa para la resolución de intercurrencias agudas de patologías crónicas busca la atención más adecuada para este perfil creciente de pacientes, incluyendo la disminución de la frecuentación en los servicios de urgencias de hospitales de agudos.

Consideramos que la Unidad de Corta Estancia (UCE) es eficiente en cuanto a los resultados, implicando un importante beneficio para el paciente, su familia y para el sistema sanitario, pero tenemos dificultades para compararnos porque somos el único servicio de urgencias geriátricas de la red pública de nuestra comunidad autónoma.

La función de la unidad es proporcionar una atención eficiente, especifica, integrada y en coordinación con todos los recursos existentes para minimizar los ingresos garantizando el retorno en condiciones seguras a su medio habitual.

VISITAS DE SEGURIDAD: OBSERVANDO PARA MEJORAR

ALBA GALLEGO ROYO [1]; DIANA SERRANO PERIS [2]; CARLOS CLERENCIA CASORRÁN [3]; ELENA LAÍN MIRANDA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. UNIDAD DOCENTE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA., [2] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III, [3] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I, [4] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

ID: *5944*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Seguridad del Paciente; Atención Primaria;*

JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos del Ministerio de Sanidad es potenciar la cultura de seguridad del paciente (SP). Para Atención Primaria (AP), es de vital mportancia que las estrategias y sistemas de gestión de la mejora se integran en el día a día de los profesionales de forma autónoma y sin coste adicional, siendo la corresponsabilidad y el liderazgo factores determinantes para el éxito en su desarrollo.

En los Equipos de Atención Primaria (EAP) existen áreas sensibles que pueden afectar a la SP. Con las visitas se pretende la detección de oportunidades de mejora.

Desde la Comisión de Seguridad Clínica Intersectorial de AP de Zaragoza Sectores I,II,III y Calatayud se ha priorizado un pilotaje de la implantación de visitas de seguridad en los EAP que implican a direcciones y los propios profesionales de los Centros de Salud (CS).

OBJETIVO

Impulsar la cultura de mejora de los EAP a partir de visitas a los CS, coordinadas entr la Dirección de AP y los EAP, para la revisión de puntos críticos relacionados con la SP y generación de actividades de mejora.

MÉTODO

Tras la reflexión sobre la utilidad, diseño del procedimiento y aprobación por la comisión de seguridad, se llevó a cabo un pilotaje en 3 CS, uno por cada sector sanitario, siendo uno de ellos centro rural. FASES:

1. Acuerdo con el EAP, realización de la visita por personal tecnico, la dirección de AP y los responsables del centro, emisión de informe
2. Diseño de áreas de mejora
3. Seguimiento de actividades y reevaluación

Las visitas se desarrollaron durante 2 horas, guiadas por un check list que evalua: actualización RCP, sona de urgencias y atención continuada; neveras, almacen y botiquín; higiene de manos; gestión de residuos y necesidades del EAP.

RESULTADOS

Proyecto piloto: 3 visitas de seguridad.

Fortalezas:

- Transparencia y colaboración de los profesionales implicados Gestión de vacunas
- Puntos de higiene de manos

Puntos de mejora:

- Verificación interna del equipamiento Valoración del stock disponible en almacén
- Revisión de caducidades de los fármacos del botiquín de zona de urgencias

Tras la observación de falta de identificación del estado de las bombas de oxígeno y dificultades en torno a la esterilización en los CS, se están elaborando tanto una Instrucción para el manejo del oxígeno en AP como una actualización de los protocolos de esterilización a nivel intersectorial.

Dentro de la formación de los EAP, la falta de actualización en RCP ha generado un punto de mejora en la formación continuada.

CONCLUSIÓN

Las visitas de seguridad realizadas son una herramienta de gran utilidad para abordar la SP en los CS.

Se detecta la necesidad de creación de un grupo de mejora y seguridad del paciente en todos los EAP con el reconocimiento por

parte de las direcciones a través de los acuerdos de gestión clínica.
Se va a llevar a cabo la implantación de las visitas de seguridad en los 3 sectores.

CONECTADOS

MARIA FRAILE VILARRASA; JOSÉ EMILIO HERNANDEZ SANCHEZ; ALVARO GOMEZ MEANA FERNÁNDEZ; MIGUEL ANGEL MORALES COCA; LAURA ALFARO CADENAS; MARIA TERESA CERDAN CARBONERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

ID: *5953*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *cirugía mayor ambulatoria, comunicación, accesibilidad, dialogo web, satisfacción.*

JUSTIFICACIÓN

Mostrar nuevas vías de comunicación con los pacientes para garantizar la accesibilidad a los sistemas sanitarios en el marco de la asistencia quirúrgica.

OBJETIVO

Compartir la experiencia de implantación de un sistema de dialogo WEB (DW) ofrecido a pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en cirugía general y digestiva de un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

El sistema está diseñado en dos fases. En la primera fase se ha utilizado como soporte el portal del paciente, a través del cual se vuelca un mensaje explicativo del servicio y se abre automáticamente una ventana que permanece activa durante 72 horas. Esta ventana permite al paciente hacer llegar al hospital sus consultas o comentarios relativas a la intervención que ha tenido lugar y recibir respuesta a las mismas por parte de los profesionales. La segunda fase consiste en un chatbot diseñado tras el análisis de las consultas más frecuentes realizadas por los pacientes que permitirá automatizar la respuesta a muchas de estas preguntas frecuentes, haciendo el servicio más rápido y eficiente tanto para pacientes como para profesionales. Se encuentra en una fase avanzada de diseño.

RESULTADO

Desde el día 16 de marzo del 2022 se han sometido a intervención quirúrgica en régimen de CMA en el servicio de cirugía general y digestiva 233 (101 procedimientos de pared abdominal, 75 procedimientos de proctología, 55 colecistectomías, 4 hemitiroidectomias, y 15 procedimientos para biopsia). Se ha ofertado el dialogo web a todos ellos. 36 han iniciado una conversación. El tiempo medio de respuesta ha sido 135 minutos. De los 36 pacientes que han utilizado el DW, 13 se sometieron a procedimientos de proctología (hemorroides 6, fisura anal 5, pólipo rectal 1, sinus 1), 14 a procedimientos de pared (Hernia inguinal 9, Hernia umbilical 5), 1 paciente se sometió a hemitiroidectomia y 8 a colelitiasis. De todas las consultas, 3 fueron agradecimientos, 2 incidencias en el acceso a los informes de alta, 3 dudas referidas a dolor, y el resto (28) dudas respecto al manejo de la herida y citas posteriores. En el hospital en ese mismo periodo se han iniciado 8501 DW con 653 diálogos iniciados (7.68%). Se ha evaluado la satisfacción de los pacientes de CGD, enviándose 188 encuestas, con un NPS de 8.92 puntos (Mismo periodo de 2021 8.83 puntos sobre 112 encuestas)

CONCLUSIONES

Los circuitos de CMA deben disponer de un mecanismo de contacto durante el postoperatorio inmediato accesible, eficaz y ágil, que permita garantizar la resolución de los problemas más frecuentes que pueden surgir a los pacientes. El diálogo web es una herramienta válida. La tasa de utilización del DW en CMA en cirugía general y digestiva duplica la del resto de nuestro hospital, incluidos urgencias y urgencias pediátricas, mejorando la satisfacción de los pacientes.

CINTA BILBAO 2019: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO ARMA DE PRECISIÓN ANTE UNA EMERGENCIA PEDIÁTRICA

SENDOA BALLESTEROS PEÑA [1]; IRRINTZI FERNANDEZ AEDO [2]; GORKA VALLEJO DE LA HOZ [3]; IRAIA ISASI LIÑERO [2]; ELISABETE ARAMENDI ECENARRO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL SANTA MARINA, [2] UPV/EHU, [3] OSAKIDETZA

ID: *5954*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La administración segura de medicamentos intravenosos en una emergencia pediátrica requiere una adecuada dosificación del fármaco. Una infraestimación de la dosis podría no generar el efecto terapéutico deseado, mientras que una dosis excesiva incurriría en un incremento de efectos adversos. Puesto que el cálculo de la dosis de un medicamento en pediatría depende del peso del paciente, resulta imprescindible conocer o medir este parámetro o, cuando no es viable, estimarlo con la mayor exactitud posible, mediante el uso de alguna herramienta o fórmula matemática

Sin embargo, en España, las fórmulas más habitualmente recomendadas en la literatura internacional no ofrecen un resultado satisfactorio, por lo que se ha sugerido su abandono.

OBJETIVO

Desarrollar y validar un modelo/herramienta bidimensional de estimación de peso pediátrico adaptado a las características de una población española.

MATERIALES Y MÉTODOS

A partir de datos antropométricos de 11.287 niños de Bilbao se generó un modelo de aprendizaje automático para predecir el peso a partir de la estatura y el cuartil de Indice de Masa Corporal (IMC) como aproximación teórica a la complexión física visualmente estimada (delgado, normal o grande). El modelo fue validado clínicamente sobre una muestra de 780 pacientes pediátricos atendidos en los servicios de urgencias de dos hospitales vascos. Se calculó la proporción de pacientes con un porcentaje de error (PE) del peso estimado respecto del real inferior a varios umbrales. Con el fin de poder generar una herramienta práctica en el terreno asistencial, se trasladaron los valores de las estimaciones obtenidos mediante el modelo de inteligencia artificial a un formato físico.

RESULTADOS

A través de Inteligencia Artificial se crearon modelos predictivos, denominados Fórmulas Bilbao 2019, con capacidad de estimar el peso a partir de la estatura y la complexión física del niño (delgado, normal o grande). El modelo obtuvo un PE<10% y un PE<20% en el 74,7% y 96,7% de las mediciones en situación clínica real. En el 36,7% de los pacientes no hubo concordancia entre la complexión física teórica (según IMC) y la visualmente estimada por parte de las enfermeras, siendo los errores más frecuentes en niños de hasta 2 años.

CONCLUSIONES

Las fórmulas Bilbao 2019 y su traslación a herramienta física, la Cinta Bilbao 2019, representan estrategias válidas y seguras para la estimación de peso en emergencias pediátricas y ofrecen mejores resultados que otras fórmulas o herramientas habitualmente empleadas.

ADAPTACIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA TRAUMATOLÓGICA: COMPETENCIAS PROPIAS Y DELEGADAS

RAQUEL CABALLERO; LUISA CABOT; CAROLINA JIMÉNEZ; MARTA TORRES; JESSICA LORENTE; MONTSERRAT SALA
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *5955*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *consulta enfermería traumatológica, consultas externas, enfermería, prestaciones de enfermería*

JUSTIFICACIÓN

MC MUTUAL es una mutua laboral con sede central en Barcelona y presente en todo el territorio nacional, que cuenta con dos clínicas propias con 77 camas de hospitalización, dos quirófanos y 11 boxes de cirugía mayor ambulatoria. Anualmente se atienden en torno a 25.000 pacientes en el área de consultas externas.

El colectivo de enfermería de Clínicas cuenta con una amplia experiencia en técnicas y cuidados en enfermería traumatológica que se desarrollan en diferentes servicios asistenciales. La adaptación al contexto COVID-19 (realización de nuevas pruebas diagnósticas como la PCR, con espacios y circuitos específicos), la necesidad de agilizar la gestión de las pruebas preoperatorias y una reorganización de tareas en Consultas Externas pusieron de manifiesto la necesidad de implantar las consulta de enfermería traumatológica.

OBJETIVOS

Describir la implantación y desarrollo de la consulta de enfermería traumatológica en las Clínicas de Copérnico y Londres de una Mutua colaboradora con la Seguridad Social en 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de los circuitos de Consultas Externa, se identifican las diversas actuaciones asistenciales y se unifican en la agenda de enfermería. Así, se definen actuaciones como 'Visitas de Telemedicina', 'Curas complejas', 'Gestión de pruebas externas', 'Interlocución con otras mutuas laborales', 'Recepción de resultados de laboratorio' y 'Gestión de incidencias y reposición de consultorios (revisión de las caducidades, gestión del material y medicación, etc.)', y 'Educación sanitaria a pacientes y centros asistenciales MC'.

Se asigna un espacio físico específico para enfermería, en donde se realizan todas las actuaciones descritas unificando las CCEE de ambas clínicas. Se reorganizan los recursos humanos y se programa un seguimiento periódico de la actividad de la consulta de enfermería traumatológica.

RESULTADOS

Se destinan dos enfermeras en ambas clínicas, y en Clínica Londres se añade una auxiliar de enfermería.

Durante los primeros tres meses se han realizado un total de 1.126 actuaciones de enfermería. En Clínica Copérnico se realizaron 818 actuaciones específicas de enfermería a 681 pacientes. Las consultas más frecuentes fueron la realización de analíticas (37%), las actuaciones de educación sanitaria (26%), la realización de curas de complejidad diversa (20%), y finalmente consultas telefónicas (10%) y realización de ECG (7%).

En Clínica Londres un total de 308 actuaciones prestadas a 271 pacientes, la mayoría han sido curas (63%), actuaciones de educación sanitaria (22%), y finalmente realización de analíticas (10%), y ECG (5%).

CONCLUSIONES

La consulta de enfermería ha conseguido centralizar las actuaciones y mejora la cobertura en el seguimiento de la patología laboral de nuestros pacientes. Disponer de una consulta específica de enfermería traumatológica permite un mejor control terapéutico, seguimiento de pacientes crónicos, de actividades preventivas y de recuperación de la salud.

RESULTADOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO EN UN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA TRAS 10 AÑOS DE IMPLANTACIÓN

JOSÉ JONAY OJEDA FEO [(1)]; PALOMA GOMEZ CAMPELO [(2)]; ANA COLOMA ZAPATERO [(3)]; MARÍA DOLORES PÉREZ GARRE [(2)]; GEMA VALLÉS PÉREZ [(2)]; MARÍA LUISA DÍAZ MARTÍNEZ [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(2)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(3)] FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(4)] UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ID: *5967*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Investigación biomédica, Modelos de gestión, Mejora continua, Estándares de calidad, Institutos de Investigación Sanitaria, Resultados en investigación e innovación*

JUSTIFICACIÓN

Una condición básica para garantizar la investigación biomédica de calidad en instituciones sanitarias es asegurar también la calidad y la integridad del sistema que le da soporte. La implantación de sistemas de gestión integrados (SGI) en Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) es una apuesta estratégica de máxima relevancia para asegurar un nivel de calidad en el desarrollo y la gestión de la investigación biomédica; sin embargo, posiblemente por su corta trayectoria, no existen experiencias al respecto

.

OBJETIVOS

Desarrollar un SGI en el que estén implicadas las estructuras de apoyo a la investigación de un IIS dando respuesta a todos los requisitos establecidos. Asimismo, se pretende impactar en la mejora de la calidad asistencial proporcionada por los profesionales que participan en las instituciones vinculadas al IIS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha elaborado un mapa de procesos para conocer el funcionamiento del IIS y las unidades incluidas en el alcance. En base a una sólida planificación estratégica, participada y bien documentada, la planificación de objetivos de mejora anuales, y un liderazgo compartido entre la dirección y los responsables de unidades y plataformas se ha desarrollado un modelo de gestión en el que se da respuesta no sólo a los requisitos de acreditación normativos, sino a aquellos estándares de calidad que posibiliten el reclutamiento y captación de recursos de calidad.

RESULTADOS

Nuestro IIS comenzó certificando en 2013 algunas de sus unidades de gestión, con un enfoque basado en procesos, como valor añadido a la investigación e innovación que se desarrollaba en la institución. En 2017 se sumó la certificación del sistema de gestión de la I+D+i bajo la norma UNE 166002:2014. En la actualidad, se dispone de un SGI, certificado bajo la ISO 9001:2015, que incluye un total de 14 unidades, al que se añade la certificación IQNet SR-10 de gestión de la responsabilidad social y el sello de calidad Human Resources Excellence in Research promovido por la Comisión Europea. Los resultados en investigación e innovación obtenidos durante los últimos 10 años incluyen más de 3.000 nuevos contratos para ensayos clínicos firmados y 183 proyectos o ideas de innovación en estado activo. Además, desde 2016 se coordina con el apoyo de las unidades de gestión del IIS una Red de Referencia Europea de carácter asistencial.

CONCLUSIONES

El crecimiento del SGI del IIS ha sido notable en los últimos 10 años. El modelo de gestión implantado refuerza bidireccionalmente los resultados de investigación e innovación del IIS, y posibilita una mayor captación de fondos junto a un mayor acercamiento a la práctica asistencial.

Aunque el camino para su implantación no está exento de dificultades, la incorporación de este concepto es un paso esencial para asegurar un nivel de calidad y de eficiencia en el desarrollo y la gestión de la investigación biomédica, el cual contribuye de manera significativa al retorno de salud y bienestar a la sociedad.

PROYECTO USO DE SMARTPHONE PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

MARIA YUSTE PLATERO [(1)]; RAFAEL MARTOS MARTINEZ [(1)]; ELENA GONZALEZ ARIAS [(1)]; LAURA BERMEJO MARTINEZ [(2)]; LAURA ALFARO CADENAS [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VILLALBA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

ID: *5968*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *transfusión, smartphone*

JUSTIFICACIÓN

La transfusión de componentes sanguíneos continúa ocupando un lugar prominente en la medicina del siglo XXI y, gracias a los esfuerzos invertidos, se han logrado unos niveles de seguridad inigualados hasta ahora. Sin embargo, como otros muchas procedimientos terapéuticos, sigue presentando riesgos potenciales que sólo pueden ser minimizados si todas las actividades se realizan siguiendo protocolos de trabajos, definidos sobre la base de preservar al máximo la seguridad del paciente.

El “Proyecto uso de Smartphone para la transfusión de componentes sanguíneos” se crea con el objetivo de mejorar la seguridad y trazabilidad de las transfusiones en las distintas unidades Hospitalarias

OBJETIVOS

Principal: Promover la mejora y seguridad en el proceso transfusional

Secundarios: Desarrollar un sistema de seguridad transfusional basado en nuevas tecnologías (Smartphone) y diseñar un protocolo que favorezca el aprendizaje y el uso adecuado de los mismos para reforzar la trazabilidad y la eficiencia de la transfusión

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 2022 nuestro hospital inicia fase de implantación de este nuevo sistema, que busca la práctica asistencial segura, comunicación fluida y directa entre los distintos ámbitos donde se mueven los productos a transfundir y la seguridad del paciente. Se comienza de forma progresiva en los distintos servicios (Hospital de Día, UVI, Urgencias, paritorio, diálisis, hospitalización y quirófano), con sesiones formativas previa a la implantación a los responsables y trabajadores de cada área, y a continuación un período de prueba del sistema.

RESULTADOS

A los 4 meses de implantación, el 95% de las transfusiones solicitadas en los servicios seleccionados, se realizan con sistema de Smartphone, sin incidencias relevantes y sin errores informáticos. Sobre una muestra de 50 enfermeros de las distintas áreas, el 95 % tiene conocimientos sobre el uso del sistema, de los cuales un 85% tiene una buena aceptación sobre el mismo. De la muestra que reconoce tener conocimientos sobre el manejo un 92 % reconoce que el sistema aporta agilidad al proceso de transfusión.

En concepto de seguridad del paciente y trazabilidad, el 98% fueron transfusiones seguras sin incidencias. No hubo errores de solicitud y todas las peticiones fueron registradas correctamente.

CONCLUSIONES

El “Proyecto uso de Smartphone para la transfusión de componentes sanguíneos” incorpora nuevas tecnologías al ámbito de la salud, con necesidad de formación continuada, siendo conscientes de la transformación de nuestras competencias profesionales y nuestro modelo de trabajo. El uso de smartphones como herramienta de trabajo en el proceso de transfusión aporta calidad asistencial y seguridad al paciente, mejorando la trazabilidad del proceso con el objetivo de minimizar, y poder eliminar, riesgos relacionados con el mismo

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN PROCESOS. GRUPO DE TRABAJO “INNOVACIÓN EN PROCESOS”

DIANA RUIZ BUENO
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

ID: *5969*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *1) ejemplos de estructuras organizativas existentes en hospitales para la gestión de la innovación en procesos, (2) metodologías para la innovación en procesos, a nivel de innovación en procesos y de mejora continua (Six-Sigma, Lean Management e Investigación operativa), (3) herramientas para la puesta en marcha y desarrollo de proyectos de innovación en procesos, (4) evaluación del impacto, y un listado de anexos (5) en los que se muestran: (a) metodologías para la captación y evaluación de ideas de innovación en procesos, (b) ejemplos de herramientas corporativas de gestión de la innovación, (c) análisis de los problemas abordados en la innovación en procesos e indicadores utilizados con infografías y tablas resumen, y (d) ejemplos de evaluación externa de procesos.*

OBJETIVOS

Dar a conocer el documento “Guía de buenas prácticas en la Gestión de la Innovación en procesos”. La Guía pretende ser un documento de reflexión sobre la innovación en procesos en los hospitales del país en la que se incorporan recomendaciones que pueden ser de utilidad a las organizaciones.

METODO

Para la realización de la guía se consensuó entre los grupos de trabajo el contenido y la metodología a seguir para la realización de la Guía. Las instituciones participantes han sido: Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Hospital Galdakao-Usansolo, Hospital Universitario Virgen del Rocío,Instituto Aragonés Ciencias de la Salud, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia, Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela, Hospital del Mar, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Instituto de Investigación Sanitaria Ramón y Cajal, Consorci Hospitalari de Vic, SACYLINNOVA, Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili, Institut d’Investigació i Innovació Parc Taulí.

RESULTADOS

El resultado obtenido es la creación de un documento-guía de buenas prácticas en Innovación en procesos en el que entre otros se muestran, (1) ejemplos de estructuras organizativas existentes en hospitales para la gestión de la innovación en procesos, (2) metodologías para la innovación en procesos, a nivel de innovación en procesos y de mejora continua (Six- Sigma, Lean Management e Investigación operativa), (3) herramientas para la puesta en marcha y desarrollo de proyectos de innovación en procesos, (4) evaluación del impacto, y un listado de anexos (5) en los que se muestran: (a) metodologías para la captación y evaluación de ideas de innovación en procesos, (b) ejemplos de herramientas corporativas de gestión de la innovación, (c) análisis de los problemas abordados en la innovación en procesos e indicadores utilizados con infografías y tablas resumen, y (d) ejemplos de evaluación externa de procesos.

El documento está disponible en el siguiente enlace:

https://www.iacs.es/wp-content/uploads/2022/04/Guia-innovacion-en-procesos.pdf

CONCLUSIONES

La innovación en las instituciones sanitarias del país se percibe como una gran oportunidad de mejora del sistema, de la atención a los pacientes, de modernización de las estructuras y procesos. Esta guía permite tener un marco de referencia de la gestión de la innovación en procesos en los centros sanitarios.

PLAN DE TRANSPORTE SANITARIO INDIVIDUALIZADO

ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; SARA NAVARRO SANTOS; JULIA DE LA FIGUERA BAYÓN; ENRIQUE CLAUDIO ROMO; CESAR CARDENETE REYES; JOSE LUIS PEREZ OLMO
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5975*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Transporte sanitario, Humanización, Enfermedad crónica*

JUSTIFICACIÓN

El proceso enfermero es un modelo centrado en el paciente y la familia y que se despliega metodológicamente a través de los planes estandarizados e individualizados de cuidados y que resulta de especial relevancia en la atención de los pacientes más vulnerables.

El Transporte Sanitario (TS) es una prestación que frecuentemente atiende a pacientes vulnerables: se planteó una mejora en el TS individualizado adaptando la metodología de planes de cuidados que gestionara la enfermera como profesional de mayor experiencia en este ámbito, que además pudiese individualizar, humanizar y mejorar la experiencia del paciente.

OBJETIVOS

Atención personalizada en el TS en la población vulnerable. Coordinación entre niveles asistenciales.

Mejorar la experiencia del paciente y familia con el TS. M

Actuaciones:

- Identificar los pacientes que utilizan TS no urgente (TSNU) que presentan mayor vulnerabilidad durante el traslado.
- Propuesta a sus médicos y enfermeros responsables de diseñar un plan individualizado de TS
- Desarrollo de la intervención.
- Evaluación: encuesta a familia.

RESULTADO

Se han identificado:

Paciente crónico complejo infantil. (PCCI)

Paciente con intervención quirúrgica traumatológica y parálisis cerebral. PCCI:

Propuesta al Hospital estableciéndose un plan de actuación:

- La visita al Hospital del paciente y su familia el día anterior al alta hospitalaria en la que se valora el recurso móvil más adecuado, los dispositivos de retención infantil adecuados para la edad del paciente y los cuidados y dispositivos necesarios durante el traslado; todo ello se le muestra y explica a la familia in situ.
- El día del alta hospitalaria el supervisor de enfermería y el TES acuden para realizar el acompañamiento con un Vehículo de Soporte vital avanzado durante el traslado y colaboran en la transferencia. Este acompañamiento sólo se realiza en el primer traslado para dar seguridad a las familias que llevan muchos meses ingresados en el hospital con sus hijos.
- Unos días después se realiza una encuesta de satisfacción a las familias y propuestas de mejora.

Se han realizado 7 traslados en año y medio ya que es un paciente poco frecuente. Todos los traslados se han realizado en tiempo y forma.

Satisfacción global: 9,25. Se valora: información recibida, trato del personal, coordinación entre hospital y TS, seguridad en el traslado, utilidad de la visita previa.

Propuesta de mejora: Cambio de los cinturones de seguridad para los pacientes traqueostomizados, que se ha solventado utilizando un adaptador en el material de sujeción del niño.

CONCLUSIONES

El plan individualizado de TS mejora la experiencia del paciente vulnerable, disminuye la ansiedad que supone a las familias salir del hospital tras largo tiempo de hospitalización. Mejora la fluidez de comunicación entre TS y hospital, no incrementa costes ni una infraestructura compleja por lo que es exportable a otros centros y pacientes.

Actualmente pendiente de implantarlo en otro hospital en los pacientes con parálisis cerebral.

CONSTRUYENDO UN MODELO DE AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN MULTICÉNTRICA

ESTER GONZÁLEZ MUÑOZ; SARA ELA AGUILAR; ELBA BEAS ALBA; TÁRSILA FERRO GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

ID: *5987*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *AUDITORÍA; EQUIPO MULTIDISCIPLINAR; SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD*

JUSTIFICACION:

La visión integral y la estandarización de procesos son clave para ofrecer atención sanitaria efectiva y eficiente. Las auditorías de calidad evalúan el sistema de gestión de calidad de una organización y son fundamentales para implementar acciones que permitan mejorar de manera continuada la actividad asistencial diaria, de la que son beneficiarios tanto los pacientes como toda la institución en conjunto.

OBJETIVOS

Construir un modelo integrado de auditorías internas cruzadas del sistema de gestión de calidad, así como un equipo de auditores internos con la finalidad de facilitar la gestión y favorecer la cultura de calidad entre los profesionales en una institución multicéntrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Definición del perfil (responsabilidades y competencias) de auditor interno.
2. Realización de acciones formativas de introducción a las auditorías en período 2019-2021.
3. Adaptación de la documentación (listado de verificación, criterios, plan de auditoría e informe de conclusiones) para dar respuesta a los requisitos ISO 9001 y a la acreditación hospitalaria del Departamento de Salud.
4. Desarrollo e implementación de un modelo único de auditorías internas cruzadas, que incluye procesos asistenciales y de gestión, formando equipos auditores de 3 profesionales sin vinculación directa al proceso a auditar, con 1 experto en el proceso, 1 interrelacionado con el mismo y 1 técnico de calidad.
5. Valoración de la experiencia de los profesionales participantes en las auditorías internas en el período 2020-2022.

RESULTADOS

1. Grupo multidisciplinar de profesionales de ámbito asistencial y de gestión especializados en auditorías de calidad.
2. 100 profesionales formados (42 en 2019 y 58 en 2021) en 5 sesiones (2 en 2019 y 3 en 2021) evaluadas por el 69% de los profesionales con satisfacción global de 7.8 en 2019 y de 8.6 en 2021.
3. Listado de verificación fusionando criterios de acreditación hospitalaria y de certificación ISO (con más de 800 ítems), que facilita la selección de preguntas específicas por procesos a auditar.
4. 13 auditores internos en 2020; 28 en 2021 y 31 en 2022. 28 procesos, correspondientes a 59 servicios, y 146 profesionales auditados en el período 2020-2022. Se generan 168 planes correctivos (37 en 2020; 76 en 2021; 55 en 2022) y se proponen 100 oportunidades de mejora (25 en 2020; 39 en 2021; 36 en 2022).
5. 186 profesionales participantes en las auditorías internas encuestados (actualmente en recogida de respuestas).

CONCLUSIONES

La creación de un equipo multidisciplinar de auditores internos ha contribuido a conceptualizar y hacer operativa la calidad como parte intrínseca de todas las actividades de los diversos ámbitos de intervención de la organización. Es necesario persistir en la implementación de estrategias destinadas a la visión integrada y global de la asistencia sanitaria y a una mayor concienciación de los profesionales hacia la mejora continua.

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN ARAGÓN 2020

ESTER ANGULO PUEYO; BEATRIZ GONZÁLEZ; MIRIAM SERAL RODRÍGUEZ; NATALIA MARTÍNEZ LIZAGA; MANUEL LÓPEZ RIDAO; ENRIQUE BERNAL DELGADO
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD (IACS)

ID: *5990*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una alta prevalencia en Aragón (8% entre la población mayor de 15 años), en la que el tratamiento farmacéutico es determinante en sus cuidados y pronóstico.

OBJETIVOS

Análisis de los patrones de prescripción de antidiabéticos en la población con diabetes en Aragón durante 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de la prescripción de antidiabéticos orales en la población diabética mayor de 40 años atendida en los centros de atención primaria de Aragón en 2020. Se analizaron patrones de prescripción, así como prácticas no recomendadas a nivel de zona básica de salud. El endpoint de interés fue la variación en el porcentaje de personas con diabetes con una prescripción específica en cada zona básica de salud, y su comparación relativa respecto al desempeño medio del conjunto de las zonas de Aragón.

RESULTADOS

En año 2020, 84.300 diabéticos mayores de 40 años fueron atendidos por el sistema sanitario de Aragón, al 90% de los cuales se les prescribió algún fármaco antidiabético.

Entre los antidiabéticos más prescritos, en primer lugar, se situó la metformina (70% de los pacientes, RV5-95= 1,3), seguida de los inhibidores de la DPP4 -iDPP4- (41,7%, RV5-95= 1,8), insulina (24,4%, RV5-95= 1,8) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa -iSGLT-2- (23,5% RV5-95= 2,8).

El análisis de la prescripción de iSGLT-2 y aGLP-1 en la población diabética con comorbilidades que pueden beneficiarse del efecto positivo de estos fármacos, puso de manifiesto que el 20% de las personas con diabetes e insuficiencia cardiaca congestiva recibieron una prescripción de iSGLT-2 (RV25-75=2). En el caso de los diabéticos con enfermedad cardiovascular, el 21% tuvieron una prescripción de iSGLT-2 o de aGLP-1 (RV5-95=3,5), mientras que en el caso de los diabéticos con enfermedad renal este porcentaje fue del 22% (RV5-95=3,3).

El estudio de prácticas poco recomendadas reveló que el 1% de diabéticos (843 personas) tuvieron prescritos más de tres fármacos antidiabéticos no insulínicos de manera concomitante durante 2020. Además, a 1.100 diabéticos menores de 75 años con hemoglobina glicosilada no controlada no se les hizo ningún cambio en el tratamiento en los 90 días tras la determinación.

Por último, el análisis de la prescripción en personas mayores de 75 años con diabetes puso de manifiesto que 1.413 tenía prescrita alguna sulfonilurea distinta a la glicazida con el riesgo de hipoglucemia que ello puede conllevar, y que 836 tenían prescritos un mínimo de tres fármacos antidiabéticosa pesar de tener la hemoglobina glicosilada controlada.

Todos los resultados pueden encontrarse en: https://www.atlasvpm.org/atlasvpm/prescripcion/ARAGON/atlas.html

CONCLUSIONES

Se han comprobado amplias variaciones en los patrones de prescripción y en la existencia de prácticas no recomendadas. El análisis y la comparación entre zonas básicas pueden mejorar la calidad del tratamiento farmacéutico en diabetes.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN TELÉMATICA MULTIDISPLINAR EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Mª PILAR REGALÓN MARTÍN; JULIA TORRES MORALES; LUIS CABEZA OSORIO; MªDOLORES SÁNCHEZ ROCA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL HENARES

ID: *6002*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *paciente crónico, seguimiento telefónico, seguridad, accesibilidad, manejo domiciliario*

JUSTIFICACIÓN

Las nuevas formas de comunicación activa(consulta teléfonica, video llamadas), con respuestas rápidas, permiten adecuar la intensidad de los cuidados a las necesidades asistenciales del paciente.

OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad a la asistencia reduciendo tiempos de respuesta.

Garantizar la continuidad de cuidados manteniendo una comunicación bidireccional con otros ámbitos asistenciales. Reducir nº ingresos/estancia media.

Promover bienestar del paciente y cuidador MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Pacientes valorados en consulta del paciente crónico, año 2021. Valorado: consultas realizadas, número de ingresos, estancia media hospitalaria, visitas a urgencias y mortalidad de pacientes.

Análisis realizado con paquete estadistico IBMSPSS Stadistic. Historia clínica informatizada(SELENE) y gestión de información DWH(Oracle Corporation)

Registro espécifico"Formulario seguimiento teléfonico". Tras la primera visita presencial, se programa consulta teléfonica de seguimiento, indicamos pautas de ajuste de tratamiento y manejo de autocuidados o bien se genera una consulta presencial hasta finalización del proceso de agudización.

RESULTADOS

Realizadas 2273 consultas, de las cuales 1346 fueron telefonicas, suponiendo 59,21% de las mismas. Comparando número de ingresos entre pacientes con seguimiento teléfonico y los que sólo tenían seguimiento presencial, se objetivó una menor necesidad de ingresos en el grupo de pacientes con seguimiento teléfonico (77,93% vs 85,71%), la estancia media de dichos pacientes fue de 4,43 días menor. En relación a la necesidad de acudir al servicio de Urgencias, no se ha objetivado diferencia entre seguimiento teléfonico y presencial.

La mortalidad, fue menor en el grupo de pacientes con seguimiento teléfonico (7,974% vs 11,11%)

Encuesta de satisfacción durante el periodo de septiembre a diciembre de 2021 a 24 pacientes (14 hombres y 10 mujeres con una edad media de 79,5 años), objetivando que la gran mayoría de los pacientes mantienen un grado de satisfacción de 45 puntos sobre un máximo de 45.

CONCLUSIONES

El modelo de atención teléfonica supone innovación, facilita el manejo domiciliario de pacientes crónicos complejos.El incremento del número de pacientes y cuidadores que se involucran en autocuidados demuestra mayor interés en la gestión de su salud, eficacia de los cuidados y servicios sanitarios. Se ha promovido el bienestar de pacientes y cuidadores atendiendo a sus necesidades y expectativas reales, mejorando su calidad de vida.

Esta nueva modalidad asistencial, se impone más en nuestra práctica diaria, reduce las situaciones de inseguridad, menor necesidad de ingresos, menor estancia media y menor mortalidad, sin influir en las visitas a Urgencias.

Pacientes y cuidadores con las intervenciones de cuidados, han entendido/aprendido a involucrarse y participar en la gestión de su salud no teniendo que acudir de forma reiterada al hospital, minimizando riesgos y mejorando su seguridad.

REVISIÓN Y ANALISIS DE LA GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS DE UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD TRAS LA PANDEMIA

Mª LOURDES RAMIREZ SAMANIEGO [1]; LUISA FERNANDA MARTINEZ RODRIGUEZ [2]; Mª ISABEL ROMO SOLER [2]; JON LETONA ARAMBURU [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DIRECCION GENERAL OSAKIDETZA, [2] OSAKIDETZA

ID: *6010*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Organizaciones de servicio, Modelo Gestion Avanzada*

JUSTIFICACIÓN

El impacto de la situación de pandemia que hemos vivido en el sistema sanitario, sus efectos y las necesarias medidas que se han ido adoptando, nos han situado en una realidad nueva sin que sea fácil contar con una referencia o marco de comparación previo.

Lo sucedido con la pandemia está suponiendo un punto de inflexión que como organización deberíamos aprovechar como elemento transformador. Esta situación, que parece ya controlada, al menos por el momento, seguirá haciendo notar su efecto durante todavía algún tiempo, que puede ser incierto.

En este modo de hacer hay algunos rasgos y señas de identidad que PONER EN VALOR como son la visión Corporativa, Universalidad, Atención Centrada en la persona, apuesta decidida por la mejora continua y la Gestión Avanzada.

Debemos además hacer balance y aprender de la experiencia vivida en los dos últimos años, superar formas de hacer que estén obsoletas, recoger y aprender de aspectos positivos y proyectarnos con ideas renovadas.

Es necesario, conocer el momento desde el punto de vista de la gestión, en el que se encuentran todas las OOSS de nuestro sistema de salud, su perspectiva a medio largo plazo, las principales dificultades objetivadas y cómo se podría colaborar desde la Dirección General en un ejercicio compartido tomando como referencia el MGA.

OBJETIVOS

Conocer la situación de avance en la gestión de todas las OS.

Revisar los objetivos previos, identificar procesos clave y establecer nuevos objetivos. Identificar y priorizar Estrategias y Planes de acción corporativos.

MÉTODO

Envío de cuestionario conforme al MGA a las 20 OS

Realización de una entrevista telemática entre la Subdirección de calidad y los equipos directivos de las OS, con el apoyo de una entidad promotora de la gestión avanzad

Informe priorizado con las principales áreas de mejora para la DG y reporte de los resultados a las OS.

RESULTADOS

Las OS presentan un nivel medio de avance en la gestión relevante y bastante equilibrado (entre 2,40 y 2,85/4).

Estrategia y Clientes (orientación a pacientes) son los dos ámbitos más avanzados en la gestión entre los niveles intermedio 2 y desarrollado 3.

Referentes: Hay alguna OS en el nivel Avanzado de gestión (4) en Estrategia, Clientes, Personas e Innovación, lo que supone una magnífica fuente de posible aprendizaje para otras OS.

CONCLUSIONES

Este proceso reflexivo ha permitido al equipo Directivo obtener una visión global de la Dirección General

El uso del MGA y el grado de madurez en la gestión de las OS con el MGA hizo posible y facilitó el relato de los informes y las entrevistas. No hubiese sido posible abordar esta tarea con la extensión y profundidad llevados a cabo sin contar con el esquema y referencia del

Este proceso permitió identificar áreas o experiencias de gestión en las que hubieran profundizado en su desarrollo cada OS, consideradas ejemplares o 'role-model', avanzando en la configuración del mapa de expertise.

RESULTADOS EN SALUD Y COSTES PARA BASAR LA MEDICINA EN UN VALOR COMPARABLE: EXPERIENCIAS DE VOICE EN CÁNCER DE MAMA

BORJA GARCÍA-LORENZO; ANIA GOROSTIZA; ANE FULLAONDO
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD KRONIKGUNE

ID: *6035*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *value-based healthcare; benchmarking; breast cancer*

JUSTIFICACIÓN

La Comunidad VOICE (Value Based Healthcare for Outcomes in Breast&Lung Cancer in Europe) está formada por doce hospitales de ámbito europeo con el objetivo de comparar los resultados en salud y económicos entre centros en cáncer de mama y pulmón. Los miembros de VOICE trabajan en colaboración para:

1. Medir Clinical-Related Outcomes (CROMs), Patient-Related Outcomes (PROMs), uso de recursos y costes en la práctica clínica rutinaria de forma sistemática;
2. Identificar los factores para una implementación exitosa de la Value Based-Healthcare
3. Realizar benchmarking entre organizaciones para generar mejores prácticas.

OBJETIVOS

Proporcionar un benchmarking de resultados en salud y económicos para los miembros de la comunidad VOICE con el fin de poder proveer a los centros un valor cuantificable de su atención sanitaria que sirva de evidencia para mejorar los servicios de salud.

Material/métodos: La cohorte con cáncer de mama de VOICE es de 690 pacientes. La metodología incluye el diseño del clinical pathway, la definición del standard set de variables clínicas y económicas, y la definición de arquetipos de pacientes e indicadores. El clinical pathway fue diseñado de acuerdo a las guías de práctica clínica, el standard set de variables clínicas se ajustó al set publicado por ICHOM, el standard set de variables económicas fue creado utilizando un enfoque bottom-up, los arquetipos de pacientes fueron identificados utilizando técnicas de clustering, la definición de indicadores siguió una metodología DELPHI de consenso. El benchmarking entre centros se realizó utilizando análisis descriptivos y modelos de regresión ajustados por arquetipos, variables clínicas y socio-demográficas.

RESULTADOS

Se definieron 43 indicadores clasificados en indicadores de resultados en salud (CROMs y PROMs), procesos clínicos, económicos y case-mix. Se encontraron diferencias significativas entre centros en PROMs e indicadores de proceso. La calidad de vida, la imagen corporal y la función social y económica, entre otros PROMs, presentaron diferencias entre centros. El tiempo de diagnóstico hasta tratamiento o la tasa apropiada de pruebas de ganglio centinela presentaron una notable variabilidad entre centros, entre otros indicadores de proceso. Se observó además una variabilidad específica en el uso de recursos y costes. La proporción de pacientes con cirugía mayor ambulatoria y el uso de nuevas moléculas quimioterápicas fue significativamente dispar entre centros.

CONCLUSIONES

VOICE ha permitido a los centros realizar un benchmarking en resultados de salud y económicos, necesario en aras de mejorar su modelo de atención, y poner al paciente en el centro. Actualmente se trabaja para encontrar patrones entre resultados que relacionen la salud y los usos de recurso empleados. El reto se encuentra en poder estimar el valor de la atención sanitaria combinando resultados en salud y económicos mediante la ecuación del valor.

FORTALECER LA RESILIENCIA DE ORGANIZACIONES Y PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN ECUADOR EN TIEMPOS DE COVID

MARIA ASUNCION VICENTE RIPOLL [1]; MARINA MARTINEZ PAYA [1]; JIMMY MARTIN DELGADO [2]; IRENE CARRILLO MURCIA [1]; MERCEDES GUILABERT MORA [3]; CESAR FERNANDEZ PERIS [1]; JOSE JOAQUIN MIRA SOLVES [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ, [2] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD INTEGRAL, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, GUAYAQUIL, ECUADOR., [3] UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

ID: *6036*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *resiliencia, epidemia, CIVUD-19, segundas víctimas*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 ha generado una elevada presión asistencial y ha obligado a tomar decisiones críticas en un ambiente de alarma social. La labor asistencial se ha realizado bajo condiciones adversas que han ocasionado reacciones de estrés agudo y otras patologías afectivas o reacciones psicosomáticas en el personal sanitario. Las sucesivas olas de esta pandemia han impedido la recuperación del conjunto del sistema de salud y de sus profesionales.

OBJETIVOS

Incrementar la resiliencia de organizaciones sanitarias y de sus profesionales en Ecuador. Reparar organizaciones y fortalecer la capacidad de respuesta de los profesionales tras la pandemia de COVID-19. Diseñar y adaptar procedimientos, materiales y herramientas electrónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Traslado de la experiencia “SER+ Contra COVID-19” de España a Ecuador mediante la realización de las siguientes actividades: documento maestro de procedimientos, materiales y herramientas aprobadas, adaptación y validación materiales y herramientas (app y web) e implementación prototipo de intervención, evaluación y rediseño. Se desarrollaron varios talleres presenciales para el personal sanitario del Hospital General IESS Los Ceibos de Guayaquil.

RESULTADOS

Un total de 37 profesionales sanitarios formaron parte de los diferentes grupos de trabajo. En total se condujeron 6 grupos focales. En el grupo de profesionales participaron profesionales sanitarios de diversos ámbitos vinculados al Hospital General IESS Los Ceibos: trabajadores sociales, personal del área de psicología y psiquiatría, personal de gestión de riesgos laborales, jefes de servicio de diferentes especialidades. enfermeros, personal de medicina general, personal de pediatría y neonatología, personal de recursos humanos, planificación y comunicación del hospital, médicos generales de cuidados críticos, epidemiólogos y nutricionistas.

Se recopiló toda la información obtenida en los 6 grupos focales realizados y las acciones realizadas fueron categorizadas en 4 tipos de estrategias de afrontamiento: adaptativas centradas en el problema, adaptativas centradas en la emoción, desadaptativas centradas en el problema y desadaptativas centradas en la emoción.

A partir de este estudio se ha diseñado una nueva herramienta de material audiovisual consistente en una serie de PODCAST titulada “Ser + contra COVID. Experiencias en Ecuador” para poder difundir estas estrategias a nivel global en el mundo de habla hispana: https://serpositivoscontracovidexperienciasencuador.podbean.com/

CONCLUSIONES

La recuperación de los profesionales para estar preparados en caso de un posible nuevo brote es un requisito para asegurar calidad y seguridad de pacientes. Intervenciones como ésta facilitan una forma de obtener lecciones aprendidas y generar nuevas herramientas para los profesionales sanitarios.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS, EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO ONCOLÓGICO

JULIA SALVADOR LODOSA [1]; JESÚS MARTINEZ PÉREZ [2]; ROSER MARTIN CAMPOS [2]; DANIEL LOPEZ TORRES [2]; Mª SOLEDAD ROMEA LECUMBERRI [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON, [2] HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

ID: *6046*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Sistema Proactivo, tratamiento oncológico, seguridad del paciente.*

INTRODUCCIÓN

AMFE o Análisis Modal de Fallos y Efectos, es un método de análisis sistemático proactivo que contribuye a identificar y prevenir, los modos de fallo de un proceso. Permite priorizar las causas sobre las que es necesario actuar para evitar que se presenten estos modos de error sobre el paciente.

El tratamiento antineoplásico de los pacientes oncológicos, requiere disponer de un equipo interdisciplinario de profesionales que se coordinan entre ellos para ofrecerles una atención personalizada y de calidad. En nuestro hospital de alta tecnología, hemos informatizado todas las fases del tratamiento antineoplásico con la incorporación de un nuevo software. La realización del AMFE, nos proporcionará identificar las posibles situaciones de fallo que nos puede conllevar su implantación y evaluarlo de manera proactiva.

OBJETIVO

Identificar los modos de fallo en el tratamiento del paciente oncológico adulto, con la incorporación de un nuevo software.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un grupo de trabajo compuesto por profesionales del equipo asistencial que atienden al paciente oncológico adulto y por profesionales de la unidad de seguridad del paciente.

Se estableció un cronograma de reuniones mensuales de 90 minutos de duración.

Se identificaron las fases del tratamiento oncológico, así como las actividades que se realizaban en cada una de ellas.

De cada actividad, identificaron las situaciones que pueden fallar siendo un riesgo para los pacientes. De cada una, evaluaron la gravedad, frecuencia y facilidad de detección con una puntuación del 1 al 10, calculando posteriormente el índice de priorización del riesgo inicial (IPRi).

Para la priorización de las situaciones de riesgo, se utilizó un diagrama de PARETO y se identificaron las acciones de mejora correspondientes.

Una vez implantadas las acciones de mejora, se volvió a reunir al equipo de profesionales para que volvieran a valorar el riesgo, estableciendo un indicador de evaluación para cada uno.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 7 reuniones entre mayo del 2021 a mayo de 2022, donde se identificaron las 6 fases que contempla el nuevo software.

Se identificaron un total de 29 situaciones de riesgo en el tratamiento antineoplásico distribuidas en: 7 de prescripción, 7 de preparación y 7 de dispensación. 3 situaciones de programación, 2 de administración y 2 en validación, y 1 en validación. La puntuación total del IPRi dio un valor de 1868, siendo la puntuación máxima 186 en la situación de: error en el etiquetaje de la medicación, y la mínima con una puntuación de 10'78 en: programación del paciente en un box inexistente. Para todas ellas, se definió una acción de mejora, un responsable y un indicador de evaluación.

CONCLUSIONES

Evaluar de manera proactiva las posibles situaciones de fallo de la incorporación de un nuevo software en tratamiento oncológico, ha permitido identificar y neutralizar situaciones de riesgo proporcionando una mejora en la seguridad del paciente.

APLICACIÓN DE CICLOS PDCA PARA AUMENTAR LA GANANCIA FUNCIONAL Y REDUCIR LA ESTANCIA MEDIA EN PROCESOS DE REHABILITACIÓ

MARÍA CABALLERO NAHÚM [(1)]; MARTA SÁNCHEZ GARCÍA [(1)]; OSCAR ESCOLANTE CASTRO [(1)]; MANUEL ÁNGEL PASCUAL PASCUAL [(1)]; MIGUEL ÁNGEL TORROBA CAÑAS [(2)]; MARTA GARCÍA IBOR [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL DE GUADARRAMA, [(2)] PDCA OPERATIONS

ID: *6051*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PDCA, gestión operativa, mejora continua, rehabilitación, estancia media, Barthel, ganancia funcional*

OBJETIVOS

La gestión por procesos se ha instaurado en los hospitales para optimizar sus resultados y calidad asistencial. El siguiente alto en la innovación operativa es la gestión por objetivos a través de ciclos de mejora continua, como PDCA, que ya ha sido validada en hospitales como el Renmin-Singapur.

Este trabajo muestra el impacto de aplicar un modelo de gestión por objetivos, basada en el Ciclo PDCA, al proceso de rehabilitación en un hospital de media estancia.

Durante la fase de diagnóstico operativo se observó (1) falta de flexibilidad y adaptación al tipo de paciente en los procesos asistenciales, (2) existencia de gaps en programación de sesiones de tratamiento, (3) falta de uso de indicadores-objetivos para toma de decisiones asistenciales, (4) supervisión pasiva, (5) falta de herramientas para planificación de recursos.

Durante la implementación se pusieron en marcha 4 iniciativas: balanceo y planificación de cargas asistenciales, actividades en planta de movilización de pacientes, dinámicas de gestión de los equipos usando indicadores y optimización de reuniones interdisciplinares. Todas ellas coordinadas en un marco de gestión operativa basada en PDCA.

OBJETIVOS

El objetivo clave era lograr en el hospital una mayor recuperación (ganancia funcional) en menor tiempo (estancia media) gracias a: evolucionar a una gestión por objetivos, potenciar el rol del supervisor, reducir los desperdicios y aumentar la actividad de los pacientes durante su estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha implantado un Ciclo PDCA para potenciar el rol de los mandos intermedios a través de: planificar las cargas asistenciales, dinamizar la gestión de los equipos con indicadores de desempeño y optimizar los foros de decisión para alinear objetivos. Se han empleado las siguientes herramientas: planificación de fisioterapia, gamificación de la movilización en planta, dinámica de reuniones interdisciplinares e informe diario-semanal de indicadores clave.

RESULTADOS

La implantación de estas dinámicas de gestión ha dado lugar durante los 6 meses de proyecto a:

- Aumento de la ocupación de sesiones de fisioterapia en 11 pp
- En los pacientes del nuevo proceso de movilización en planta, mejora del 22% en la ganancia funcional con una reducción del 7% en estancia
- Reducción del 40% y el 7% en el número de pacientes con estancia fuera de objetivo y sin ganancia funcional, respectivamente
- Mejora en la cohesión y coordinación entre los diferentes colectivos asistenciales

CONCLUSIONES

A la vista de estos resultados, se puede afirmar que el despliegue de las nuevas dinámicas (tipo PDCA) en la gestión del proceso de rehabilitación tiene un impacto positivo y una tendencia de mejora en los resultados de los indicadores clave: la ganancia funcional y la estancia media

Las mejoras permiten obtener una visión transversal de la gestión del paciente generando un entorno rehabilitador, de forma que no solo se dé un buen servicio al paciente en su tratamiento, sino en su espera, ingreso y alta.

VIGILANCIA DE CASOS COVID-19 EN TRABAJADORES CENTROS SOCIOSANITARIOS MEDIANTE HERRAMIENTAS SOFTWARE

TEODORO JOSÉ MARTÍNEZ ARÁN [1]; MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ ÁLVAREZ [2]; JUANA SÁNCHEZ SÁNCHEZ [1]; JUAN ANTONIO LÓPEZ GARCÍA [1]; ANTONIO GARCÍA MARTÍNEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL - A4 DE SALUD, [2] ESAD - CUIDADOS PALIATIVOS A4

ID: *6055*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Lenguaje R, vigilancia, control, COVID-19, Centros Sociosanitarios, riesgo de brote intracentro*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2020 se realizó un AMFE del riesgo de brote COVID-19 en CSS, que se complementó con ACR tras cada uno de los brotes que se produjeron en nuestra área durante el 3er periodo epidémico.

Se evidenció que la positividad a COVID-19 de un trabajador del CSS es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de un brote intracentro

OBJETIVOS

Diseñar una herramienta software para permitir la identificación precoz y en tiempo real de casos COVID entre trabajadores y usuarios de CSS.

Desplegar acciones para reducir el número e impacto de los brotes COVID intracentro

Metodología utilizada:

Herramienta software diseñada Lenguaje de programación R

Script que procesaba dos veces al día la información de tres fuentes, con limpieza, deduplicación, análisis de información faltante, eliminación de casos redundantes, y síntesis.

Salida: tabla de los casos COVID-19 de todos los trabajadores y usuarios de CSS de la Región de Murcia, estratificado por CSS, Centro de Salud, Área sanitaria (del CSS y del Trabajador/ usuario).

Rutina de trabajo diaria

Actualización de las tres fuentes de datos: IMAS, Salud Pública y Servicio Murciano de salud (pruebas diagnósticas, nuevos casos diagnosticados, urgencias hospitalarias, hospitalizados, cuidados críticos, y fallecidos)

Ejecución a las 8 y 14 h, diario (x7 días)

Comunicación del listado diariamente al Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud de la Región de Murcia

Para los trabajadores y usuarios adscritos al área 4 de salud, además:

Comunicación a Coordinadores de Equipos de Atención Primaria (EAP) del listado de nuevos casos, para priorizar su vigilancia y control

Contacto precoz con los casos para informarles de cómo debían actuar.

En aquellos caso que hubieran trabajado en periodo de incubación, se activaba una alerta en los CSS, se contactaba con el servicio de prevención de riesgos laborales del CSS y se activaban las medidas de control oportunas

Tiempo medio en día con un número elevado de alertas: 2-2,5 horas

RESULTADOS OBTENIDOS

A 31 de Mayo de 2022, de los 6888 de 17849 trabajadores de CSS de la Región de Murcia han padecido COVID al menos una vez (38,6%). En el área 4 de salud, 421 de 722 trabajadores han padecido COVID (59%). Desde la instauración del programa, se han generado tantas alertas como casos positivos en trabajadores de CSS. Se han registrado brotes intracentro en 5 ocasiones, sin necesidad de hospitalización de usuarios ni defunciones asociadas al brote.

CONCLUSIONES

La herramienta permitió la vigilancia y control rápido de casos COVID-19 en trabajadores de CSS, que tuvo impacto muy reducido en los centros en relación a las cifras de casos registradas, y de una manera muy eficiente para el equipo que la utilizaba.

Estas herramientas gratuitas están al alcance de la mayor parte de los usuarios ofimáticos medios. La generalización de su uso podría revertir en un ecosistema colaborativo con un alto potencial de impacto en la salud de la población.

CALIDAD DE VIDA Y SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON EPOC

JUAN CASTRO PUEYO [1]; ANA MARÍA SARSA GOMEZ [2]; SILVIA CILLERUELO ENCISO [2]; ALVARO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ [2]; ALBA FRAILE MUÑOZ [3]; IRENE FERNÁNDEZ BADÍA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] LAS FUENTES NORTE, [2] CS LAS FUENTES NORTE, [3] HOSPITAL SAN PEDRO, [4] CS TORRERO-LA PAZ

ID: *6067*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *EPOC, Calidad de Vida, Atención Primaria*

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad de evolución lenta y progresiva caracterizada por una reducción persistente del flujo de aire, debido a anomalías de las vías respiratorias y/o alveolares. El factor de riesgo más importante en su desarrollo es el humo del tabaco.

La EPOC representa actualmente la 3ª causa de muerte en el mundo y la 4ª en españa. Conlleva un elevado coste sanitario originando el 10% de las consultas de atención primaria, el 40% de las de neumología y el 7% de las hospitalizaciones anuales. A pesar de que su prevalencia sigue aumentando (11%), todavía existe un alto grado de infradiagnóstico en torno al 80%.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue conocer la situación clínica y calidad de vida de los pacientes con EPOC del C.S Las Fuentes Norte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en el que participaron 59 pacientes de 40 a 70 años con diagnóstico de EPOC de 6 meses o más de evolución. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, IMC, síntomas respiratorios, alimentación y ejercicio adecuado, hábito tabáquico, número de exacerbaciones al año, estado de vacunación, gravedad de la obstrucción al flujo aéreo medido por la FEV, calidad de vida medida a través del cuestionario COPD Assessment Test (CAT) y el cuestionario de conocimientos de EPOC (EPOC-Q). El acceso a la información se llevó a cabo a través del programa informático OMI-AP y mediante los cuestionarios CAT y EPOC-Q. Para el análisis de los datos se utilizó el programa informático SPSS 21.0.

RESULTADOS

La muestra está formada por 34 hombres y 25 mujeres cuyos IMC oscilan entre 17-48. El 69,5% de los participantes presentan mocos y el 79,7% tienen tos. El 49,2% tiene registrado en su historia que tiene una alimentación adecuada y el 45,8% que realiza suficiente ejercicio. En cuanto a la vacunación, el 47,5% tiene puestas las 3 vacunas (Sars-Cov-2, gripe y neumococo), el 13,6% solo la del Sars-Cov-2 y el 35,6% tiene puestas la vacuna de la gripe y la del covid. Fuma el 44,1%. En cuanto al número de exacerbaciones que han tenido los participantes del 1/2/2021 al 1/2/2022, 38 no ha tenido ninguna exacerbación, 11 solo una y más de 3 al año solo 4 participantes. El 39% presenta una gravedad del EPOC moderada (FEV1 50-80%), el 37,3% leve (FEV1 >80%) y el 11,9% severa (FEV1 30-50%), según la clasificación de la GOLD. En cuanto al impacto en la calidad de vida de los participantes del estudio, según el cuestionario de calidad de vida CAT, el 49,2% tiene un impacto medio, mientras que un 27,1% tiene un alto impacto y un 20,3% un impacto bajo.

CONCLUSIONES

La presencia de síntomas respiratorios así como el impacto que la enfermedad genera en la calidad de vida de los pacientes (76,3%), justifica la realización de programas de educación, para conseguir la alfabetización del paciente con EPOC y la capacitación para una mejoría en su situación clínica y calidad de vida, gracias al fomento del autocuidado.

EQUIDAD DE ACCESO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA: RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

ARANTXA CAMPOS BONEL; MANUELA LANZUELA VALERO; ALIDA ELENA PARDO SUS; JOSE MIGUEL PONCE ORTEGA; MARTÍN TEJEDOR GUTIERREZ; MARÍA REYES IBÁÑEZ CARRERAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6076*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Equidad; accesibilidad; radioterapia intraoperatoria; cáncer de mama*

JUSTIFICACIÓN

Uno de los retos del sistema sanitario es garantizar la equidad de acceso al tratamiento independientemente de su lugar de residencia. El tratamiento estándar del cáncer de mama precoz es la cirugía conservadora con biopsia selectiva de ganglio centinela y radioterapia adyuvante, que se aplica con una frecuencia diaria, durante 1-3 semanas. La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite administrar una dosis alta de radiación sobre el lecho tumoral en el mismo acto quirúrgico, con intención de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos.

OBJETIVO:

El objetivo de implementar la RIO en todos los hospitales de nuestra comunidad es permitir el acceso al tratamiento con las mismas garantías de calidad y seguridad a los pacientes que viven en poblaciones alejadas del hospital de referencia donde se encuentran los aceleradores lineales, así como establecer el circuito asistencial para que la secuencia de actividades a desarrollar durante la intervención se ejecuten de forma fluida.

MATERIAL Y MÉTODOS

La RIO se administra mediante un equipo portátil capaz de desplazarse hasta el quirófano.

Precisa de la estrecha colaboración de un equipo multidisciplinar formado por oncólogos radioterápicos, cirujanos generales, radiofísicos, oncólogos médicos, radiólogos, patólogos, anestesistas y personal de enfermería.

Las pacientes candidatas a tratamiento con RIO son comentadas en el comité de mama y se establece la fecha de intervención, que se comunicará a todos los involucrados en el procedimiento.

El día de la intervención quirúrgica, tanto el equipo como los especialistas de oncología radioterápica y radiofísicos se desplazan al hospital correspondiente.

RESULTADOS

En mayo/2015 se inició la RIO en cáncer de mama en la sede central. Tras una larga experiencia y validar la técnica, en febrero/2019 comenzó el desplazamiento a 5 hospitales situados a 74Km; 88Km; 100Km; 127Km y 170Km de la sede. Durante el procedimiento, se comprueba que el margen de la pieza sea negativo, se decide el tamaño adecuado del aplicador que se introduce en la cavidad. Se realizan los cálculos y se conecta la fuente de rayos X. La dosis es de 20 Gy en la superficie del aplicador, lo que supone 5Gy a 1 cm de profundidad.

Hasta la fecha se han realizado 145 procedimientos. En 29 pacientes (20%) se ha completado el tratamiento con radioterapia externa (RTE). El 80% ha evitado el viaje a la sede central de forma diaria y ha podido recibir el tratamiento radioterápico óptimo en su hospital de referencia.

CONCLUSIONES

Al descentralizar la radioterapia y acercar a los médicos expertos a todos los hospitales en los que se realiza la cirugía del cáncer de mama, se garantiza la accesibilidad de las pacientes, manteniendo la calidad y la eficacia de los tratamientos, además de mejorar la calidad de vida de las pacientes al evitarles el desplazamiento al centro de referencia para la administración de la RTE.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA EN EL REGISTRO DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE STREPTOCOCCUS PYOGENES

CLARA SALOM GARRIGUES [1]; SILVIA CONDE GINER [1]; MARÍA FORTANET GARCÍA [2]; CECÍLIA CAMPABADAL PRATS [1]; NÚRIA MARCO BAS [1]; LAURA CANADELL VILARRASA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DAP CAMP DE TARRAGONA ICS, [2] DAP CAMP DE TARRAGONA

ID: *6084*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *faringoamigdalitis, test, diagnóstico*

OBJETIVOS

La mayoría de faringoamigdalitis agudas (FAA) son de origen vírico, por lo que se recomienda que la prescripción de antibiótico se realice con la confirmación mediante un test de diagnóstico rápido para Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (TDR EBHGA).

OBJETIVO

Evaluar en nuestro territorio el impacto de una intervención formativa para mejorar el procedimiento diagnóstico de la FAA mediante TDR EBHGA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, en pacientes de 20 centros de atención primaria agrupados en 3 áreas de gestión asistencial (AGA), con diagnóstico de FAA durante el primer trimestre 2021 y el primer trimestre 2022, después de una intervención formativa consistente en realizar una infografía informativa del algoritmo de actuación frente a una FAA, cómo realizar el TDR EBHGA, fomentar el registro de este y sesiones formativas desde el Programa de Optimización de Antibioticoterapia Comunitario.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), TDR EBHGA y resultado de este en ambos periodos.

RESULTADOS

Se incluyeron 5558 pacientes, 3933 adultos (70,8%) y 1625 (29,2%) pediátricos. En la población adulta 2421 (61,6%) eran mujeres con una media de 37 (10,5 DE) años y en la población pediátrica 868 (53,4%) varones con una media de 6,9 (3,9 DE) años.

En el primer trimestre de 2021 se realizó TDR EBHGA al 6,3% de los pacientes adultos y al 41,4% de los pacientes pediátricos, con resultados positivos del 13,5% y 14,6% respectivamente.

Se elabora a finales de 2021 la infografía informativa. En el AGA 1 se realiza difusión de la infografía en el cuarto trimestre de 2021 y en el AGA 2 y 3 durante el primer trimestre de 2022.

En adultos el AGA 1 aumentó el registro de TDR EBHGA un 6,1% con una disminución del 27,5% de TDR EBHGA positivos, en el AGA 2 se incrementó el registro un 5,6% con un aumento del 0,2% de TDR EBHGA positivos y en el AGA 3 disminuyó el registro un 0,3% con un aumento del 17,1% de TDR EBHGA positivos. En global aumentó el registró a un 9,7% con un incremento de los TDR EBHGA positivos a un 16%.

En pediatría el AGA 1 aumentó el registro de TDR EBHGA un 1% con un incremento del 11,2% de TDR EBHGA positivos, en el AGA 2 se redujo el registro un 21% con una disminución del 4% de TDR EBHGA positivos y en el AGA 3 se redujo un 15,2% con un aumento del 5,1% de TDR EBHGA positivos. En global el registro disminuyó a un 25,9% con un incremento de los TDR EBHGA positivos a un 17,2%.

CONCLUSIONES

El registro del TDR EBHG ha mejorado en la población adulta donde encontrábamos un posible infraregistro, con mayor porcentaje de positivos a excepción de una AGA. En pediatría disminuyó el registro en dos AGA pero los resultados de los TDR EBHG sugieren una optimización de estos.

Será interesante analizar la aplicación de los criterios Centor en pacientes adultos para comprobar si se relacionan los resultados con la realización del TDR EBHG, así como la adecuación de la antibioticoterapia pautada en ambos grupos.

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN ORAL CON CLORURO DE CETILPIRIDINIO PARA REDUCIR LA CARGA VIRAL DEL SARS-COV-2

ROSA TARRAGO GIL [(1)]; MARIA JOSE GIL MOSTEO [(1)]; NATALIA LAZARO GIMENO [(2)]; RAQUEL REFUSTA AINAGA [(3)]; ROBERTO FUENTES VIÑUALES [(4)]; JESSICA BUENOS SANCHO [(5)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CENTRO DE SALUD SEMINARIO, [(2)] CENTRO DE SALUD SEMINARIO, [(3)] CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE, [(4)] CENTRO DE SALUD SAGASTA, [(5)] HOSPITAL CLINICO LOZANPO BLESA

ID: *6087*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CLORURO DE CETILPIRIDINIO, SARS-COV-2, COVID-19, RT-PCR, ELISA*

JUSTIFICACION

La cavidad bucal es una de las principales vías de entrada del SARS-CoV-2 y representa un sitio clave para la replicación y el aumento de la carga viral antes de la colonización de las vías respiratorias inferiores. Los aerosoles liberados de la cavidad oral ayudan a propagar el virus SARS-CoV-2. El uso de un enjuague bucal formulado con un agente antiviral podría reducir la carga viral en la saliva, lo que ayudaría a disminuir la propagación del virus.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de un enjuague bucal con cloruro de cetilpiridinio (CPC) al 0,07% para reducir la carga viral en saliva de pacientes con COVID-19, medida a las 2 horas de haberse enjuagado.

MATERIAL Y METODOS

Hasta este ensayo clínico solo se había demostrado la actividad del CPC en estudios in vitro. En este ensayo clínico multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y de grupos paralelos, se reclutaron 80 pacientes con COVID-19 en los centros de Salud Seminario, San José Norte y Sagasta, se aleatorizaron en dos grupos, test (CPC) (N=40) y placebo (N=40). Se recogieron muestras de saliva a los pacientes en el momento del diagnóstico positivo en SARS-CoV-2 y 2 horas después del enjuague. Las muestras fueron analizadas por RT-qPCR en el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa y una prueba ELISA específica en el Laboratorio IrsiCaixa para la proteína nucleocápside (N) del SARS-CoV-2.

RESULTADOS

Los pacientes presentaban una edad media de 48,6 años (DE = 18,2) y 60% eran varones, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En el Análisis RT-PCR no se observan diferencias estadísticamente significativas en reducción de carga viral en función del colutorio entre los valores de ORF1a Ct PCR y entre los valores de N Ct PCR entre los grupos CPC y placebo ni en momento basal (M1) ni a las 2 horas después del enjuague (M2). En el Análisis con la técnica ELISA, no había diferencias basales entre los dos grupos, encontrando, a las 2 horas después de un solo enjuague, un incremento significativo de la concentración de proteína N en la saliva. en los dos grupos, lo que indica un aumento en el virus lisado (degradado). La fuerza de asociación del efecto fue mayor en el grupo test (CPC) (d Cohen. 0,7) que en el placebo (d Cohen 0,5).

CONCLUSIÓN

El CPC aumentó la lisis (degradación) del virus SARS-CoV-2 en la saliva de pacientes COVID-19. Esta intervención sencilla y segura para el paciente, podría ser útil para reducir la exposición de profesionales durante actuaciones en la cavidad oral y plantea una estrategia adicional de protección para la población en general.

SELECCIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD ÓPTIMO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A PARTIR DEL CONJUNTO MÍNIMO BASICO DE DAT

IVÁN OTERINO MOREIRA; ÁNGEL LÓPEZ DELGADO; MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS; SUSANA FRANCISCA LORENZO MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

ID: *6097*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Palabras clave: *Índice de comorbilidad de Elixhauser, índice de comorbilidad de Van Walraven, índice de comorbilidad de Charlson*

JUSTIFICACIÓN

Varios autores han validado escalas para medir la comorbilidad y cuantificar su impacto en la evolución del paciente ingresado, defendiendo su uso como factores pronósticos en los resultados clínicos. Surge la pregunta sobre si esta capacidad pronóstica varía de unas a otras y cuál es el mejor predictor en la población diana.

OBJETIVO

Cuantificar las diferencias existentes entre los índices de comorbilidad de Elixhauser (ICE), Van Walraven (ICW) y Charlson (ICC) como factores pronósticos de la mortalidad hospitalaria e identificar el mejor predictor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años dados de alta durante el periodo 2017-2021 en un hospital de segundo nivel, utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se excluyó las categoría diagnóstica mayor 14: embarazo/parto /puerperio.

Se estudió la correlación (rho de Spearman) y concordancia absoluta (Coeficiente de Correlación Intraclase, CCI) entre los índices y su predicción sobre la muerte intrahospitalaria (regresión logística multivariante ajustada por edad). La validez predictiva se determinó como áreas bajo la curva (ABC) del análisis ROC y su igualdad se contrastó mediante la prueba de Hanley y McNeil.

RESULTADOS

Se analizaron 79425 hospitalizaciones. La mediana de edad fue 72 años (RIQ 56-80) siendo un 54,29% varones. La mediana de estancia hospitalaria fue 4 días (RIQ 2-8) y en el 4,50% de los episodios de hospitalización el paciente falleció.

En el 36,3% de los casos el paciente presentaba hipertensión arterial no controlada, 20,3% arritmias cardiacas, 17,0% diabetes no controlada, 16,5% enfermedad pulmonar crónica, 12,9% tumor sólido sin metástasis, 12,9% fallo renal y 12,9% insuficiencia cardiaca congestiva.

La mediana de ICE fue 2 (RIQ 1-4), ICW =4 (RIQ 0-12) e ICC=1 (RIQ 0-3), con la siguiente correlación entre ellos: ICE vs ICW moderada (rho=0,65 p<0,001); ICE vs ICC alta (rho=0,72 p<0,001); ICC vs ICW alta (rho =0,71 p<0,001).

La concordancia absoluta resultó modera-buena entre ICE e ICW (CCI=0,68 IC95% 0,67-0,68) p<0,001; buena para ICE e ICC (CCI= 0,80 IC95% 0,78-0,81) p<0,001; y buena entre ICC e ICW (CCI= 0,73 IC95% 0,67-0,78) p<0,001.

En el modelo de regresión logistica multivariante, la comorbilidad aumentaba el riesgo de mortalidad intrahospitalaria, con diferencias en función del índice con el que se midió: OR=2,10 (IC95% 2,00-2,20) p>|z|<0 empleando ICE; OR=2,31 (IC95% 2,21-2,41) p>|z|<0 para ICW; y OR=2,53 (IC95% 2,40–2,67) p>|z|<0 para ICC.

El área bajo la curva del análisis ROC para cada índice como predictor de la mortalidad intrahospitalaria fue 0,71 (IC 95% 0,71-0,72) para ICE; 0,75 (IC95% 0,74- 0,76) para ICW; y 0,73 (IC 95% 0,72 -0,74) para el ICC, p<0,001.

CONCLUSIONES

La comorbilidad desempeña un papel importante como factor predictivo de la mortalidad hospitalaria con diferencias en función del índice utilizado siendo el índice de comorbilidad de van Walraven el mejor predictor en nuestra población.

MODELO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: GUÍA PERFECTA PARA DESARROLLAR UN MODELO COMPETENCIAL PARA CLÍNICOS

JOSE MIGUEL BLANCO CISNEROS; ISABEL JIMENEZ MURIEL; ROBERTO CANO FERNÁNDEZ; ANA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ; PATRICIA FERNÁNDEZ DE LA CRUZ; ALICIA DIAZ REDONDO; ALICIA DIAZ REDONDO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6109*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ACREDITACION JOINT COMMISSION. EVALUACION Y GESTION POR COMPETENCIAS. PERFILES CLINICOS. CUALIFICACION Y EDUCACION DEL PERSONAL. AREAS DE EXCELENCIA, MEJORA ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE*

JUSTIFICACIÓN

La decisión estratégica de acreditar un hospital de tercer nivel bajo el sello Joint Commission International (JCI) implicaba, entre otros aspectos, dar cumplimiento a los estándares SQE (cualificación y educación del personal) que fortalece la importancia que tiene sobre la seguridad el definir y mantener perfiles y evaluaciones del personal clínico para detectar áreas de excelencia y de mejora asistencial

OBJETIVO

Desarrollar un modelo competencial para personal clínico ajustándonos a lo requerido en los estándares SQE que incluyera 3 dimensiones (saber, saber hacer y saber ser) fundamentales para que los profesionales puedan desarrollar su actividad asistencial bajo parámetros de calidad asistencial y seguridad del paciente

MATERIALES Y MÉTODOS

En el diseño e implantación del modelo tuvimos en cuenta:

Definición conceptual del modelo dando respuesta a lo exigido por los subestándares SQE

Creación de soporte documental normalizado según UNE-EN ISO 9001:2015

Liderazgo y utilizar el proyecto aplicando los 12 principios ágiles en los que se basa Scrum

Adquisición de competencias directivas para responsables clínicos a través de formación tradicional acompañada de mentoring grupal e individual

Descripción de competencias transversales tomando como referencia la guía de competencias del Servicio Autonómico de Salud

El proceso consta de 4 fases diferenciadas:

1. Definición de perfiles de competencias asistenciales y mixtos (líderes) estructurados en competencias técnicas (generales y específicas), competencias de organización y gestión (para líderes) y competencias transversales (soft skills). Cada responsable definió competencias, criterios objetivos de acreditación y de evaluación anual y trienal (actividad asistencial, calidad asistencial y/o capacitación)
2. Comunicación y formación. Se dio máxima difusión al modelo a través de sesiones formativas e informativas. Los líderes clínicos fueron formados para abordar la entrevista anual
3. Evaluación de competencias. Las competencias se evalúan anualmente, recogiendo el resultado en una entrevista individual de feedback orientada al desarrollo profesional
4. Revisión de resultados y áreas de mejora . Una vez concluida la evaluación se mantuvieron reuniones entre Recursos Humanos y el responsable clínico para analizar el proceso y diseñar mejoras

RESULTADOS

Actualmente contamos con 38 perfiles clínicos con 184 competencias técnicas y 993 subcompetencias; más de 470 clínicos evaluadores y entrevistados individualmente por su responsable . Se han formado e informado a más de 450 profesionales y el acompañamiento a líderes clínicos ha tenido una duración total de 500 h/año

CONCLUSIONES

El estándar SQE supuso una guía para el diseño e implementación de un modelo competencial para clínicos sólidos y completo, el uso del proyecto y la metodología empleada, poniendo en el centro a los jefes clínicos, fue la clave para el éxito del proyecto y su futura ampliación al resto de especialidades clínicas

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA IMPLEMENTADA EN EL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HUMS

NURIA GOÑI ROS; NIEVES HERRERO BLASCO; MARÍA ÁNGELES ARROYO ALGARATE; TERESA GARCÍA DE CARELLÁN MACIA; GUILLERMO HERNÁNDEZ DE ABAJO; ELENA GARCÍA GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6124*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión de la demanda, proteinograma, gammapatía monoclonal.*

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la estrategia de gestión de la demanda (GD) del proteinograma, basada en reglas de rechazo y revisión de perfiles de laboratorio, para reducir el número de solicitudes inadecuadas y promover el correcto uso de esta prueba en el manejo de pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal (GM).

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza el impacto de la intervención de la GD del proteinograma implementada en nuestro laboratorio en noviembre de 2020 y enero de 2022, momentos en los que se aplicaron desde el Sistema Informático de Laboratorio (SIL) reglas de rechazo según: la edad del paciente (<50 años) y el tiempo transcurrido desde la última determinación: < 1 año si hay proteinograma previo sin componente monoclonal. Asimismo, se revisaron los perfiles de laboratorio que incluían esta prueba. Los datos fueron extraídos del SIL (Modulab) y se analizaron con Excel. Se excluyó del estudio el año 2020 para evitar un falseamiento de datos por la pandemia COVID-19.

RESULTADOS

Indicadores:

1. No se debe realizar el proteinograma en pacientes <50 años sin sospecha de GM.

- Durante el año 2019 se realizaron 34668 proteinogramas, de los cuales 10037 correspondían a pacientes <50 años (10037/34668 = 0.29)
- Durante el año 2021, una vez implementada GD por edad, se realizaron 23195 proteinogramas, de los que 3168 correspondían a pacientes <50 años (3168/23195 = 0.14)

2. Si el patrón electroforético es informado como normal, no es necesario la repetición del proteinograma en <1 año, salvo que aparezcan cambios clínicos o analíticos que lo justifiquen.

Debido a que la implantación de esta regla de rechazo se llevó a cabo en enero de 2022, únicamente se pueden evaluar los meses de enero, con 114 rechazos; febrero, con 633; y marzo, con 717 rechazos.

3. El proteinograma no debe estar incluido en perfiles de carácter general no relacionados con el diagnóstico o seguimiento de GM.

Se revisaron los perfiles de laboratorio que contenían el proteinograma y se eliminó, en consenso con los clínicos, en 8 de los 12 perfiles no relacionados con el diagnóstico o seguimiento de GM.

CONCLUSIONES

El proteinograma es una prueba que actualmente sólo se recomienda para el diagnóstico y seguimiento de GM. La adecuación del laboratorio clínico a esta recomendación permite el rechazo de peticiones innecesarias, contribuyendo a una optimización de los recursos y evitando informar una prueba fuera del grupo de pacientes en los que puede tener utilidad.

DETECCIÓN DE ACCIONES IMPRODUCTIVAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

RICARDO JOSÉ SALTO GÓMEZ; ANGEL YELA FUNCIA; AMPARO SERRANO SERRANO; ZORAIDA GONZALEZ SALMERON
CENTRO DE TRABAJO: (1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

ID: *6176*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *sinergia, previsión, comunicación, improductivas, priorización*

JUSTIFICACION

En la actividad diaria de los celadores suceden con cierta frecuencia acciones improductivas, todas ellas por diferentes motivos que, en muchos casos, no requieren más que una revisión de metodologías y responsabilidades.

OBJETIVOS

Potenciar entre los celadores una cultura de comunicación de situaciones improductivas. Detectar las causas que originan tales acciones y calcular su impacto en la actividad.

Transmitir esta información a los grupos de trabajo interdisciplinares para encontrar mejoras. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha reforzado el mensaje a todos los integrantes de la plantilla para que comuniquen sus incidencias en nuestro proceso de comunicaciones internas.

Creación de un registro en Excel con los datos obtenidos del proceso citado y de nuestros registros de actividad (causas, turnos, servicios más frecuentes, horas pico y valle, etc.)

Se han debatido estas situaciones en grupos de trabajo con los principales servicios involucrados, como radiodiagnóstico, urgencias, admisión y bloques quirúrgicos, para solucionar estos impases.

RESULTADOS

Las causas principales son:

- Comunicación y sinergia (ej: camas no preparadas, devolver pacientes no preparados para pruebas)
- Priorización (ej: llevar un paciente a Radiodiagnóstico vs. realizar un traslado a ambulancias para liberar una cama)
- Funciones o responsabilidades no suficientemente claras (ej: documentación o materiales que debemos transportar junto al paciente, olvidados o no todos entregados) Excesiva previsión en la solicitud de celadores (ej: hacerlo mucho antes de la necesidad de actuación)
- Concesión masiva de altas o asignaciones de camas (ej: gran número de salidas de pacientes para traslados en un reducido intervalo de tiempo)

En el periodo 2015-2019, nos han comunicado una media de 1.841 casos anuales de pérdida de tiempo. Asimismo, hemos detectado desde el control de celadores otras 976 situaciones de media. Esto arroja un total de 2.817, lo que implica indisponibilidad de celadores para otras áreas o tareas. Si la media de pérdida de tiempo es de 25 minutos por acto, y un celador cuesta 8 € por hora, ha supuesto un coste de 46.950 € en este periodo.

Tras las soluciones adoptadas, en el periodo 2020-2021 han disminuido estas situaciones en un 42 % de media anual, por lo que se han optimizado 19.719 € en estos dos últimos años.

Han mejorado los tiempos de respuesta (disminución de reclamaciones al respecto en un 65 %).

CONCLUSIONES

Hay oportunidades de mejora para todas las partes implicadas en cuanto a traslados, realización de radiografías, actos quirúrgicos, ingresos de urgencias, etc.

Hemos contribuido a mejorar la sinergia entre departamentos y a crear una cultura de optimización de recursos cambiando pequeñas cosas.

Se han eliminado sensaciones de trabajo inútil por parte de los celadores, el trabajo de todos los colectivos implicados ha ganado en eficacia y se proporciona al paciente un servicio cada vez más satisfactorio.

E-RES SALUD HEMATOLOGÍA: RESULTADOS DEL USO DE PROMS PARA EL SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES CON LINFOMA.

ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ; RAUL CORDOBA MASCUÑANO; SERGIO RAMOS CILLAN; CARLA BARRIOCANAL; MARTA DEL OLMO; JAVIER ARCOS
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACION JIMENEZ DIAZ

ID: *6218*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *linfoma, PROMS, experiencia, paciente*

INTRODUCCIÓN

Los programas de PROMs han sido ya incorporados a los ensayos clínicos. Sin embargo no forman parte de la práctica clínica y sus implicaciones en la atención sanitaria no se han definido completamente. Nuestra hipótesis es que estos programas pueden traducirse en beneficio para los pacientes, disminución de ingresos, visitas a urgencias y costes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio los pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de linfoma o leucemia linfática crónica con necesidad de iniciar tratamiento entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020. Se ofreció la inclusión en el programa a aquellos que comenzasen tratamiento en 2020. El grupo control los constituyen los pacientes que recibieron tratamiento en 2019 y aquellos de 2020 que declinaron participar. El objetivo principal ha sido comparar los eventos adversos (EAs) reflejados por los hematólogos en las historias clínicas y los reportados por los propios pacientes en el formulario estandarizado PRO-CTCAE. Entre los objetivos secundarios incluimos la asociación entre la participación en el programa y las visitas a urgencias o la necesidad de ingresos no programados.

Este proyecto de evaluación de resultados en salud (E-RES) está impulsado por la Unidad de Innovación Clínica y Organizativa (UICO) de la red de hospitales públicos de Quironsalud.

CONCLUSIONES

Se incluyeron 142 pacientes; 76 (53,5%) participaron en el programa de PROMs. No se objetivaron diferencias en ambos grupos en cuanto a edad o sexo. Los diagnósticos más frecuentes fueron linfoma difuso de célula grande, folicular y Hodgkin. Los EAs más habituales reportados por los médicos fueron hematológicos (76,1%), generales (73,9%), gastrointestinales (59,9%) e infecciones (43,7%). Al analizaron los EAs de mayor intensidad comunicados por los pacientes sobresalen los generales (31,6%), genitourinarios (26,3%), gastrointestinales (23,7%), neurológicos (15,8%) y cutáneos

(13,2%).

Los pacientes del programa reportaron menos síntomas generales (64,5% vs. 84,8%; $p<0,05$) y complicaciones infecciosas (30,3% vs. 59,1%; $p<0,05$). Además la inclusión en el programa se asoció a un menor número de visitas a urgencias (34,2% vs. 60%; $p = 0,03$).

No se encontró asociación entre ningún grupo concreto de EAs y el aumento de ingresos o consultas no programadas.

Nuestro estudio demuestra la asociación entre el empleo de programas de PROMs y la mejor utilización de los recursos sanitarios entre pacientes con linfoma. Además el programa sirve para mejorar la concienciación de los médicos sobre los síntomas percibidos por los pacientes.

ANÁLISIS CORPORATIVO DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN UN GRUPO HOSPITALARIO

LAURA CID BUIZA; ISABEL ROMERO CRESPO; JAVIER FRANCISCO VILLALON COCA; LAURA RUBIO CIRILO; EVA MARIA SAEZ MARTIN
CENTRO DE TRABAJO: VITHAS SANIDAD

ID: *6229*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Notificación Seguridad del Paciente Incidentes Daño*

Este proyecto se justifica debido a que hasta ahora el análisis de incidentes se realizaba a nivel de hospital, pero nunca se ha realizado un análisis de los incidentes a nivel de grupo ni se han propuesto acciones aplicables a todos los hospitales que ayuden a poner barreras en los 18 hospitales de forma que éstos sean más seguros.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es validar la herramienta de notificación de incidentes de seguridad en pacientes para poder realizar un análisis corporativo y establecer acciones de mejora para el conjunto de los hospitales Vithas.

Los objetivos específicos son:

- Análisis descriptivo de los incidentes de seguridad del paciente registrados en SEPAMOS
- Identificar la casuística tipos de incidentes de seguridad
- Proponer medidas coste efectivas para reducir la frecuencia de aparición de incidentes y minimizar el daño

MATERIAL Y MÉTODOS

- La metodología que se ha seguido es un estudio retrospectivo multicéntrico que analiza los incidentes de seguridad notificados en un total de 18 hospitales durante un periodo de 5 años (2017-2021). Los pasos que se han seguido son:
- Recopilación de 4.539 notificaciones
- Análisis en función de la categoría profesional del notificante, área donde se produce, daño en el paciente, evolución anual y tipo de notificaciones
- Análisis de la posibilidad de realizar una acción de mejora corporativa
- Validación de la herramienta actual y propuesta de mejoras para mejorar el análisis corporativo Resultados obtenidos:
- Categorías profesionales que más notifica: enfermería (51%), farmacéuticos (19%), técnicos (11%)
- Área con mayor notificación: hospitalización (53%)
- 54% de las notificaciones llegaron al paciente vs 46% que no llegaron, pero se notificaron
- Años con menor número de notificaciones se registran incidentes con mayor daño
- 40% relacionadas con medicación, 12% con identificación de pacientes y 10% con pruebas diagnósticas
- Dentro de medicación: 55% relacionadas con prescripción, 22% medicamento erróneo y 16% administración de medicación
- Según está configurada la herramienta, con la información que se recoge de cada incidente, se puede realizar un análisis de las notificaciones a nivel de hospital, sin embargo, no permite desarrollar un análisis corporativo analizando las notificaciones de forma agregada de todos los hospitales Las conclusiones que se obtienen de este estudio son:
- Es necesario establecer referentes en seguridad del paciente en todas las categorías profesionales
- Se debe fomentar la notificación en áreas diferentes a hospitalización para obtener información y establecer medidas de mejora en todos los servicios
- La herramienta actual te permite tener una foto descriptiva pero no permite tomar decisiones a nivel corporativo
- Se va a rediseñar la herramienta actual para que se pueda a nivel corporativo crear un grupo de trabajo que analice los incidentes de forma global y proponer medidas aplicables a todos los hospitales o extrapolar medidas que han resultado efectivas en un hospital al resto de hospitales

VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE LA DESINFECCIÓN DE BIOCONECTORES DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS

AÍDA GONZÁLEZ RUIZ [(1)]; MARÍA CRISTINA ROLLE FERNÁNDEZ [(1)]; ANA ISABEL BANCALERO BUENO [(2)]; SONIA JIMÉNEZ JIMÉNEZ [(1)]; NOEMÍ QUIÑONES HIGUERO [(1)]; PABLO CAZALLO NAVARRO [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, [(2)] HOSPITAL PUERTA DE HIERRO, [(3)] PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

ID: *6297*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El último estudio EPINE muestra que nuestro hospital público de alta complejidad tiene una tasa de incidencia de infección nosocomial por encima de la media.

Datos proporcionados por medicina preventiva de dicho centro avalan que la prevalencia de bacteriemia asociada a catéteres venosos periféricos supera la media de los hospitales de más de 500 camas.

OBJETIVOS

Valorar el conocimiento y aptitudes de los profesionales de enfermería sobre la desinfección de bioconectores de accesos venosos periféricos en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo forma parte de la primera fase de un estudio cuasi-experimental no controlado, un estudio pre-post donde hemos evaluado conocimientos y aptitudes enfermeras, tanto en las consecuencias de la no desinfección como en la manera de realizarla.

Realizamos una revisión bibliográfica de estudios científicos y encuestas validadas relacionadas con la desinfección de bioconectores. Al no encontrar estas últimas, diseñamos una encuesta que validó la Unidad de Calidad, recogiendo datos demográficos y conocimientos profesionales con preguntas tipo Likert donde 1 es nada y 5 es mucho y dos preguntas abiertas con propuestas de mejora. Se difundió impresa y telemáticamente realizando un pilotaje en 4 unidades de medicina interna.

La segunda fase consiste en la creación y difusión de métodos audiovisuales para aumentar la concienciación sobre el tema. En las tercera fase (post) se pasará de nuevo la encuesta y se analizarán los resultados obtenidos.

RESULTADOS

La encuesta se envió a 50 profesionales con una N de respuesta de 32 (64%).

Los resultados muestran que el 65,7% de los encuestados son mayores de 30 años y el 59,4% llevan más de 10 años trabajando.

Un 97% conoce la existencia del protocolo de manejo de vías venosas periféricas, la importancia de la de desinfección de bioconectores y las complicaciones asociadas a la no realización. A pesar de ello, el 25% desconoce el antiséptico con el que realizarla y el 60,4% la frecuencia adecuada.

En cuanto a las propuestas para mejorar la adherencia al protocolo, un 60% da motivos para no realizarlo: el 42% de ellos lo asocia a falta de tiempo, 21% a falta de formación, 26,3% a la carga de trabajo y 10,5% a falta de hábito. El 78% propone formas para aumentar la concienciación: un 16% demanda mayor dotación de personal y 84% formación, lo que justifica la siguiente fase.

CONCLUSIÓN

Más de 50% de los encuestados conocen la existencia del protocolo, pero el 56,3% no lo ha consultado nunca o casi nunca; es más, nadie seleccionó el 5 es este item.

Más del 50% no ha realizado formación al respecto en el último año.

Por todo esto, creemos que una intervención que incluya métodos audiovisuales puede aumentar la concienciación.

EL SILENCIO COMO VALOR PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

FRANCISCO JAVIER CUEVAS ORTEGA [(1)]; NATÀLIA MIMÓ ESTANY [(1)]; MERCÈ CARRERAS SERRAT [(1)]; JOSEP F PÉREZ SÁNCHEZ [(1)]; MARIA DOMÈNECH ORTÍ [(1)]; ÁNGELA SÁNCHEZ ARJONA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA

ID: *6334*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *silencio, valor, ruido, cambio*

JUSTIFICACIÓN

El ruido se define como un sonido inarticulado, por lo general desagradable. Dentro de una organización sanitaria el ruido tiene un impacto directo y negativo en la calidad percibida por nuestros pacientes, además también está íntimamente relacionado con el descanso y tiene efectos directos sobre la salud de las personas. La OMS recomienda en el interior de las habitaciones de los hospitales un máximo de 30-40 dB.

OBJETIVOS

El objetivo general irá dirigido a disminuir el impacto acústico. Para ello será necesario conocer el impacto real del ruido para, conociendo así la situación actual, se contribuya a la consecución del objetivo general mejorando a su vez la calidad percibida por nuestros pacientes y sus acompañantes incidiendo en la concienciación de las personas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las acciones llevadas a cabo para la consecución de los objetivos se pueden agrupar en:

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL RUIDO: encuestas de satisfacción, monitorización de niveles de ruido, revisión de material y aparataje susceptible de provocar ruidos excesivos.

CONCIENCIACIÓN DE LAS PERSONAS: formación al personal sobre cultura del silencio e impacto sobre la salud, creación del decálogo del silencio tanto para profesionales como para pacientes y acompañantes, celebración del día internacional de la concienciación sobre el ruido con jornadas especiales durante la semana, diseño y entrega de puntos de libro en la festividad de Sant Jordi e instalación de sistemas de alertas de ruido en las unidades.

RESULTADOS

Para conocer el impacto percibido por nuestros pacientes se distribuyó un total de 240 encuestas de satisfacción (tasa de respuesta del 96,25%). De la encuesta se extrajo que más de la mitad de nuestros pacientes están insatisfechos con el ruido, que el turno en el que mayor ruido se percibía era el de mañana y que los ruidos más molestos identificados por éstos son las conversaciones fuera de la habitación, el ruido en los pasillos y el tono de voz de los profesionales. Para medir el impacto real del ruido se procedió a registrar el nivel de ruido ambiental en las unidades de hospitalización y servicio de Neonatología. Se establecieron cinco áreas de medición y se realizó una monitorización de los decibelios cada dos horas durante veinticuatro horas, realizándose un total de 239 mediciones. De éstas el 83,6% superaban los 40 dB. Para incidir directamente sobre el impacto acústico también se realizó una revisión de todo el aparataje y material susceptible de provocar ruido. Se revisaron un total de 137 carros y aparatos (considerando un 57,7% como deficientes) y 37 puertas (evaluando como deficiente el 70,3%).

CONCLUSIONES

El ruido es un problema real y presente que requiere un cambio cultural profundo. A pesar de todas las medidas tomadas hasta el momento se ha podido comprobar que no es suficiente y que nos encontramos ante una situación de cambio que requiere tiempo y gestión de las resistencias que aparecen en cualquier proceso de cambio planificado.

CERRAMOS EL CIRCULO IMPLANTANDO SOLUCIONES. ÚLTIMA ETAPA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

ASUNCIÓN CAÑADA DORADO; DOLORES CONEJOS MIQUEL; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; Mª LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ; DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6350*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Mapa de Riesgos. AMFE. Tratamiento del riesgo*

JUSTIFICACIÓN

La gestión de riesgos sanitarios incluye la identificación, análisis y tratamiento del riesgo. La COVID 19 ha supuesto la aparición de nuevos procesos asistenciales o cambios en los ya existentes en Atención Primaria que requerían ser analizados desde esta perspectiva de la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Desarrollar recomendaciones dirigidas a los profesionales asistenciales, que les sirvan para el control de los procesos de riesgo identificados y analizados que se realizan en la actualidad en los centros de salud de la Comunidad Autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha elaborado el Mapa de Riesgos, es decir, se han identificado los procesos de riesgo: atención por teleconsulta (consulta telefónica, telemática y on line), nueva gestión del acceso, atención presencial a pacientes COVID y no COVID, atención domiciliaria a pacientes COVID y no COVID. Se han evaluado y analizado a través de la herramienta AMFE, se han priorizado los fallos y en la fase de tratamiento del riesgo, se han priorizado acciones para responder ante los riesgos detectados. Para todo ello, se contó con la participación de numerosos profesionales asistenciales. Todos consensuaron las medidas que se priorizaron según una matriz específica: las medidas de alto impacto y alta factibilidad y también se incluyeron las de alta factibilidad por su facilidad en la implantación.

RESULTADOS

En total, se han priorizado 154 medidas para dar respuesta a los 66 modos de fallo priorizados: 15 medidas corresponden a las causas comunes a todos los procesos (interrupciones, olvidos/despistes y sobrecarga asistencial) y 139 son medidas específicas (82 para la atención domiciliaria, 24 para la teleconsulta, 19 para la consulta presencial y 14 para la nueva gestión del acceso). De las medidas priorizadas, 5 van dirigidas a evitar el riesgo y, el resto, para asumirlo, pero encaminadas a disminuir su frecuencia, su impacto y gravedad en el paciente o para poder detectar antes el riesgo. Para la difusión de las medidas, se ha utilizado el mismo formato que se dispone para las recomendaciones de seguridad generalizables con el que están muy familiarizados los profesionales. Ya se han difundido las medidas fáciles y sencillas de implantar y en la actualidad se están elaborando los planes de acción de aquellas medidas más complejas (elaboración de proyectos…) y aquellas que precisan desarrollos informáticos y / o tecnológicos.

CONCLUSIONES

La elaboración de un Mapa de Riesgos en la situación actual ha permitido identificar y analizar nuevos riesgos, en procesos nuevos que se han consolidado (consulta telefónica) y en otros que han sufrido cambios, con el objetivo de ofrecer medidas que les sirvan a los profesionales para evitar o minimizar las consecuencias de dichos riesgos. Para todo ello, ha sido clave la participación e implicación de un amplio número de profesionales asistenciales.

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA COMISIÓN CLÍNICA DE SALUD Y GÉNERO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

ROSA RAMOS [1]; ELENA CARRERAS [2]; MEDEL JAVIER [1]; ANTONIA SAMBOLA [1]; JOSE M. CABEZALI [1]; ANA MARTÍ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL DE VALL D'HEBRON, [2] H VALL D'HEBRON

ID: *6370*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Pespectiva de género, comisión clínica, reorganización, sesgo de género*

JUSTIFICACIÓN

El sesgo de género en salud se definió en el año, y se da cuando, a igual necesidad sanitaria entre hombres y mujeres, se realiza un esfuerzo terapéutico o diagnóstico superior en un sexo respecto al otro. Existe evidencia científica suficiente que confirma la existencia de estos sesgos, en el diagnóstico y/o en el tratamiento clínico porvocando diferencias en el pronóstico. Los Hospitales deben ser parte importante del motor del cambio en la reducción de estos sesgos de género asumiendo la tarea de análisis de la situación y fomentando una correcta implementación de la perspectiva de género en todos los procesos asistenciales.

OBJETIVOS

Concienciar a los profesionales de los sesgos de género en la asistencia sanitaria, aplicando acciones asistenciales que ayuden a implementar una medicina personalizada con criterios de igualdad y equidad.

MATERIAL Y METODOS

En mayo de 2021 se organizó la 1ª Jornada para concienciar a la organización de la existencia de los sesgos y de la importancia de visualizarlos y abordarlos en el hospital, detectándose personas interesadas en esta materia. Posteriormente, se creó una Comisión multidisciplinar compuesta por profesionales del ámbito de diferentes especialidades médicas, servicios transversales, de enfermería, de atención a la ciudadanía y de sistemas de información.

RESULTADOS

Se diseñaron 11 líneas estratégicas con una matriz de funcionamiento con dos ámbitos: un ámbito Clínico en Salud y Género y un ámbito transversal. El primero: líneas puramente clínicas y de competencia hospitalaria que abordaran y desarrollaran profesionales asistenciales mediante 6 líneas de actuación: 1-de práctica clínica (adecuación de guías y protocolos, determinaciones de laboratorio y farmacológicas) 2-material sanitario, 3-equipamiento médico y estructuras físicas, 4-docencia,5-investigación, innovación y 6-sistemas de información y explotación de datos. El segundo enfocado en actividad de otras categorías profesionales y que podían ser desarrolladas dentro y fuera del ámbito puramente hospitalario:1-formación continuada,2-comunicación e imagen,3-atención ciudadana,4-trabajo social y 5-el plan de igualdad de recursos humanos. Varios proyectos ejemplos en marcha: creación de un check-list que ayudará a los profesionales a evaluar de una forma objetiva si los nuevos documentos creados, ya sean protocolos clínicos, procedimientos de enfermería u otros, incluyen la perspectiva de género. Otro: análisis a través del mapa del dolor del paciente hospitalizado, las diferencias en resultados del dolor que aportará el paciente, para poder mejorar la calidad asistencial prestada. CONCLUSIÓN La constitución de la comisión Clínica de Salud y Género ayudará en la incorporación sistemática de la perspectiva de género enlos procesos asistenciales y no asistenciales, siendo un instrumento más a tener en cuenta en las políticas de planificación: presupuestos, seguimiento y evaluación de la gestión basada en resultados.

EL NUEVO ROL PARA COMUNICAR EN SALUD: ENTREVISTAS EN DIRECTO (LIVE STREAM INTERVIEWS) + DEBATE (Q&A) + PODCAST

YOLANDA DEL REY [1]; MÓNICA VICENTE [2]; SONIA MARTÍNEZ [3]; JUAN ANTONIO SARRIÓN [4]; PILAR RIVERA [5]; CRISTINA ALCANTARILLA [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DIRECCIÓN TÉCNICA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS, [2] DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, [3] GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [4] DIRECTOR TÉCNICO DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS, [5] JEFA DE SERVICIO DE DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ASISTENCIA BIOÉTICA E INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE, [6] SUBDIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

ID: *6382*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Entrevista en directo (Live Stream Interviews) Debate (Q&A) Podcast nuevos roles comunicación*

JUSTIFICACIÓN

Los patrones creados por la pandemia plantean retos a todos los niveles especialmente en el terreno de la comunicación. El modelo tradicional de seguir un orden jerárquico de distribución de la informar a los asistenciales pasando por un filtro de múltiples responsables hasta llegar a conocer un documento, una experiencia, que formación es la más actual o cuales son las ultimas buenas prácticas de otros compañer@s, etc, cada vez tiene menos sentido para un profesional y/o consumidor de un producto, y en nuestro caso, la salud le tiene que llegar al profesional y al usuario cuándo quiere, cómo quiere y dónde quiere.

OBJETIVOS

Fundar un innovador canal de comunicación que facilite la interconexión de profesionales internos a nuestra Consejería (Servicios centrales, Salud pública, Hospitales y Atención Primaria) con profesionales externos (otras administraciones, entidades y/o asociaciones) para debatir y compartir temas que impactan en la salud de la ciudadanía a través de la integración de las suma de 3 formas de comunicar: entrevistas en directo (live stream interview) + debate (Q&A)+ Grabación (podcast) para uso en diferido y que tuviera el propósito de facilitar recursos útiles para el profesional y que los pudiera recomendar a las personas que atendemos en las consultas y en la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE 18 MESES DE EVOLUCIÓN DESDE LA FUNDACIÓN DEL PROGRAMA LOS JUEVES. RESULTADOS

A propósito de 17 días Mundiales de Salud, se han diseñado 53 guiones con 107 contenidos de salud para los jueves de cada mes. Con la colaboración de profesionales internos (77 servicios centrales y 43 asistenciales) y 14 externos (entidades oficiales y asociaciones de pacientes y vecinos). Con 6.360 minutos de preparación de entrevistas, email marketing mensual a 417 filiados con programación y acceso a 53 directos. Difusión mensual en web de la comunidad autónoma e intranet profesional. Emisión de 3.180 minutos en directo con 2.204 puntos distintos de audiencia, siendo el mayor pico de audiencia el mes dedicado a la Alfabetización en Salud y en concreto, “Vuelta Segura a las Aulas: ABC COVID”, llegando a la máxima conexión, con el 100% de los centros de salud y en consecuencia, se implantó esta práctica segura en las aulas de los centros educativos de referencia de nuestra comunidad autónoma. Y con 17 podcast grabados y 53 debates Q&A de Salud Comunitaria.

CONCLUSIONES

Tras estos meses de programación nos damos cuenta de que el lenguaje natural y atrevido son el secreto del éxito a la hora de transmitir en directo, el streamers tiene que tener gran capacidad comunicativa para mantener la atención de los oyentes. Nos encontramos sin duda ante una nueva forma de comunicar más directa y cercana con un lenguaje abierto, natural y desenfadado, que poco tiene que ver con los estrictos códigos y medios tradicionales empleados con anterioridad, que resultaban impositivos y fomentaban la queja continua a nivel asistencia.

CONTRATACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE APOYO PARA REDUCIR LA BRECHA DIGITAL DE LOS USUARIOS DE UNA APP DE SALUD.

JOAQUIN GRANDE BAOS
CENTRO DE TRABAJO: UNIDAD DE APOYO DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

ID: *6436*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Brecha digital, app de salud, apoyo presencial, cocreación*

JUSTIFICACIÓN

En el marco de un proyecto de compra pública precomercial, que pretende revolucionar la medicina personalizada poniendo la inteligencia artificial al servicio de la asistencia sanitaria para soportar tres retos fundamentales:

1. Soluciones de interfaz paciente-sistema sanitario, para el registro de datos, asistida por inteligencia artificial (Autoanamnesis asistida, Asistente virtual al paciente o Symptom Checker).
2. Herramientas de soporte a la decisión clínica en pacientes crónicos.
3. Plataforma tecnológica de soporte Para su primer reto se precisa la participación de personas voluntarias que cocreen la interfaz de estilos saludables de vida.

OBJETIVOS

Que la muestra sea inclusiva, de modo que la IA (bot) pueda aprender a empatizar con distintos perfiles de usuarios, especialmente con aquellos con limitadas habilidades digitales; pues en una convocatoria estándar en redes, serían los menos representados, y en cambio, serían mayoritarios como posibles destinatarios de la monitorización de pacientes crónicos (en su 2ª fase).

Para reducir la brecha digital se considera que en la fase inicial de diseño, la participación de personas de perfil de baja digitalización resulta esencial para que los alogoritmos resultantes contemplen la identificación de ese perfil y puedan responder a él con solucione específicas de interfaz amigable y personalizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se solicitaron en el marco de la contratación menor (máximo 15.000 € impuestos indirectos excluidos) tres ofertas a distintos operadores de mercado, contestando todos ellos.

Se exigía apoyo presencial en digitalización (formación durante 3 meses 2 veces por semana) poniendo a disposición local, equipamiento informático (incluidas las conexiones a wifi o datos) y local bien comunicado.

Se identificaron dos localizaciones con suficiente número de personas de dicho perfil estimado.

Se plantearon grupos de alumnos con una dimensión ideal de 15 y máxima de 21 personas, debiendo programarse tantos como fuesen necesarios.

RESULTADOS

Las memorias explicativas de la metodología propuesta revelaron su excelencia y también presentaron ampliaciones y mejoras de la oferta solicitada.

Se adjudicó a la que reunió el máximo de elementos positivos y se planteó abrir una nueva convocatoria en otro ámbito geográfico, que incluso podrían ser dos más.

CONCLUSIONES

Para prevenir los sesgos de la inteligencia artificial y evitar la exclusión del uso de herramientas digitales, potencialmente útiles para la salud, de aquellas personas que carecen de habilidades avanzadas en el mundo digital; deben adoptarse medidas de apoyo dirigidas, desde la fase de diseño/ co-creación de las herramientas. De este modo, personas con habilidades mínimas podrán beneficiarse de ellas en este momento y también en le futuro, al haber contado con ellas desde el inicio, para identificar estos perfiles y ofrecerles una versión acorde con sus capacidades. Incluso, la experiencia sería exportable a otros servicios.

ERRORES Y RIESGOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR EL PACIENTE: LOS MÁS FRECUENTES Y GRAVES

Mª DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO [(1)]; ANA GARCÍA DE LA SANTA VIÑUELA [(2)]; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ [(1)]; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ [(1)]; PURIFICACIÓN MAGÁN TAPIA [(1)]; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, Sº MADRILEÑO DE SALUD, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Sº MADRILEÑO DE SALUD

ID: *6442*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Error, medicación, administración, paciente*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) son un riesgo importante y reiterado de seguridad del paciente (SP). Identificar las situaciones en que ocurren contribuye a mejorar la cultura y seguridad de la asistencia, ya que permite orientar las prácticas seguras a los ámbitos de mayor daño potencial

OBJETIVOS

Describir los EM notificados en AP de una CCAA: tipo, causas y consecuencias.

Conocer las características de los que originan con mayor frecuencia daño en el paciente

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los EM notificados por profesionales de AP en el sistema de notificación de incidentes de seguridad de la CCAA (2015 a 2021). Se describen tipo, causas y consecuencias y se comparan el total con los ocurridos en la etapa de "administración por paciente" (Adm-Pac)

RESULTADOS

En los 7 años estudiados se notificaron 13.437 EM; se identifica la etapa en 12.955. De estos, 3.285 (25,4%) se producen en la Adm-Pac, ocurriendo el 59,4% en > de 65 años (frente al 47,6% en mayores de 65 en el total de EM). Respecto al tipo, un 36,7% (1.206 EM) fueron errores en la dosis (omisión/incorrecta) en el grupo de Adm,-Pac, frente al 25,1% de este tipo en el total; es el tipo más frecuente en ambos grupos. Les siguen con un 17,8% de casos (585 EM) los EM en la frecuencia de administración en el grupo de Adm-Pac, mientras que en el total de EM el 2º tipo es la selección inapropiada (con un 17,4%). Las causas más frecuentes fueron: falta de conocimiento/formación en el 39,4% (1.293) de casos en EM en Adm,-Pac (frente a 23,8% en el total), problemas de interpretación de la prescripción con un 23% (756) frente a 11,8% en el total y presentación que da lugar a confusión con un 10,4% (341) en EM en Adm-Pac (11,9% en el total de EM) EM con daño. El 5,5% de los EM originaron algún daño (742 casos de los 13.457 notificados), pero en el grupo de EM en Adm-Pac los casos se elevan al 11,4% (371 de los 3.285): por tanto el 50% del total de los EM con daño se producen en la etapa de admón. por pac. El 66% de los pac. que sufren un EM en esta etapa son mayores de 65 años. En cuanto a la gravedad, la mayoría son daños leves/moderados y la distribución según el grado de daño es similar en el grupo total y en el grupo de Adm-Pac. En ambos el 87% de los casos con daño fueron pacientes que presentaron un daño temporal que requirió intervención, y un 10,4% en el total (77 casos) y un 10,2% en el grupo de Adm-Pac (38 casos) precisaron/prolongaron la hospitalización.

CONCLUSIONES

La cuarta parte de los EM tuvo lugar en la etapa de administración por paciente

La mitad de los EM que originaron algún daño corresponden a este grupo; de ellos, uno de cada diez causó un daño en el pac.

Los más frecuentes fueron errores en la dosis, causados por falta de conocimiento/formación

Las acciones para mejorar la SP con los fármacos deben centrarse en este tipo de EM. Se está elaborando una recomendación para profesionales que incluye el folleto para pacientes "Sus medicamentos, tómeselos en serio"

ACTUACIONES TRAS ENCUESTA DE CLIMA LABORAL O CÓMO HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

PEDRO MUÑOZ SAHAGÚN; MARÍA JOSÉ MEDRANO MARTÍNEZ; NURIA MARÍA RODRÍGUEZ RODIL; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; PABLO BUSCA OSTOLAZA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6448*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *encuesta de clima laboral gestión de personas cuidado del profesional*

Las encuestas de clima laboral (ECL)son una herramienta para mejorar el bienestar de los trabajadores. Realizarla es una decisión estratégica y conlleva implantar acciones derivadas del resultado ya que genera expectativas en los profesionales que esperan que se resuelvan sus necesidades.

Exponemos las acciones desarrolladas en nuestro servicio de emergencias (SE) tras la última ECL

Conocer las actuaciones desarrolladas tras una ECL en un SE.

Cuestionario validado: 50 ítems sobre 8 áreas con 5 respuestas (de muy satisfecho a muy insatisfecho); una pregunta con 14 opciones para inscribir en orden de preferencia aspectos a mejorar, y una pregunta abierta.

Acceso: intranet.

Autocumplimentada. Anónima.

Análisis de resultados por equipo directivo: Priorización de acciones a realizar2017-2021 en base a baja valoración, impacto y factibilidad

Evaluación acciones ejecutadas: ED

Respuesta: 21%

Áreas priorizadas: Condiciones laborales (Muy satisfecho + satisfecho):27%); Formación (25%); Dirección y planificación (20%); Participación (11%), Promoción y reconocimiento (19%) y Comunicación Interna (22%).

Acciones realizadas:

- Disminución temporalidad: procesos de interinización (de 525 interinos en 2016 a 933 en 2021).
- Procesos de intermovilidad acordados con representante de trabajadores en 2016, la última en 2022.
- 227 procesos de conciliación entre 2020-2021. Permutas con anticipación de 12h.
- Creación (2019):
    - Oficina del Empleado: Acogida, trámites, comunicación; telemática y presencial.
    - Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Comisión de Empresa Saludable.
- Encuesta en 2018 a profesionales que trabajan 24h en dispositivos móviles para decidir nuevo horario.
- Participación: Nuevas Comisiones Clínicas (2017): participación de 600 profesionales. Dinámica de objetivos y reuniones.
- Formación: Transformación Digital iniciada en 2019. Gran incremento de oferta formativa. Simulación. Formación sobre factores humanos (2021).
- Portal del Profesional plurifuncional de acceso desde cualquier punto.
- Comunicación: 2017-19 visitas Dirección a Unidades. Reuniones virtuales desde 2020 con: mandos intermedios (quincenales o semanales), equipos profesionales, comisiones, grupos de trabajo, reuniones interdepartamentales.
- Incorporación de Teams. Portal de Incidencias (2020) para dar respuesta a profesionales. Rediseño procedimientos Comunicación.
- Actuaciones a propuesta de los profesionales (encuentros, club de lectura, cineforum).
- Implantación categoría TES: 2021:100% plantilla orgánica.
- Desde 2017: Jornada de Reconocimientos a Jubilados y méritos. Suspendida en 2020-21 por Pandemia.

Con posterioridad y simultáneamente a estas acciones nuestro SE está en un entorno VUCA que hace impredecible saber el resultado de nuestra actuación, pese a ello escuchar y actuar cuidando al profesional es el único comportamiento ético para dirigir personas.

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS LA ACTUACION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ; NURIA RODRÍGUEZ RODIL; Mª JOSE MEDRANO MARTÍNEZ; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO; RAÚL SOLANO LÓPEZ; ROBERTO RODRÍGUEZ OLIVEROS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6455*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SUPERVIVENCIA, BIG DATA, DATA MINING, MODELOS PREDICTIVO,*

JUSTIFICACIÓN

El propósito de un Servicio de Emergencias (SE) es elevar la supervivencia de los pacientes afectos de un evento crítico manteniendo la mejor calidad de vida, siendo clave cualquier actuación que pueda predecir en qué factores incidir y que facilite la toma de decisiones. En nuestro SE nos planteamos anticipar la supervivencia del paciente tras la intervención de un equipo asistencial in situ para mejorar la eficacia en la toma de decisiones y adecuar la respuesta sanitaria en base a modelos predictivos

OBJETIVO

Estudio de viabilidad para el desarrollo una herramienta predictiva de la supervivencia del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis del comportamiento de la variable dependiente dicotómica “supervivencia” en función de 18 variables independientes (VI):16 clínicas y 2 de proceso.

Diseño y desarrollo de modelos que sobre un 80% de los casos aprenden y se validan y su resultado predictivo se validan con el resultado real del 20% de casos restantes. Método:

- Aprendizaje supervisado mediante variable guía para la clasificación de los casos. Fases:
- Equilibrado de la muestra.
- Preparación de las muestras de entrenamiento (aprendizaje) y validación. Para garantizar la independencia, se reserva un 20% aleatorio de los datos para la validación.
- F de Aprendizaje. Construcción de modelos basados en árboles de decisión (Random Forest, C5.0), K Vecinos, Máquinas de Vectores Soporte (MVS), Combinación de algoritmos (Bagging y Boosting).
- F de Validación. Predicciones con los modelos entrenados para evaluar su capacidad predictora. Construcción de la matriz de confusión.
- Indicadores:
    - Precisión. Estadístico Kappa.
    - Sensibilidad y Especificidad.
    - Curva ROC y área bajo la curva.
- Evaluación de los modelos. Comparativa de resultados de la fase de validación. Elección del modelo (el de mayor ajuste).

RESULTADOS

Se desechan K-Vecinos por ser un algoritmo inútil (precisión: 44,9%); y los basados en Random Forest y Boosting por sobreajuste (precisión: 100%).

Los modelos basados en C5.0 (precisión de 90,1), MVS (Precisión 88,8%) y sobre todo Bagging (97,3%) resultan buenos clasificadores.

VI de mayor potencia predictiva (PP): Edad, existencia episodios previos en nuestro SE, Glasgow, Saturación de O2, ventilación Eupnea, Tensión arterial, Glucemia.

VI de menor PP: Otros tipos de ventilación, ETCO2, Traslado a hospital, antecedentes, tratamiento habitual, pauta previa de ambulancia, pulso, auscultación pulmonar, FR, Temperatura, Glucemia, FC.

CONCLUSIONES

Sería adecuada la integración de modelo predictivo basado en Bagging, en las herramientas clínicas del SE para la detección temprana de paciente de riesgo vital.

Aumento de la efectividad adecuando la respuesta: Implementar algoritmo que informe al personal que atiende in situ si se trata

de un paciente de riesgo vital e Integrarlo en las aplicaciones asistenciales facilitando la toma de decisiones según las circunstancias del paciente.

Aumenta eficiencia por mejor gestión de recursos asistenciales.

CAMPO SEMANTICO Y PRACTICA CLINICA: TEXT MINING COMO HERRAMIENTA DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; JOSE MARTINEZ GOMEZ; NICOLAS RIERA LOPEZ; PEDRO MUÑOZ SAHAGUN; RAUL SOLANO LOPEZ; ASUNCION COLOMER ROSAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6458*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *TEXT MINNING, CAMPO SEMANTICO, BASES DE DATOS*

JUSTIFICACIÓN

La informatización de los procesos asistenciales en los diversos entornos sanitarios ha sido una constante durante los 20 últimos años en nuestro país. En nuestro servicio de emergencias (SE) tanto el SCU (Servicio Coordinador de Urgencias) desde hace más de 20 años como las unidades asistenciales (UA) que atienden a los pacientes, desde 2012, están completamente informatizados. Las bases de datos están definidas y estructuradas, e incluyen campos de texto en los que aportar libremente observaciones y descripciones de paciente que resultan muy útiles a la hora de analizar cada caso desde su particularidad, pero que, cuando fueron creados, estos campos no resultaban útiles a la hora de su clasificación y explotación. En la actualidad se cuenta con potentes herramientas para poder ser estudiados. Por otra parte, las características del lenguaje médico, científico y técnico, que se sustenta en 4 pilares básicos (precisión, corrección, claridad y concisión) facilita la detección de patrones del lenguaje.

OBJETIVO

Establecer mediante herramientas de TEXT MINNING la relación entre el campo semántico de patologías determinadas (Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Código Ictus (CI) en nuestro caso).

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo 2019-2022: Se analizan todos los campos tipo texto (Descripción del paciente para el SCU y observaciones del paciente para las unidades asistenciales) de las patologías cuyo CIE-9 se corresponda IAM y CI.

Preprocesado de datos. Tratamiento de duplicados, valores nulos y outliers.

Aplicación de algoritmos de text minning mediante herramientas de R y su paquete UDPipe.

RESULTADOS

Para CI:

- Términos más frecuentes: minutos, años, perdida, desviación.
- Identificar palabras clave mediante RAKE: No puede hablar, dificultad para hablar, posible CI.
- Palabras clave por colocación (PMI): deterioro cognitivo, actividades básicas, s confusional
- Frases nominales simples: CI, boca torcida
- ***Palabras clave:*** Nombres propios compuestos: posible CI, desviación comisura labial, no puede hablar
- Analizar las concurrencias y correlaciones de las palabras juntas o próximas (Sustantivos y adjetivos): 1.Boca Torcida / Desviacion de la comisura bocal 2.Confusion,dificultad para expresarse de aparicion brusca 3. Paralisis brusca de uno o varios miembros.

CONCLUSIONES

El análisis semántico de los campos de texto de las bases de datos de sanidad puede ayudar a establecer patrones de palabras/frase para distintas patologías. Usando estos algoritmos se pueden construir herramientas de ayuda a la detección y diagnóstico de las mismas.

Otros beneficios son: Aprovechamiento y reciclaje de toda la información almacenada: de información muy útil de forma concreta pasa a poder ser sistematizada y clasificada de forma global, mediante patrones semánticos; fácil retroalimentación de los propios sistemas de información; y extrapolable a cualquier sistema de información de cualquier servicio de salud

MODELANDO EL FUTURO: BIG DATA PARA LA DETECCIÓN DEL ICTUS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; JOSE MARTINEZ GOMEZ; NICOLAS RIERA LOPEZ; PEDRO MUÑOZ SAHAGUN; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO; RAUL SOLANO LOPEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6464*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *BIG DATA, CODIGO ICTUS, ARBOL LÓGICO*

JUSTIFICACIÓN

El Ictus Agudo (IA) es una patología grave prevalente en los servicios de emergencia (SE) como consecuencia de factores como el aumento de la esperanza de vida, estrés, sedentarismo o estilo de vida de nuestra sociedad.

Constituye la primera causa de muerte en las mujeres y de discapacidad en el adulto. En España anualmente más de

120.00 personas sufren un IA, y más de 10.000 en la Comunidad de Madrid.

Se trata de una patología tiempo dependiente en el que el tiempo que transcurre desde sus primeros síntomas hasta la llegada a un centro hospitalario, para recibir un tratamiento de reperfusión en la unidad de ictus, aumenta la supervivencia y es inversamente proporcional al pronóstico de recuperación del paciente, disminuyendo la aparición de secuelas que empeoren su calidad de vida. Por lo anterior es esencial para el sistema sanitario trabajar en sistemas que mejoren su detección precoz y su correcto tratamiento en las unidades adecuadas en el menor tiempo posible.

OBJETIVOS

Elaborar una herramienta Big data que implementada en el Árbol Lógico de un SE mejore la detección de los posibles (IA) entre las llamadas de los pacientes, optimizando la respuesta de los servicios asistenciales intervinientes en su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño, población y criterios de inclusión Se trata realizar un estudio retrospectivo de todos los códigos ictus activados durante los años 2014-2019 y su relación con el motivo inicial de clasificación de la llamada.

Elección de las variables (morbilidad y dicotomicas), preprocesado de datos, equilibrado de la muestra, preparación de entornos de preprocesado y validación y establecer el modelo no paramétrico que nos ofrece un mejor ajuste, mediante la utilización de herramientas big data utilizando la librería Caret de R.

RESULTADOS

Se ha demostrado que si bien calculada de manera clásica la sensibilidad que nos ofrecía el árbol lógico era de un 60%, aplicando los métodos no paramétricos de clasificación que nos ofrece el bigdata podemos llegar a una detección de los casos positivos (sensibilidad), por encima del 70%. (Los modelos basados en los algoritmos bosting y bagging son donde se produce un mejor ajuste).

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia evidencia que la nueva realidad BIG DATA nos ayuda a mejorar la efectividad y seguridad en el proceso de atención.

Es extrapolable a cualquier SE y a cualquier patología tiempo dependiente: Minimizar el tiempo de la llamada, mejora el acceso a los circuitos adecuados para el tratamiento de estas patologías, con mayor posibilidad de éxito para el paciente.

Cambio de paradigma en los sistemas de información: De simple herramienta operativa sus inicios, produce después una reingeniería de procesos, y ahora mediante big data o Deep learning resulta de gran utilidad para la detección, manejo y tratamiento clínico.

ASOCIACION DE INFORMACION CLINICA: UN NUEVO ENFOQUE DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; JOSE MARTINEZ GOMEZ; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO; ROBERTO RODRIGUEZ OLIVEROS; MARIA VICTORIA HERNANDEZ JARAS; ALICIA VILLAR ARIAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6467*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *REGLAS DE ASOCIACION, AGRUPACION, DIAGNOSTICOS, FARMACOS*

JUSTIFICACIÓN

La extracción de conocimiento mediante minería de datos dentro del área de la medicina en los Servicios de Salud ofrece posibilidades que mediante los métodos tradicionales no se pueden obtener. El descubrimiento de reglas de asociación intrínsecas en los datos puede poner de manifiesto nuevas preguntas de investigación y revelar comportamientos ocultos o aportar información de las prácticas clínicas habituales.

OBJETIVOS

Conocer las asociaciones entre motivos de consulta, tratamiento farmacológico y aproximación diagnóstica para optimizar el proceso diagnóstico-terapéutico en un Servicio de Emergencias (SE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las asociaciones entre las variables categóricas de los motivos de consulta, tratamiento farmacológico y aproximación diagnóstica de los informes asistenciales de las unidades móviles entre febrero y mayo de 2022.

Las reglas buscadas serán de la forma Si X (precedente) entonces Y (consecuente), donde X e Y corresponden a grupos de acciones reflejadas en los informes asistenciales. Fases:

1. Agrupación de los fármacos según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química.
2. Agregación de los códigos de aproximación diagnóstica y de los motivos de consulta.
3. Preprocesado de la información. Relación de cada atributo con el identificador del episodio de urgencias para formar una fichero de estudio con las diferentes acciones en cada informe asistencial
4. Agrupación de los conjuntos de acciones relacionadas mediante algoritmo A priori.
5. Selección de los conjuntos de acciones con más soporte (más frecuentes).
6. Búsqueda de reglas de asociación mediante el algoritmo A priori.
7. Depuración y evaluación de las reglas mediante los indicadores de desempeño:
   - Soporte: Ocurrencia.
   - Confianza: Frecuencia en que ocurriendo el precedente se cumple el consecuente.
   - Lift: estadístico de comparación entre la frecuencia observada de la regla con la esperable si se produjese por simple azar.

RESULTADO

Se han encontrado 137 reglas mediante el modelo, de las cuales el propio algoritmo pone de manifiesto que 48 de las mismas son redundantes y 87 son reglas máximales, que no están incluidas dentro de otras. Como ejemplo:

Ácido salicílico y derivados, Inhibidores de la agregación plaquetaria, excl. Heparina, Nitratos orgánicos implica una aproximación diagnóstica relacionada con Síndrome Coronaria Agudo, con una confianza de 88%.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio evidencia donde poner el foco a la hora de evaluar el adecuado tratamiento farmacológico de los códigos tiempo-dependientes y la correcta alineación con sus guías clínica, resultando una herramienta útil y ágil a la hora de relacionar el uso de los fármacos entre sí y con las patologías urgentes, manifestando utilidades tanto en el proceso de formación como para desarrollar ayudas cognitivas que agilicen la toma de decisiones, de gran relevancia en patologías tiempo dependiente.

UN PROCESO DE ALTO RIESGO EN EL FOCO DE LA REVISIÓN Y LA MEJORA CONTINUA: LA VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mª DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO [1]; ANA GARCÍA DE LA SANTA VIÑUELA [2]; Mª LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ [1]; AURORA BARBERA MARTÍN [1]; ASUNCIÓN CAÑADA DORADO [1]; Mª DOLORES CONEJOS MIQUEL [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, Sº MADRILEÑO DE SALUD, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL. Sº MADRILEÑO DE MADRID

ID: *6468*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Error, medicación, vacunas.*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación con vacunas (EMV) suponen un riesgo para la seguridad del paciente (SP). Identificar las condiciones en las que ocurren contribuye a mejorar la cultura y la seguridad del proceso.

OBJETIVOS

Describir los EMV notificados en Atención Primaria (AP): tipo de error, causas, y consecuencias para el paciente.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de las notificaciones de EMV realizadas por profesionales de AP en el sistema de notificación de incidentes de seguridad de la CCAA (2019 a 2021). Se analizaron los EMV de calendario infantil y de adulto en los 3 años de estudio, y en 2021 además el grupo de EMV COVID.

RESULTADOS

Se notificaron 3.472 EM de los que el 21,3% (739) fueron EMV: 250 en 2019 (12,1% sobre total del año), 171 en 2020 (29,2% del año) y 318 en 2021 (38,6% del año). Se evidencia en 2021 el impacto del nuevo proceso de vacunación: 50% de los casos fueron con vacunas COVID.

El tipo más frecuente fue "selección inadecuada de la vacuna": 24,4% (170 casos) del total del trienio. Por años: 24,9% en 2019, 30,8% en 2020 y 20,8% en 2021. El tipo más frecuente en EMV COVID fue "error en la preparación/manipulación/acondicionamiento" con un 21% de los casos notificados, seguido de "medicamento deteriorado" (caducado/mal conservado) con 17% de los casos.

La 1ª causa todos los años fue "falta de cumplimiento de procedimientos de trabajo establecidos" (y difundidos desde la comisión de SP de la Gerencia de AP): 26,6% de los casos en el trienio. Por años: 25,6% en 2019, 28,2% en 2020 y 28,1% en 2021. Entre los EMV COVID, esta causa se comunica en el 27% de los casos, y la 2ª fue lapsus/despistes de los profesionales con un 21% casos

La falta de conocimiento/formación fue la 2ª o 3ª causa global en 2019, 2020 y 2021, pero en los EMV COVID específicamente fue poco frecuente, situación relacionada posiblemente con la sensibilización de los profesionales y acciones de divulgación y formación sistemáticas impulsadas desde la Gerencia de AP.

Aunque la vacuna errónea se administra en elevado nº de casos (49% en 2019, 53% en 2020, 60% en 2021 y 64% en vacuna COVID), el impacto/daño originado es infrecuente y leve. En 50 casos (6,8%) de los 739 EMV el paciente presentó un daño temporal que requirió intervención (14 casos de RAM, reacciones locales a la vacuna) o requirió monitorización/intervención aunque no se produjo daño (36 casos), con una distribución similar en los 3 años y en el grupo de EMV COVID.

CONCLUSIONES

Aunque las notificaciones de EMV aumentan (mayor sensibilización de los profesionales) y cobran importancia con vacunas COVID, el impacto de los EMV es leve.

No obstante no debemos despreciar la potencial gravedad de pacientes desprotegidos frente a enfermedades infecciosas si el EMV no se detecta y corrige.

La inmunización es un proceso en constante análisis y revisión en AP, con elaboración, difusión e implantación de acciones de mejora (Proyecto "Inmunización Segura en AP") que se van actualizando para seguir minimizando su impacto.

REINGENIERIA DE PROCESOS: PROLONGACION DE LA JORNADA

PEDRO MUÑOZ SAHAGUN; JOSE MARTINEZ GOMEZ; PABLO LLOPIS LOPEZ; MARIA JOSE MEDRANO MARTINEZ; NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; ESTHER MARTINEZ VELASCO
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6471*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *REINGENIERA, ESTANDARIZACION, AUTOMATIZACION VERIFICACION*

JUSTIFICACIÓN

La fuerte dispersión geográfica en las dimensiones tanto de Unidades Asistenciales(UA), como de los pacientes y profesionales del SUMMA112, sumada a la naturaleza de la emergencia de las patologías tratadas, hace que, a pesar de contar con turnos, horarios y solapes bien definidos, en ocasiones surge la necesidad de prolongar la asistencia del paciente y por lo tanto la jornada del profesional. Como toda ampliación del horario debe ser gestionada y computada correctamente. A realizarse de manera manual resulta difícil su verificación.

OBJETIVOS

Reingeniería del proceso de Prolongación de la jornada. Estandarización y automatización del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de un grupo multidisciplinar con diferentes perfiles de las áreas implicadas.

Definición del Alcance: En primer lugar, estandarizar los casos de uso y sistematizar la solicitud del cómputo. Posteriormente todas estas solicitudes serían verificadas de manera automática, mediante algoritmos informáticos.

Se diseñan e implementan las funcionalidades en las aplicaciones implicadas. Formación y seguimiento de incidencias.

RESULTADOS

Rediseño del proceso con funcionalidades implementadas:

- **Tipo1. El equipo asistencial prolonga por una atención al paciente**

  Notificación por el Portal del Profesional: especifica el incidente por el que se produce la prolongación. Búsqueda del personal relacionado con esa intervención. El tiempo de prolongación será la suma de los siguientes: tiempo

  Algoritmo de cálculo del Tiempo de prolongación en la Intervención (T1): resta la fecha/hora de finalización de la intervención y la hora de fin de guardia.

  Algoritmo de cálculo Tiempo de regreso a Base (T2): Mediante las coordenadas donde se encuentra el equipo al finalizar la intervención y las coordenadas de la base se calcula el tiempo de regreso

- **Tipo 2. No se presenta el relevo:** El profesional se lo comunica al Jefe de Guardia para que especifique y de esta forma de su conformidad en las aplicaciones de gestión de personal.

  La información se traslada a las aplicaciones de Personal para su posterior gestión.

CONCLUSIONES

- La automatización de los cálculos y la propia digitalización de este suceso ha supuesto una reducción en la carga de trabajo de RRHH y del personal SCU que recogía las notificaciones telefónicamente.
- Los casos de uso son claros y bien definidos.
- Está basada en criterios objetivos, no en percepciones propias de profesionales e intermediarios.
- Estandarizar el proceso a todos los profesionales del SUMMA112.

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE FACTORES HOSTELEROS HOSPITALARIOS EN LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS PACIENTES

EVA ABAD CORPA [1]; JULIA PADILLA MARTÍNEZ [2]; MONTSERRAT SÁNCHEZ ORTUÑO [3]; FILIP BELLON [4]; MARINA GALLEGO JIMÉNEZ [5]; Mª DOLORES ROLDÁN VALCÁRCEL [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIVERSIDAD DE MURCIA / SERVICIO MURCIANO DE SALUD, [2] HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA, [3] UNIVERSIDAD DE MURCIA, [4] UNIVERSIDAD DE LLEIDA, [5] INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, [6] HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6484*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *calidad; sueño; hostelería*

JUSTIFICACIÓN

En los hospitales convergen numerosos tipos de actividad, siendo todas imprescindibles para la consecución exitosa de la asistencial. Entre ellas se encuentra la actividad hostelera que engloba la nutrición, limpieza, ropa, arquitectura…. La calidad de las prestaciones hosteleras tradicionalmente ha impactado en la satisfacción del paciente, pero aún no hemos explorado qué impacto produce en el sueño durante la hospitalización.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre las características hosteleras y la calidad de sueño de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre 2019 y 2022 se realizó un estudio en 13 hospitales del territorio nacional siguiendo un diseño de tipo observacional, descriptivo, prospectivo. Se reclutaron 347 pacientes en las plantas de medicina y cirugía. Para la evaluación de la calidad del sueño al alta hospitalaria, se utilizó una pregunta extraída del Cuestionario Pittsburgh de Calidad de Sueño Autopercibida (adaptado a la hospitalización) y categorizada como: muy buena, bastante buena, bastante mala, muy mala. Con respecto a las características hosteleras, se recogió la valoración de los pacientes con un cuestionario autocumplimentado incluyendo estas preguntas: molestias relacionadas con compartir habitación (entre 1 y 10 puntos), así como molestias relacionadas con el colchón, temperatura ambiental y lencería (respuesta sí/no). Se realizó análisis estadístico descriptivo y pruebas de Chi-cuadrado y de Kruskal-Wallis, dependiendo de la naturaleza de la variable.

RESULTADOS

La edad media de los participantes fue de 63.47 ± 14.96 años; 41.7% mujeres. El 80,8% de los pacientes compartió la mayor parte del tiempo la habitación frente a los 64 pacientes que estuvieron la mayor parte del tiempo solos. Un total de 162 participantes (47.9%) reportaron una calidad del sueño “bastante mala” o “muy mala”. Entre los pacientes que refirieron molestias con la cama (colchón, almohada), el 66.7% (n=70) calificó como “bastante mala o muy mala” la calidad del sueño frente a la buena calidad del sueño que tuvieron los pacientes sin esas molestias (60.6%; n=142; p:<0.001). También encontramos diferencias significativas con respecto a las molestias generadas con la lencería (74.1% vs. 57.2%). No hubo diferencias en la calidad del sueño en relación a la temperatura ambiente. Los pacientes que compartieron habitación y durmieron “muy mal”, calificaron esas molestias con una puntuación media de 5.85+3.6 mientras que los que durmieron “muy bien” mostraron una puntuación media significativamente inferior, 2.87+2.5 (p:<0.001).

CONCLUSIONES

La calidad del sueño del paciente durante la hospitalización está influenciada por variables del entorno. Debemos ser conscientes de que la calidad hostelera no sólo impacta en la satisfacción global de la atención sino en procesos tan importantes para la salud de los pacientes como el sueño. Los resultados sugieren áreas de mejora concretas para favorecer el descanso de los pacientes.

ENTRE MACDONALD´S Y ARZAK: AÑADIENDO VALOR GRACIAS A MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL [(1)]; ENRIQUE MANUEL BÁREZ HERNÁNDEZ [(1)]; ANTONIO JOSÉ BLANCO GUTIERREZ [(1)]; SILVIA GARCIA DE GARAYO DÍAZ [(1)]; BEGOÑA ALONSO ALONSO [(1)]; MARÍA TERESA MADRID CONDE [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA (OSI ARABA), [(2)] SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN. DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA

ID: *6499*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Valor Añadido, Resultados en Salud, Calidad de Vida, Adherencia, Expectativas, Dolor Crónico*

JUSTIFICACIÓN

La Unidad del Dolor provee asistencia sanitaria, investiga, innova, asesora, previene y divulga en dolor crónico y agudo, y quiere seguir siendo la referencia y el lugar preferido por la mayoría de las personas con dolor, al igual que hace McDonald's, que quiere "ser el lugar y la forma de comer preferidos de sus clientes", siendo la empresa que alimenta a mayor número de personas en el mundo, y además, la que más juguetes vende. Y lo queremos hacer como Arzak, quien manteniendo las raíces y las esencias de la cocina familiar, quiere mostrar la "cocina arte", por ello nosotros intentamos dar respuesta no solo a las necesidades, sino a las expectativas de pacientes y cuidadores, mejorando su experiencia, y presentando unos resultados en salud excelentes, como artesanos de la salud.

OBJETIVOS

1. Satisfacer las expectativas de pacientes y cuidadores, procurando que sean factibles, razonadas y congruentes con las posibilidades terapéuticas
2. Mejorar la calidad de vida de las personas atendidas, su experiencia y satisfacción global 3. Controlar mejor el dolor, y mejorar la adherencia 4. Adquirir habilidades adecuadas para el manejo del dolor (incluye dar paseos, hacer estiramientos o tomar la medicación) 5. Ayudar a que las personas cuidadoras tengan más conocimientos adecuados para ayudar a sus pacientes en el manejo de su dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo: Estudio retrospectivo para valorar resultados y cumplimiento de expectativas tras la atención recibida durante semanas, meses o años. Ámbito de estudio: 100% de las altas en los años 2020, 2021 y 2022 (2.469 pacientes). Procedimiento: En la primera consulta se explican los resultados razonables esperables, y al alta, rellenamos un Formulario incluido en la Historia Clínica con los ítems relativos a los 5 objetivos, explotando los datos a través de OBI: Oracle Bussines Intelligence. En pacientes no comunicadores se usa la visión computacional, y para mejorar la adherencia medicamentosa, algoritmia de analítica avanzada a través de un modelo de Visual Analitics.

RESULTADOS

1. El 84,62% de pacientes refieren que han visto satisfechas sus expectativas y mejorado su experiencia, el 12,48% parcialmente, y el 2,90% no. 2. El 81,20% refiere haber mejorado su calidad de vida, y un 18,80% no, mientras el 97,12% valora de forma positiva la atención, frente a un 2,88% negativa. 3. El 83,61% manifiesta controlar mejor el dolor, frente a un 16,39% que no, habiendo pasado la adherencia del 62% al 78%. 4. El 99,22% de pacientes responden que han adquirido habilidades adecuadas para el manejo del dolor, frente a un 0,78% que no. 5. El 98,68% de personas cuidadoras dicen tener más conocimientos adecuados para ayudar a los pacientes en el manejo de su dolor, frente a un 1,32% que no.

CONCLUSIONES

Con el tratamiento, la educación sanitaria, información y asesoramiento adecuados, hemos visto que cuanto más se acerque la expectativa ideal a la razonable, más probabilidades de éxito tendremos.

PREVENIR LO IMPREVISIBLE: PREDICCION MEDIANTE SERIES TEMPORALES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS.

JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ; NURIA RODRÍGUEZ RODIL; RICARDO CASTILLO RUBIO; GONZALO BAYO MARTÍNEZ; Mª JOSE MEDRANO MARTÍNEZ; ESTHER MARTÍNEZ VELASCO
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6511*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SERIES TEMPORALES, SARIMA, PREDICCION*

JUSTIFICACIÓN

Los modelos predictivos sirven de apoyo a la toma de decisiones optimas, mostrando beneficios en diversos ámbitos sanitarios como salud pública, enfermedades complejas, mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento, o en la mejora en la eficiencia para la gestión operativa del sector sanitario.

El comportamiento de la demanda sanitaria de un Servicio de Emergencias (SE) presenta patrones que se repiten con cierta periodicidad. Si la predicción no se cumple se puede deber a una situación nueva e impredecible que produce un comportamiento anómalo.

OBJETIVOS

Detección de situaciones imprevista que puedan alterar el servicio y que de otra forma puedan quedar ocultas para tomar las decisiones más óptimas y de mayor valor para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Se identifican los procesos estocásticos con sus indicadores de actividad que serán objeto de mantenimiento.
2. Se construye un modelo basados en el análisis de series temporales SARIMA para cada indicador
3. Validación del modelo de la bondad del modelo.
4. En caso de que el modelo tenga un buen ajuste se crea una dll para que pueda ser consultada.
5. Se implementan los procesos de extracción, transformación y carga para alimentar el modelo.
6. Se realiza la previsión para n periodos siguientes.
7. Comprobación de las desviaciones de los valores reales con los pronosticados.
8. En caso de desviación análisis de si se presenta una causa o si bien es producido por el azar.

RESULTADOS

Se crea un conjunto de programas y servicios para disponer de las predicciones y sus desviaciones con los valores actuales desde una aplicación web multiplataforma de consulta.

Se comienza con un indicador de “actividad asistencial diaria” (AAD) por seis localidades centinela (LC) de diferente naturaleza.

Resultado del periodo estudiado en 2021 y 2022: El indicador de AAD por LC no presenta desviaciones fuera de su intervalo de confianza (95%), con excepción del día 17/067/2021 que en 1 LC está en el límite superior del IC, y 2 lo sobrepasan, estando todo el periodo anterior y posterior a la fecha dentro de IC.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio evidencia la capacidad predictiva de la herramienta para anticiparnos en el futuro en situaciones que puedan aparecer y en el rápido reconocimiento de situaciones que precisen una ágil toma de decisiones. Actualmente se están incluyendo otros indicadores que aporten información más cualitativa.

Los modelos basados en series temporales siguen siendo de gran utilidad per sé, además de configurar la base de las nuevas herramientas de aprendizaje automático y de big data.

Cualquier proceso auto-regresivo o con estacionalidad puede ser susceptible de monitorización, así en el futuro inmediato se introducirán en el seguimiento nuevos indicadores tanto de gestión de la urgencia y emergencia (derivaciones hospitalarias, servicios de las unidades asistenciales) como de la actividad asistencial (códigos ICTUS o Infarto, pacientes con determinadas patologías, etc.).

GESTIÓN DEL RIESGO DE SATURACIÓN DEL TRASLADO URGENTE A TRAVÉS DE UN MODELO DE TEORIA DE COLAS.

JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ; NURIA RODRÍGUEZ RODIL; Mª JOSE FERNAÁNDEZ CAMPOS; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; PEDRO MUÑOZ SAHAGÚN; ANTONIO BALBOA MENA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6517*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *TEORIA DE COLAS, PROCESO ESTOCASTICO, PROCESO DE POISSON, AMBULANCIAS*

JUSTIFICACIÓN

La adecuación del número de vehículos de Soporte Vital Básico (SVB) disponibles a la necesidad de traslados de los pacientes en ambulancia de urgencia garantizando los criterios de eficacia y eficiencia supone un problema de optimización de recursos.

La asignación de pacientes a los vehículos de traslado se corresponde con un proceso estocástico de Poisson, que consiste en contar eventos en un intervalo temporal de longitud fija. En un proceso estable, a largo plazo produce un número medio de sucesos constante por unidad de observación, cuya aparición es aleatoria e independiente (modelo amnésico).

OBJETIVOS

Modelizar mediante la Teoría de Colas de Poisson, el proceso estocástico de pacientes que demandan un servicio de traslado urgente optimizando el número adecuado de vehículos para garantizar la disponibilidad de las SVB.

MATERIAL Y MÉTODOS

De la base de datos histórica se extraen los datos históricos por franjas horarias que serán los datos de entrada el modelo de colas:

- Solicitudes de ambulancias por hora
- Servidores: Número de Ambulancias disponibles por hora.
- Tiempo de servicio: Tiempo transmisión - finalización del traslado.
- Tiempo de cola: Tiempo desde la solicitud de SVB a la transmisión a la ambulancia.

Implementación de un modelo de colas M/M/c, en donde tanto las entradas como las salidas de las líneas de espera corresponden a una cadena de Markov y el intervalo entre dos eventos consecutivos viene determinado por una distribución exponencial dependiente de la frecuencia de ocurrencia del suceso. Se calculan los Indicadores del desempeño siguientes:

- Cantidad esperada de clientes en el sistema (CECS).
- Cantidad esperada de clientes en espera CECE).
- Tiempo esperado en el servicio (TES).
- Tiempo esperado de cola (TEC).
- Probabilidad de existencia de cola (PC).

Evaluación y análisis de los indicadores para comprobar si existe o no saturación del servicio.

RESULTADOS

- CESC: Rango de 0 a 120, mediana 37
- CECE: Rango de 0 a 59, mediana 0.
- TES: Rango de 58.25 a 114.57 m, mediana de 58.25
- TEC: Rango de 56 a 0 m, con mediana 0 m
- PC: Rango de 0 a 86%

CONCLUSIONES

El dimensionamiento establecido es adecuado para dar el servicio que los pacientes demandan. No existen riesgos relevantes de saturación del sistema, aun así, se debe poner el foco en las franjas horarias con más probabilidad de tener colas de espera (de las 11 y las 12) de la mañana, con una probabilidad de existencia de cola de un 85% y 65% respectivamente, situación que cesa a las 13h, ratificando la validez del modelo con la gestión operativa diaria ya que a las 13h comienza un nuevo turno de

trabajo de ambulancias que amplía el número de SVB.

La reducción del tiempo de servicio destaca como área de mejora que impactaría en la disponibilidad de ambulancias, para ello, se evidencia en análisis desagregado que el tramo temporal que se podía reducir es el tiempo de ingreso de los pacientes en el hospital destino.

SUMMA INTEGRACIONES. ESTANDARES, UNIVERSALIDAD, INTEROPERABILIDAD

MARIA JOSE MEDRANO MARTINEZ; GONZALO BAYO MARTINEZ; PABLO LLOPIS LOPEZ [(2)]; ESTHER MARTINEZ VELASCO; NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6523*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *INTEGRACION, COMUNICACION, SISTEMAS E INTEROPERABILIDAD*

JUSTIFICACIÓN

Durante la última década se han introducidos cambios en la sociedad y en su relación las TIC'S, llegando a lo que conocemos como sociedad de la información. Esto ha influido en las comunicaciones e interacciones que se establecen entre los distintos servicios sanitarios. Para garantizar estos procesos se requiere la estandarización y automatización de las tareas de integración, seguridad y accesibilidad.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta que garantice el intercambio de información necesaria desde las dimensiones de accesibilidad, confidencialidad, integridad y disponibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los sistemas de información actuales externos e internos. Análisis de las necesidades de integración con otros entornos.

Estudio de los procesos estandarizables.

Se desarrolla un servicio de integración ApiRest, sobre el NetCore, denominado "SUMMA_INTEGRACION", con dos funcionalidades bien diferenciadas. Por un lado, se define uno conjunto de parámetros para conectarse a diferentes "Api" externas a su propio servicio (Servicios de directorio activo, Cibeles, correo, validación de usuarios, Acceso a repositorios, Gestión de Recursos humanos…) pudiendo servir esa funcionalidad a las aplicaciones propias que lo soliciten.

Por otro lado, se implementan controladores independientes para cada "aplicación externa" que se "conecte" con el sistema, independizando las conexiones, garantizando la seguridad y la integridad de la información.

RESULTADOS

El servicio se ha puesto en producción a finales de 2021. Se han implementado 3 integraciones:

Servicio de información al profesional y al ciudadano multicanal. (SMS, correo..). Sirve un servicio de mensajería a varias aplicaciones que se lo solicitan, respetando los estándares de seguridad.

Servicio de petición de asistencia. Integra una aplicación externa de solicitud de asistencia con la aplicación del SCU de urgencias y emergencias.

Servicio de Continuidad de Cuidados. Integra en la aplicación del SCU la solicitud de asistencia de enfermería de Atención Primaria cuando así se requiere.

CONCLUSIONES

Desde su puesta en marcha a finales de 2021 se ha visto una gran mejora:

- Al diseñar un estándar de integración, dicha tarea se vuelve más sencilla y ágil.
- Control de la seguridad. Se gestiona con mayor nivel de seguridad de las aplicaciones, al venir ya implementada dentro del propio servicio.
- Gestión de las integraciones. Queda centralizada la gestión de las integraciones, asegurando la trazabilidad en todos los intercambios de información entre sistemas.
- Gracias a este modelo de integración se independizan los propios sistemas de información, evitando modificaciones en los sistemas actuales.

DISEÑO DE UN PLAN DE HUMANIZACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA GRACIAS A PROFESIONALES, PACIENTES Y GRUPOS DE INTERÉS

RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL; AINTZANE LARRETXI MARTÍNEZ; ERIKA VITORIA GARCÍA; FERNANDO ENCINAR MARTÍN; FRANCISCO JAVIER PEDROSA RODERO; JOSE MARÍA PÉREZ RAMOS
CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA (OSI ARABA)

ID: *6526*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanización, Pacientes, profesionales, Grupos de Interés*

JUSTIFICACIÓN

Creemos que la meta de mejorar la humanización en nuestra organización sanitaria, ha de ser afrontada desde una ética asistencial que se fundamente en la dignidad personal de pacientes y de la ciudadanía, y en la responsabilidad moral de las y los profesionales. Y como creemos que una meta sin un Plan se queda en un deseo, hemos querido afrontar la mejora de la humanización en nuestra organización a través de la elaboración de un Plan de Humanización 2022-2025.

OBJETIVOS

1. Elaborar un Plan de Humanización para los próximos 4 años. 2. Conocer las expectativas y demandas de los grupos de interés, recoger las aportaciones de profesionales de todas las categorías profesionales, de pacientes, y Asociaciones de Pacientes 3. Establecer líneas estratégicas/dimensiones y acciones concretas 4 Establecer un cronograma, una memoria económica e indicadores de evaluación y seguimiento 5. Registrar iniciativas y experiencias existentes actualmente en nuestra Organización

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología: Se ha usado la (IAP) Investigación Acción Participativa. el cual es un método de investigación fundamentado en un elemento clave: la participación de distintos agentes. Basado en la reflexión y una serie de prácticas que se proponen incluir a todos los participantes de una comunidad. Participantes y Grupos de trabajo: Se envío un e-mail a la plantilla y se realizaron 2 WOKA monográficos sobre humanización de 6 horas cada uno, los pasados días 1 y 2 de Junio de 2022. En la elaboración del Plan de Humanización han participado 217 profesionales, 30 pacientes y miembros de Asociaciones de Pacientes, y otras 10 personas de otras instituciones u organizaciones sanitarias, lo que representa un total de 257 personas.

RESULTADOS

1.Se ha elaborado un Plan de Humanización basado en 8 líneas estratégicas/dimensiones y con un total de 310 acciones 1ª: Intimidad y privacidad: 15 acciones 2ª: Autonomía del paciente y participación ciudadana: 32 acciones 3ª: Trato, Información, Comunicación y Confidencialidad: 66 acciones 4ª: Gestión de las emociones y espiritualidad: 22 acciones 5ª. Confort y Hostelería: 97 acciones 6ª: Continuidad e integración de la asistencia sanitaria: 19 acciones 7ª: Cultura de la Humanización: 22 acciones 8ª: Cuidando a los profesionales: 34 acciones 2.Se está elaborando una memoria económica para la puesta en marcha del Plan 3. Se ha diseñado un cronograma y se diseñarán indicadores cuantitativos y cualitativos 4. Se ha realizado un inventario de iniciativas y experiencias en funcionamiento en la organización.

CONCLUSIONES

Tenemos claro que avanzaremos en la humanización a través de los valores, la motivación y la actitud, y no mediante un sistema rígido de obligaciones, fruto de la normativa, y es por esto que creemos que el cumplimiento de este Plan, además de mejorar la buena asistencia que ya ofrecemos, debe cuidar a los profesionales, lo que contribuirá además a hacernos mejores personas a todos.

COMO MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO A TRAVÉS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL; ENRIQUE MANUEL BÁREZ HERNÁNDEZ; ANTONIO JOSÉ BLANCO GUTIERREZ; SILVIA GARCÍA DE GARAYO DÍAZ; BEGOÑA ALONSO ALONSO; MARIA DEL CARMEN ITURRICASTILLO PÉREZ
CENTRO DE TRABAJO: ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA (OSI ARABA)

ID: *6528*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Adherencia, Inteligencia Artificial, Dolor, Analgésicos*

JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia (cumplimiento) al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. Múltiples estudios determinan que un porcentaje significativo de las personas que salen de la consulta del médico con una prescripción no tomarán el fármaco según las indicaciones recibidas. Para revertir esta situación, desde el Observatorio de la Adherencia al Tratamiento se incide en la importancia de una mayor sensibilización por parte de profesionales, Administración y medios de comunicación, y sobre todo de una mayor y mejor información a los pacientes.

OBJETIVOS

1. Conocer la retirada real de medicamentos de la Farmacia 2. Definir niveles de buena adherencia para la toma de 1 dosis, 2 dosis, o 3 o más diarias 3. Crear una herramienta TIC para ayudar al médico a determinar fácilmente cual será la adherencia a un tratamiento farmacológico para un determinado paciente, permitiéndole ofrecer de manera personalizada a cada paciente cual es la mejor estrategia para optimizar la adherencia al tratamiento en términos objetivos estadísticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio: Se analizaron el pasado año un total de 242.089 prescripciones electrónicas con pautas crónicas de analgésicos. Tecnología: Se ha desarrollado mediante algoritmia de analítica avanzada distintos modelos, que partiendo modelos de clasificación y similitud de pacientes permite catalogar automáticamente a los pacientes, determinando cuales son las variables más influyentes para mejorar la adherencia al tratamiento, a través de un modelo de Visual Analitics. Se trata del Proyecto Attend, una actuación cofinanciada por el Gobierno vasco y la Unión Europea a través del Fondo europeo de Desarrollo Regional 2014-2020 (FEDER).

RESULTADOS

1. El % de retirada de medicamentos ha sido del 62%
2. El 8% de los pacientes no ha recogido ninguna medicación
3. El 25% de los pacientes presenta datos por debajo del 30% de retirada de medicación
4. El 33% retira menos del 50% de la medicación
5. Se ha desarrollado un modelo digital del paciente vinculado a la adherencia al paciente, basado en inteligencia artificial en la que cuando prescribimos para el paciente nº 1, un medicamento A, otro B, y otro C, la aplicación nos informará del porcentaje de adherencia probable de ese paciente para cada medicación con un intervalo de confianza.

CONCLUSIONES

Con estos datos podremos tomar decisiones antes de prescribir una medicación que posiblemente el paciente no va a tomar e informarle de las opciones. Se reducirán las cifras de fracasos terapéuticos, ya que una adherencia baja a los tratamientos crónicos implica la intensificación de los tratamientos, el incremento de los efectos indeseados, la realización de pruebas innecesarias y, en ocasiones, incluso el cambio de estrategia terapéutica por otra menos eficiente lo que conlleva una evolución desfavorable de la enfermedad, y un incremento del coste de la no adherencia.

TRASLADO SEGURO DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE ALTA TECNOLOGIA: DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL

ROSER MARTIN CAMPOS [1]; MARTA AGUAYO ÁLVAREZ [2]; JULIA SALVADOR LODOSA [2]; KARLA ROCÍO SALAS GAMA [2]; DANIEL LOPEZ TORRES [2]; JESUS MARTINEZ PEREZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

ID: *6570*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *traslado pacientes, listas de verificacion, procedimiento de traslado*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El traslado de pacientes a nivel intrahospitalario puede comportar situaciones de riesgo para su seguridad. Los protocolos y listados de verificación estandarizan la atención en salud y minimizan la posibilidad de eventos adversos. El objetivo del estudio fue diseñar una intervención multimodal para abordar la seguridad en el traslado interno de los pacientes en un hospital de alta tecnología.

MATERIAL Y METODOS

Primero se revisó la literatura científica para identificar recomendaciones y buenas prácticas en el traslado seguro. Segundo, se analizaron las fuentes de información interna relacionadas con el traslado. Tercero se revisó los documentos internos del hospital. Posteriormente, se analizó y categorizó los incidentes notificados y finalmente, se analizaron los procesos clínicos. Se integró la información para diseñar una intervención que finalmente se compartió con un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de las áreas clínicas con más notificaciones para recoger sus aportaciones.

RESULTADOS

En la revisión de la evidencia científica se identificó recomendaciones relacionadas con la estandarización de procedimientos y circuitos, mejora de la comunicación entre los profesionales y el uso de listados de verificación.

En las fuentes internas se identificaron un procedimiento del traslado del paciente crítico adulto y dos listados de verificación. Durante el período 2019-2020 se notificaron 108 incidentes relacionados con el traslado de pacientes, de los cuales 40 estaban relacionados con problemas de comunicación, 24 con el acompañamiento de los pacientes, 14 con el material utilizado, 12 con la documentación clínica, 13 con el estado de los dispositivos vasculares y 5 con el circuito de traslado. En las 32 unidades de hospitalización en las que se realizaron procesos organizativos, se detectaron problemes con el traslado entre unidades a la hora de las comidas y en los cambios de turno de los profesionales.

Se diseñó una intervención multimodal constituida por un procedimiento estándar que incluía las tres etapas del traslado: preparación, traslado y acogida; Algoritmo de decisión según los niveles de riesgo ; una infografia que determinava el acompañamiento professional según el nivel de riesgo de los pacientes y tres listados de verificación según el nivel de riesgo. Se determinó el horarió de traslado de los paciente en los traslados programados y se compartió la información con los profesionales clínicos, con la integración de cambios.

CONCLUSIONES

La estandarización del traslado de los pacientes, sumado a la participación multidisciplinar de los profesionales puede aportar una visión integral de la práctica clínica que permita identificar potenciales situaciones de mejora. Una intervención multimodal puede facilitar la unificación de criterios a la hora de trasladar a un paciente, garantizando una atención segura que aporte cuidados de calidad en todo el momento del proceso clínico.

ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DEL FLUJO DEL USUARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CRISTINA FRANCO [(1)]; SORAYA MOTA [(2)]; CLARA PLADEVALL [(3)]; MONTSERRAT LARA [(4)]; ROSA MARÍA JURADO GALLEGO [(5)]; LALIS FONTCUBERTA [(6)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] SISTEMA CATALÀ DE SALUT, [(2)] CAP ST LLÀTZER - TERRASSA, [(3)] SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA, [(4)] CAP ST LLÀTZER, [(5)] : EAP CAN ROCA – TERRASSA (CONSORCI SANITARI DE TERRASSA), [(6)] INSTITUTO LEAN

ID: *6593*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Lean Healthcare, mejora de procesos, mejora continua, PDCA, flujo de usuario, gestión visual, adecuación espacio, adequación recursos*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del Plan, es la mejora de la accesibilidad en la Atención Primaria. Un gran volumen de usuarios acude al centro de atención primaria de forma presencial. La mayoría de usuarios hacen una única cola en el mostrador por diversos motivos que se resuelven en tiempos muy variables. Existen varios motivos de gestión en el mostrador que podrían evitarse o incluso resolverse de forma efectiva desde otros canales.

En referencia al flujo del usuario, existen frecuentes interrupciones a los profesionales en las consultas o en otros espacios. Esto se debe a la falta o inadecuación de la señalización visual y a la desactualización o inexistencia de los directorios de los profesionales y consultas. Además, los usuarios intentan evitar la cola del mostrador cuando desconocen su destino.

OBJETIVOS

Definir un estándar de señalización visual para reducir el volumen de interrupciones a los profesionales.

Dimensionar los motivos de consulta en el mostrador y adecuar la organización del mismo para reducir esperas y aumentar el grado de resolución.

Detectar reprocesos en la gestión de la demanda del usuario para mejorar la experiencia de paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando la metodología de análisis basada en Lean Healthcare se ha analizado el flujo del usuario en el centro. Mediante esta metodología se detectan limitaciones y problemas existentes. Se han identificado cuatro campos de intervención: Gestión visual

Organización del mostrador

Comunicación interna y estándar de gestión de la demanda Reprocesos

RESULTADOS

En los distintos campos de intervención se han realizado las siguientes acciones:

Adecuación de los puntos de atención al mostrador en función de los motivos de demanda, el tiempo de resolución y los recursos disponibles.

Definición de circuitos de gestión de la demanda para optimizar los canales y evitar reprocesos.

Detección de necesidades formativas, promoción y uso de herramientas de comunicación entre profesionales y estandarización de los espacios de reunión.

Actualización y revisión de la gestión visual para optimizar el desplazamiento del usuario en el centro.

Estas acciones van dirigidas a reducir el tiempo de espera de los usuarios, reducir las interrupciones a los profesionales y el número de motivos de demanda en el mostrador.

CONCLUSIONES

El proceso de análisis e intervención ha supuesto la integración de nuevas herramientas para detectar oportunidades de mejora y desarrollar un proyecto con la implicación directa de los profesionales en todas las fases y generar un impacto en la experiencia del ciudadano El equipo de admisiones ha reorganizado sus funciones, la información del centro se mantiene actualizada y el conjunto de profesionales de todo el centro se ha comprometido a implementar y mantener las acciones sujetas a revisión continua.

REESTRUCTURACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA PARA DAR MAYOR COBERTURA A LAS MUJERES

ELENA BARTOLOME BENITO [(1)]; M.ANGELES CARBALLO CARRASCO [(2)]; IRENE DE BLAS GÓMEZ [(3)]; M. CARMEN MATASAN RUIZ [(4)]; PEDRO LUIS LEON CASQUETE [(4)]; AURELIA ALVAREZ SUAREZ [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] SERMAS, [(2)] SERMAS CRIBADOS ONCOLÓGICOS, [(3)] SERMAS CRIBADOS ONCOLÓGICOS, [(4)] CRIBADOS ONCOLÓGICOS

ID: *6595*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Detección Precoz Cáncer mama*

JUSTIFICACIÓN

El Cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres (29,6%) en la Comunidad de Madrid. La detección más temprana y el avance en los tratamientos han permitido que en la mayoría de los países occidentales la mortalidad por cáncer de mama cada vez sea menor y se puedan aplicar tratamientos menos agresivos, alcanzando una mayor probabilidad de control de la lesión detectada.

OBJETIVO

Reestructuración de un programa de detección precoz de cáncer de mama (DEPRECAM) para incrementar la cobertura de participación.

METODO

Estudio descriptivo del rediseño del programa y actuaciones puestas en marcha tras la pandemia. Se han puesto en práctica herramientas de calidad en todo el proceso especialmente en la gestión de incidentes y avisos dados por los profesionales. Se recogen los resultados alcanzados en 2021.

RESULTADOS

A partir de la pandemia hubo que reactivar el programa de detección precoz de cáncer de mama. Este hecho fue aprovechado para introducir importantes reformas a partir del análisis de situación del estado del programa: Inclusión de sistemas alternativos de cita (APP y web), internalización en centros de la red pública en el ámbito urbano pendiente de realizar (3 hospitales) más inclusión de dos hospitales de apoyo sin población de referencia, elaboración de un panel de datos para el seguimiento de profesionales y gestores, mejoras de los visores en los centros de la red pública, renovación con centros concertados para atender mujeres no atendidas en etapa previa, diagramación de todo el proceso e introducción de mejoras en el mismo.

En 2021 se inicia nueva ronda bienal del programa (2021-2022). El 74% de las mujeres de la población diana válida de 471.858 mujeres en ese año han sido citadas o invitadas a participar en el programa. De las mujeres invitadas, un 63% han participado (219.952) habiéndose realizado mamografía de cribado 175.249 mujeres (50%). De las mujeres que han participado, un 18% ha sido en cribado inicial, un 37% en cribado sucesivo regular, un 40% en cribado sucesivo irregular y un 5% de intervalo desconocido. Un 0,2% de las mamografías de cribado han dado como resultado un BI-RADS 3 y un 0,7% BI-RADS 4 o BI-RADS 5. La mujer ha participado de forma autónoma a través de la app (15% de cita) especialmente en edades más jóvenes.

CONCLUSIONES

En 2021 el programa ha alcanzado una de las cifras más altas de mujeres atendidas en la historia del programa gracias al trabajo de todos los profesionales que participan en el mismo. La introducción de la app ha dotado de mayor autonomía a la mujer y ha facilitado su participación. La revisión de los procesos genera áreas de mejora que redundan en una mejor atención.

RESCATE Y ACTIVACIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO TRAS LA PANDEMIA

ELENA BARTOLOME BENITO [1]; AGUSTÍN ALBILLOS MARTINEZ [2]; CELIA ALVAREZ RUIZ DANA [3]; GEMA MARMISA GAZO [4]; YUMANA AWAD PARADA [4]; YUMANA AWAD PARADA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERMAS, [2] HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, [3] CAP_SERMAS, [4] CRIBADOS ONCOLÓGICOS

ID: *6603*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Detección Precoz Cáncer Colon*

JUSTIFICACIÓN

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país. La probabilidad de supervivencia puede multiplicarse por 6 con una detección temprana y hasta un 90% de los pacientes pueden curarse si se diagnostican precozmente. Hasta un 60% de los fallecimientos por cáncer colorrectal pueden evitarse con un adecuado programa de cribado.

OBJETIVO

Recuperar el programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (Prevecolon) tras la pandemia para la adecuada atención de los ciudadanos con los recursos propios del sistema.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de las actuaciones puestas en marcha tras la pandemia para la recuperación de Prevecolon. Se han puesto en práctica herramientas de calidad como la aplicación de ciclo de mejora y AMFE. Se recogen los resultados alcanzados.

RESULTADOS

En diciembre de 2020 el programa llevaba parado desde marzo del mismo año interrumpiendo con ello el proyecto de implantación del mismo iniciado en 2017. A lo largo de 2021 se aplicó el plan de contingencia y se empezó a mandar el 50% de las invitaciones remitidas previamente. Para ello se hizo un estudio de sostenibilidad para ver cuánto podíamos incrementar. Se llegó a remitir a partir de junio 20.000 cartas de invitación semanales. Con ellas comenzó a presentarse los incidentes propios del funcionamiento de un proceso y de la interacción con el ciudadano. Se aplicó un AMFE que permitió agregar por grupos los incidentes y a derivar al nivel de actuación la repercusión de los mismos. Para ello se creó un grupo multidisciplinar de trabajo. Se consiguió cerrar la primera ronda de implantación del programa en junio de 2021. En enero de 2021 se activó paralelamente el programa de seguimiento para los pacientes con riesgo intermedio que hubiera correspondido en 2020. En 2021 se han cursado 802.474 invitaciones (92,5% de población diana). Si bien la participación ha sido del 29%, un total de 229.686 ciudadanos entregaron muestra para el test de Sangre Oculta con los siguientes hallazgos: Cáncer: 205 (3,5%), Neoplasias superficiales de riesgo alto: 1.073 (18,2%), Neoplasias superficiales de riesgo intermedio: 1.208 (20,5%), Neoplasias superficiales de riesgo bajo: 1.467 (24,8%), Lesiones no neoplásicas: 380(6,4%), Colonoscopias normales: 1.572 (26,6%).

CONCLUSIÓN

El programa de detección precoz de cáncer de colon y recto es costo efectivo tal y como recoge la literatura y una de las principales estrategias preventivas del Sistema Sanitario. La puesta en marcha de un programa requiere la colaboración de un grupo multidisciplinar de profesionales y abordar la calidad en todo su proceso. Con estas consideraciones el programa de nuestra comunidad ha conseguido remontar la situación de pandemia vivida alcanzando en 2021 unos resultados acordes con lo esperado.

CIRCUITO DE ANALÍTICASMEJORA DE LA ORGANIZACIÓN DEL CIRCUITO DE ANALÍTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

POL HOSPITAL I BRUGUÉ
CENTRO DE TRABAJO: SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

ID: *6608*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Analíticas, Extracciones, Atención Primaria, Lean Healthcare, Procesos, Circuitos*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del Plan es la mejora de la eficiencia de los diferentes circuitos de la Atención Primaria. En este contexto los profesionales de la Atención Primaria detectan oportunidades de mejora y proponen soluciones globales con el objetivo de liberar el sistema de actividad que no aporta valor añadido.

La complejidad del circuito de analíticas radica en dar atención a un número elevado de pacientes en un corto plazo de tiempo y en un espacio concreto del centro. La organización del equipo es clave para cumplir con los horarios establecidos, entregar las muestras a tiempo y mejorar la experiencia del usuario evitando largas esperas.

OBJETIVOS

Garantizar un circuito de analíticas fluido disminuyendo las esperas del usuario y maximizando el tiempo de valor añadido de cada profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

El análisis consiste en la elaboración del mapeo de la cadena de valor, sesiones de observación del proceso, el flujo del paciente y mediciones de los tiempos de cada etapa del circuito.

Como oportunidades de mejora del estudio se detectan 3 grandes líneas de acción:

- Metodología de citación del usuario
- Organización y distribución del espacio
- Reorganización de los profesionales del equipo

RESULTADOS

Los resultados derivados de las acciones realizadas son:

- Disminución de 30 minutos del tiempo total destinado a las analíticas
- Reducción en un 80%de las interrupciones al personal gracias a la aplicación de gestión visual en la sala de espera

A partir de este proyecto se puede ofrecer un marco de trabajo útil, simple y autónomo para los equipos de Atención Primaria respecto a un circuito que, debido a sus especificidades, suele ser problemático para ellos.

CONCLUSIONES

Después de realizar un análisis del circuito de analíticas a través de diferentes herramientas relacionadas con la metodología Lean se han propuesto acciones de mejora en 3 ámbitos: citación al paciente, distribución del espacio y organización de los profesionales. Los resultados demuestran la eficacia de las acciones y proponen un marco de trabajo extensible a los demás equipos de Atención Primaria.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ [1]; DIEGO SAN JOSÉ SARAS [2]; CRISTINA VILLANUEVA SANZ [2]; ZAMARRÓN FRAILE ESTHER [2]; CONEJOS MIQUEL Mª DOLORES [2]; ALMAZÁN DEL POZO MERCEDES [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERMAS, [2] GAAP. SERMAS

ID: *6611*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *seguridad del paciente; eventos adversos; factores contribuyentes*

JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos (EA) son uno de los principales problemas de la asistencia sanitaria, debido a que del propio acto sanitario se desencadena un daño directo para el paciente y costes económicos para el sistema sanitario. Por ello, la realización de estudios epidemiológicos de identificación de EA es fundamentales para conocer el estado de los centros de Atención Primaria (AP) en materia de Seguridad del Paciente. Siendo ampliamente estudiadas en el ámbito hospitalario, la identificación de las causas de los EA producidos en Atención Primaria es necesaria por la escasa evidencia disponible y permite poder identificar áreas de mejora y dirigir políticas que mitiguen su impacto.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir los factores contribuyentes de los EA que se producen en AP

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de los factores contribuyentes a los EA identificados en el estudio TriggerPrim, realizado mediante revisión del período entre el 1 de octubre y 31 de diciembre de 2018de una muestra aleatoria de 1797 historias clínicas. Los EA identificados fueron analizados por pares de revisores en una segunda fase, identificando y clasificando los factores contribuyentes mediante el Diagrama de Ishikawa, en el que se categorizó cada espina según los factores propuestos por la NPSA: relacionados con el trabajo en equipo, con la comunicación, individuales del profesional, del paciente, relacionados con la tarea, con los recursos, con la formación y aprendizaje y factores del entorno de trabajo (distracciones, sobrecarga,…).

RESULTADOS

Se identificaron 71 EA del ámbito de AP en el periodo de estudio. En total, se identificaron 93 factores relacionados con el paciente, 55 relacionados con las tareas y 55 factores ambientales involucrados en los EA. Los factores relacionados con el paciente fueron los que contribuyeron en el mayor número de EA, estando presentes en el 76,1% de ellos, seguido de los factores relacionados con las tareas, que contribuyeron en el 53,3% y por los factores ambientales, presentes en el 38,0% de los EA. Se identificaron 14 factores relacionados con los recursos en 10 EA (14,1%).

CONCLUSIONES

Los factores contribuyentes relacionados con el paciente son los que estuvieron presentes en un mayor número de EA; establecer estrategias dirigidas a los pacientes con más factores predisponentes a sufrir EA permitiría mitigar el impacto de los EA. A pesar de las características de la revisión de historias clínicas y un posible sesgo por falta de registro, la metodología permite identificar factores relacionados con la tarea y factores del entorno de trabajo sobre los que actuar. Los factores relacionados con los recursos disponibles fueron los que menos contribuyeron a la aparición de EA.

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA PRIORIZANDO LA DEMANDA Y ADECUANDO LA RESPUESTA

JERONI SALABERT CARRERAS [1]; RUTH SALAS GRIÑO [2]; SONIA PÉREZ LÓPEZ [3]; MARÍA ANGELES VARA ORTÍZ [4]; POL HOSPITAL BRUGUE [1]; ALBERT BOADA VALSAMEDA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, [2] EAP RONDA PRIM, MATARÓ. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, [3] BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS (BSA), [4] EAP BARRÍ LLATÍ, SANTA COLOMA DE GRAMANET. INSTITUT

ID: *6618*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del plan es la mejora de la accesibilidad de los Centros de Atención Primaria. En este contexto los profesionales de la Atención Primaria detectan oportunidades de mejora y proponen soluciones globales con el objetivo de liberar el sistema de actividad que no aporta valor añadido.

Los usuarios disponen de múltiples canales de entrada con múltiples algoritmos de gestión, que filtran y conducen la demanda a las agendas de forma diferente. Esto provoca una variabilidad en la respuesta que se ofrece al usuario. La demanda llega a las agendas de forma desordenada generando duplicidades, variabilidad en la atención, falta de resolución, ineficiencias, imprevistos y mala priorización.

OBJETIVOS

Estandarizar la gestión de la demanda mediante un algoritmo de gestión que permita homogeneizar la respuesta que recibe el usuario al contactar con el sistema. Establecer mecanismos de priorización y adecuación de la respuesta en términos de profesional y tipología de visita. Liberar las agendas de los profesionales de actividades de no valor añadido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras el análisis de los mapas de proceso de los Centros de Atención Primaria se detectan las problemáticas principales de la gestión de la demanda para plantear una solución global. Posteriormente se desarrolla el proyecto:

- Analizando todos los motivos por los que el usuario puede acudir
- Definiendo para cada motivo el profesional, la tipología de visita y la priorización más adecuada
- Validando el algoritmo propuesto con las formas de trabajar actuales de los equipos
- Detectando los motivos que generan más variabilidad
- Implementando el algoritmo en distintos equipos para validar su eficacia

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la definición del algoritmo son:

- Definición de 169 motivos de consulta y su gestión
- Validación del algoritmo por 90 Equipos de Atención Primaria
- Consenso en la gestión del 80% de los motivos
- Implementación en 40 Equipos de Atención Primària

Durante la implementación los equipos perciben un impacto global en las agendas, una disminución de actividades urgentes y una reorganización de los flujos de pacientes. Asimismo, los profesionales administrativos se muestran muy satisfechos por la seguridad que genera tener un algoritmo consensuado para tomar decisiones y gestionar la demanda.

CONCLUSIONES

Los profesionales detectan la necesidad de ordenar la gestión de la demanda y lo consideran un aspecto clave para la mejora de su organización. Es necesario que el sistema trabaje para alinear los algoritmos de los canales de entrada, automatizando y facilitando la gestión tanto a usuarios como profesionales. La involucración de los profesionales de primera línea en el desarrollo de las soluciones, combinado con un soporte metodológico, es fundamental para asegurar el éxito de los proyectos.

PLAN FUNCIONAL PARA LA HUMANIZACIÓN, DISEÑO DE ESPACIOS Y OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

CARMEN PALOMAR FERNANDEZ; TERESA GRAMAGE CARO; NOELIA VICENTE OLIVEROS; EVA DELGADO SILVEIRA; MIGUEL ANGEL RODRÍGUEZ SAGRADO; ANA MARIA ÁLVAREZ-DÍAZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, HOSPITAL RAMON Y CAJAL

ID: *6631*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *Humanización, Experiencia de paciente, Lean Healthcare, Gestión por procesos, Farmacia Hospitalaria*

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Farmacia (SF) tiene un plan estratégico que evalúa anualmente. Una de las Líneas Estratégicas es la Humanización y la Gestión por procesos. Se identificó la necesidad de adecuar los espacios del SF a la realidad de sus actividades y la optimización de algunos procesos por su gran repercusión en el funcionamiento del SF y el impacto en los pacientes. Todo ello desde el paraguas de la Humanización

OBJETIVO

Definir un Plan Funcional de Humanización para el rediseño de espacios y la optimización de procesos clave del SF: logística del medicamento y atención a pacientes en las consultas (PEX)

METODOLOGÍA

Se empleó el Diseño Centrado en las Personas (DCP) y se combinó con Lean-Healthcare para las fases de optimización de procesos y búsqueda de la máxima eficiencia, con participación activa de los profesionales y de pacientes

Se realizó de octubre de 2021 a marzo de 2022 con la definición de las siguientes fases:

- **DESCUBRIR**:

  Taller de bases: generar conocimiento de partida para el planteamiento de investigación

  Etnografía: Inmersión en el SF para identificar las necesidades sobre las que tomar decisiones orientadas a la experiencia de las personas

  Datos y volúmenes: análisis de la actividad realizada en los procesos de logística y de atención a pacientes externos
- **DEFINIR**:

  Taller de cultura de equipo

  Training del equipo: Formación en metodologías Lean-Healthcare

  Sesiones de Value Streap Map (VSM) y Experiencia de paciente (PXM): jornadas con profesionales y pacientes para profundizar en procesos y experiencias del SF
- **EXPLORAR**:

  Sesiones de Cocreación: Una vez identificadas las áreas de mejora y los principales retos, proceso de cocreación para definir propuestas de soluciones
- **DESARROLLAR**:

  Sprint de diseño Validación y refinamiento de la propuesta de los nuevos espacios Blueprint, Mapa de posiciones y definición de rutinas

RESULTADOS

Algunos resultados son:

- Etnografía: 21 entrevistas, 6 en profundidad y 15 en contexto
- Taller de cultura de equipo: Se definió Humanización del SF y se identificaron 8 principios de Humanización
- VSM y PXM: Se revisaron 17 procesos, 7 en PEX y 10 en logística, detectándose 367 Mudas
- Cocreación: Se identificaron 110 proyectos de mejora, 66 de gran impacto y ejecución prioritaria y 44 de gran impacto y alto esfuerzo
- Blueprint del área de PEX y mapa de posiciones de trabajo de los profesionales de todo el SF por categoría y área, identificando responsabilidades y tareas, equipamiento, tecnología y sistemas, y establecimiento de unas rutinas de trabajo
- Se diseñó un “toolkit” de Humanización
- Plano y renders 3D de los nuevos espacios del nuevo SF

CONCLUSIONES

El DCP ha permitido realizar un análisis muy profundo de las necesidades de profesionales y pacientes en cuanto a espacios y optimización de procesos, a fin de lograr mejora en eficiencia, bienestar y experiencia de profesionales y pacientes. Ha sido un elemento de motivación e implicación muy importante generando sentimiento de pertenencia entre los profesionales

MEJORANDO EL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO(PIIC) EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y ENFERMEDAD AVANZA

IMMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA [(1)]; TERESA MARIA CANELA ARMENGOL [(2)]; NÚRIA HERNANDEZ VIDAL [(3)]; MONTSERRAT GENS BARBERÀ [(3)]; MARIA DEL PUY MUNIAIN DIAZ DEL CERIO [(4)]; ANGEL VILA ROURE [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] EAP VALLS, [(2)] DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, [(3)] GERENCIA CAMP DE TARRAGONA, [(4)] DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6641*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Paciente Cronico Complejo enfermedad cronica avanzada continuum asistencial*

JUSTIFICACIÓN

En noviembre de 2021 se realizó una Jornada Estratégica de la Dirección de Atención Primaria(DAP). Sé analizó el proceso de atención al paciente cronico complejo(PCC) y enfermedad avanzada(MACA). La planificación proactiva, la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes/entorno y disponer de plataformas comunes de información que faciliten una práctica colaborativa son consideradas buenas prácticas. En nuestra CCAA disponemos de un documento para este fin, el PIIC. Detectamos un área de mejora en el registro de PIIC en PCC/MACA, con un resultado del 14’51% respecto17’20% de nuestra organización y a la vez, detectamos incidentes de seguridad del paciente(ISP) relacionados con la dificultad para la toma de decisiones en PCC/MACA descompensados.

OBJETIVO

Mejorar el PIIC en PCC/MACA en una DAP dentro del programa de atención a la cronicidad, disminuyendo los ISP en el continuum asistencial.

METODOLOGIA

Crear un grupo de Trabajo(GdT) integrado por la responsable de gestión de casos DAP y gestoras de los Centros de Salud(CS). Elaborar un procedimiento para valorar cualitativamente los PIIC a partir de la guia de buenas prácticas en atención compartida de nuestra CCAA. Diseñar un programa de formación de formadores en la elaboración de PIIC de calidad, atención al final de vida, bioética y Planificación de Decisiones Anticipadas(PDA). Crear una Lista de Verificación(LV) en la aplicación proactiva en Seguridad del paciente(PROSPCat) estructurada: actualización PIIC; recomendaciones en crisis/descompensaciones específicas y genéricas; atención al paciente; relaciones y conclusiones.

Muestra aleatoria PIIC en PCC/MACA. Evaluar la utilidad de la información en descompensación y necesidad de intervención.

RESULTADOS

Población de referencia: 335.390 habitantes. Identificados 5.322 PCC(1,68%) y 330 MACA (0,1%) en 20 CS. GdT creado. Procedimiento elaborado. 24 gestoras formadas. LV creada en PROSP Cat con 25 variables. 825 valoraciones realizadas (86% en PCC y 14% en MACA). Registro: recomendaciones específicas: 46%-48%PCC, 54%-61%MACA; recomendaciones genéricas: 50%-70% PCC, 60%-82% MACA; PDA 38’3% PCC, 44’4% MACA; actualizado los últimos 12 meses: 40% PCC, 60’7% MACA y después de descompensación: 11%PCC, 30% MACA; atención al paciente: 61%-81% PCC, 47%-82% en MACA; relaciones: valoración cuidador principal: 10’3% PCC, 18,8% MACA; conclusions: es útil: 36%PCC, 56%MACA y requieren intervención: 75% PCC, 61% MACA.

CONCLUSIONES

La información que contiene el PIIC es útil en un tercio PCC y mitad de los MACA. Objetivamos un bajo registro de recomendaciones generales y específicas, siendo más evidente en PCC. La mitad de pacientes MACA no disponen de PDA. El PIIC es un buen instrumento, es necesario realizar intervenciones que mejoren la información para la toma de decisiones en situaciones de descompensación promoviendo la autonomía del paciente y garantizando su atención segura en el continuum asistencial.

GESTIÓN DE RIESGOS EN EL PARITORIO DE UN HOSPITAL COMARCAL

MYRIAM BARRABÉS SÁNCHEZ; ESTHER SANCHO VIVES; MARIA PILAR ANDREU GISBERT; MARÍA DEL CARMEN BALFAGON GÓMEZ; MARÍA FERRER GIL; ESPERANZA GARCÍA SALINAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ, HOSPITAL COMARCAL ALCAÑIZ

ID: *6648*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO, ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y ERRORES, NPR Y SEGURIDAD CLINICA*

JUSTIFICACIÓN

Tras el establecimiento y documentación del proceso del parto nos planteamos analizar los riesgos de seguridad clínica que podrían plantearse en nuestra unidad clínica.

OBJETIVOS

- Identificar y evaluar los riesgos más probables en el proceso del parto
- Poner en marcha acciones preventivas de los riesgos de seguridad priorizados en función de su relevancia o factibilidad.
- Disminuir la probabilidad de eventos adversos ligados a los riesgos seleccionados. MATERIAL Y MÉTODOS
- 2016. Se constituyó el equipo de trabajo. Documentamos el proceso de atención al parto en nuestro hospital, con cinco subprocesos (Recepción,preparación, dilatación, expulsivo, puerperio precoz y puerperio tardío).
- 2017. Análisis modal de fallos y errores a partir del mencionado proceso, identificando 38 modos de fallo posibles.
- 2017-2020. Se priorizaron los riesgos identificados mediante número de prioridad de riesgo(NPR), seleccionando acciones de mejor en función del NPR y de la factibilidad de la acción. Tras cada acción de mejora se reevaluó el NPR.

RESULTADOS

2017 Procedimiento de identificación recién nacido-madre. Elaboración de kit de identificación con pulsera identificativa de la madre, pulsera del recién nacido, pinza umbilical, pegatina para partograma y pegatina hoja de asistencia del recién nacido. Kit específico para parto gemelar.NPR inicial 270, NPR final 30. Un indicador anual monitoriza la implementación de la identificación en nuestro hospital mostrando un rango de cumplimiento entre el 96% y el 99% desde 2017 a 2022.

2018. Intervención sobre el manejo inadecuado del sulfato de magnesio en eclampsia, preeclampsia grave y partos prematuros. Elaboración póster con las dosis, dilución y perfusión del sulfato de magnesio. NPR inicial 720 puntos, NPR final 80 puntos.

2019 Procedimiento de gestión de restos fetales. Se consideró el riesgo de pérdida de trazabilidad de los restos fetales (e incluso de los propios restos) ante un caso de muerte fetal intraútero, elaborando un procedimiento que incluyó la identificación y conservación de las muestras, estudios post mortem y gestión de los restos en función del deseo de la familia, con énfasis del registro de cada paso. Dada la variabilidad de las actividades y registro según la edad fetal se elaboraron check list específicos en función de la edad gestacional. El NPR inicial 180 puntos, estimando el NPR final en 60 puntos.

Desde 2017 a la actualidad no se han producido incidencias relacionadas con ninguno de estos tres procedimientos.

CONCLUSIONES

La documentación del proceso junto con la sistematización del análisis de riesgo mediante el análisis modal de fallos y errores nos ha permitido intervenir de forma preventiva sobre los riesgos más importantes, mejorando la seguridad clínica. Quedan algunos modos de fallo sobre los que intervenir que formaran parte de nuestra hoja de ruta futura.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA: GENERANDO VALOR EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

ANTONIO BALBOA MENA; PEDRO MUÑOZ SAHAGUN; NIEVES SEBASTIAN POZA; SALVADOR FERNANDEZ BENITO; FRANCISCO JAVIER CARRERA CAMARA; LAURA DE FRUTOS DE FRUTOS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6651*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Los Servicios de Emergencias (SE) atienden a pacientes con patologías urgentes y tiempo-dependientes en el lugar donde se encuentren con el propósito de salvar la vida y disminuir la morbilidad.

Para ello es necesario dotar a la emergencia de vehículos especialmente acondicionados para prestar asistencia ante cualquier tipo de emergencia optimizando los tiempos de respuesta y accesibilidad a cualquier ubicación geográfica y un sistema de comunicaciones y control que lo facilite, lo que conlleva la incorporación constante de las innovaciones tecnológicas de equipamientos y comunicaciones que optimicen toda la cadena asistencial.

OBJETIVOS

Establecer un proceso sistemático de incorporación de la innovación tecnológica en toda la cadena de la atención a la emergencia extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Grupo multidisciplinar: Comisión de Innovación, Informática y Servicio de prevención de riesgos laborales. 5 fases, con iteraciones cuando se precisa:

1. Determinación de requisitos: vehículos (carrozado, equipamiento embarcado, sostenibilidad), comunicaciones, centro coordinador (supervisión y control de movilidad), profesionales y pacientes.
2. Búsqueda y revisión de innovaciones.
3. Mediante prueba y error se diseñan nuevos modelos de carrozado y se evalúan nuevas tecnologías aplicadas al transporte terrestre basadas en la experiencia del paciente y el profesional.
4. Pilotaje.
5. Implementación.

RESULTADO

En los 3 últimos años se afianza la sistemática de incorporación de innovación tecnológica. Algunas de las Innovaciones 2019-22:

1. 1. Tablet PC que permite la conectividad con el Monitor Desfibrilador, por lo que las constantes y electrocardiogramas se incorporan al Informe Clínico Digital.
2. Sistema de geoposicionamiento que permite visualizar en tiempo real por parte de los profesionales del Centro Coordinador la ubicación del paciente, de los recursos, el tráfico y enviar el recurso más cercano e idóneo optimizando el tiempo de respuesta.
3. Equipo de radio TETRA-Digital fijos equipos portátiles, lo que permite estar siempre en contacto con el Centro Coordinador, redundante con otras comunicaciones.
4. Humanización en la atención al paciente: paneles infantiles y sistema de musicalización en las UVI.
5. Camilla electrónica que protege al profesional de sobrecarga física y tiene mayor seguridad del paciente ante caídas.
6. Disminución del consumo de combustible y de CO2.
7. Empleabilidad de materiales más ligeros en construcción y diseño del carrozado.

CONCLUSIÓN

El proceso está integrado en la estrategia de nuestro servicio.

Las innovaciones presentan ventajas en toda la cadena de valor: Consultar la historia clínica del paciente, ayuda cognitiva para la toma de decisión sobre el recurso a enviar, comunicación entre el recurso y centro coordinador con intercambio de datos en tiempo real. Enfoca el factor humano buscando reducir el impacto emocional que provoca el traslado a los pacientes y la responsabilidad social con vehículos más ligeros y menos contaminantes

CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL: OBJETIVOS PERSONALIZADOS PARA LOS PROFESIONALES

AURORA BARBERÁ MARTÍN [1]; JULIÁN JIMENEZ CARRAMIÑANA [2]; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA [2]; SONIA MARTÍNEZ MACHUCA [2]; Mª SOLEDAD BARTOLOMÉ CASADO [2]; ANA BELÉN DOMINGUEZ MADUEÑO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL, [2] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6659*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Gestión de personas*

JUSTIFICACIÓN

El contrato programa (CP) es una herramienta de gestión para mejorar resultados en 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 evaluación individual de los profesionales de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP). Desde el año 2022 se implanta un nuevo modelo, en el que cada categoría tiene un bloque común de objetivos y un bloque negociable que permite individualizar el pacto y compromiso en la mejora de cada profesional.

OBJETIVOS

Diseñar e implantar un CPI para los profesionales con objetivos negociables que permita adecuar el pacto anual a los resultados personales y la necesidad de mejora individual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se constituyó un grupo de trabajo para identificar los indicadores aplicables a cada categoría profesional: fijos y negociables. Se ha elaborado un documento que establece los CPI de 18 categorías y desempeños de médicos de familia, pediatras, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, odontólogos, higienistas dentales, fisioterapeutas, matronas, trabajadores sociales y psicólogos. Los CPI permiten la selección de objetivos de 7 dimensiones: formación e investigación, participación, accesibilidad, adecuación, seguridad del paciente, efectividad y eficiencia. Existen indicadores fijos en cada categoría y un nº variable, de 4 a 11, de indicadores a negociar, suponen entre un 20 y un 40% de los 100 puntos máximos a obtener.

Se ha desarrollado una aplicación informática en el Cuadro de Mando de Atención Primaria (AP) para la gestión del CPI que permite consultar toda la información de cada categoría tanto de referencia, para la selección de indicadores con mayor margen de mejora, como la consulta a nivel directivo y del profesional del seguimiento del CPI y su evaluación cuando se realice. Asimismo, queda registrada la adhesión o rechazo al CPI de cada uno de los profesionales en situación estable (todos menos refuerzos o suplentes de corta duración).

RESULTADOS

Hasta la actualidad se han adherido al CPI 10.338 profesionales, existiendo 60 profesionales No Adheridos y 247 situaciones en revisión. Para la celebración del congreso se ampliará la información sobre profesionales e indicadores seleccionados para sus CPI.

CONCLUSIONES

Se ha diseñado un 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.

Su evaluación anual del desempeño personal y la contribución a la consecución del resultado global del CP del centro de salud (CS) permitirá incentivar económicamente a los profesionales.

Consideramos un éxito el desarrollo operativo del proceso y la mayoritaria adhesión de los profesionales.

SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. PREVALENCIA, EVITABILIDAD Y GRAVEDAD DE EVENTOS ADVERSOS MEDIANTE REVISIÓN DE HISTORIA

GERARDO GARZÓN GONZALEZ [1]; ÓSCAR AGUADO ARROYO [2]; MARÍA PILAR ARANZAZU LUACES GAYAN [3]; JUAN JOSÉ JURADO BALBUENA [4]; MARTA CASTELO JURADO [3]; INMACULADA MEDIAVILLA HERERA [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] CENTRO DE SALUD FRANCIA., [3] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [4] CENTRO DE SALUD ALICANTE, [5] GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6676*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Evento adverso, seguridad del paciente.*

JUSTIFICACIÓN

Conocer los Eventos Adversos (EA) es una prioridad en seguridad del paciente. Conocer cómo evitarlos es una necesidad. Aunque hay estudios epidemiológicos publicados de frecuencia de (EA) en Atención Primaria (AP), éstos son pocos, antiguos y de escasa calidad a nivel autonómico. Aunque son conocidos los sistemas de notificación, éstos deberían complementarse con estudios epidemiológicos, de diferentes metodologías, entre ellas la revisión de historias clínicas (HC), como método de referencia.

OBJETIVO

Estimar la frecuencia de EA y su caracterización (tipo, gravedad, lugar de ocurrencia y evitabilidad) en AP. Estudio financiado por ISCIII y cofinanciado por UE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Una comunidad autónoma. Último trimestre 2018. Diseño: Estudio transversal descriptivo de revisión de HC. Sujetos: Personas mayores o igual de 18 años. Muestra aleatorizada.

Variables principales: Se recogieron de cada HC: edad, sexo, presencia de EA en el período de estudio, número de consultas realizadas en el período de estudio, en caso de presencia de EA evitabilidad, gravedad, lugar de ocurrencia y tipo de EA

Recogida de datos: Se revisaron HC por pares por médicos y enfermeras asistenciales expertos en seguridad, con una metodología predefinida. Recibieron formación y entrenamiento específico previo a la recogida de datos.

Análisis estadístico: Se calcularon los porcentajes de las categorías de cada variable con su correspondiente intervalo de confianza 95%. SPSS vs.26

RESULTADOS

Se revisaron un total de 1.797 HC. El valor-kappa de Fleiss fue 0.51.

La prevalencia de período de presencia de al menos un EA en el periodo de estudio fue del 5,0% (CI95%:0,6%-9,4%) de HC. En forma de tasa por consultas, se encontraron 15,8 EA por cada 1.000 consultas (CI95%:12,8‰-19,4‰). La cifra fue superior en mayores de 70 años (23,5 ‰). El 71,3% (CI95%:62,1%-80,5%) de los EA fueron evitables. Las consecuencias del EA en el paciente fueron: el 60,6% (CI95%:50,7%-70,5%) de los EA fueron leves, el 31,9% (CI95%:22,4%-41,4%) fueron moderados y el 7,4% (CI95%:2,1%-12,7%) fueron graves. El 76,6% (CI95%:68%-85,2%) de los EA encontrados ocurrieron en el ámbito de AP (centro de salud, domicilio del paciente o transiciones asistenciales). En cuanto al tipo de EA, los EA relacionados con medicación fueron el 53,2% (CI95%:50,9%-55,5%). Globalmente, los dos tipos de EA más frecuentes fueron Errores de Prescripción, el 28,7% (CI95%:19,5%-37,9%) y Errores de Medicación del Paciente, el 17,0% (CI95%:9,4%-24,6%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Se ha encontrado una alta frecuencia de EA, superior a descrita en estudios similares: un EA cada 66 consultas, en muchos casos significa un paciente con EA por profesional cada dos días. Tres cuartas partes de los EA fueron evitables y del ámbito de AP y uno de cada trece grave, es decir, un paciente con daño grave por atención sanitaria cada aproximadamente 1.000 consultas. Los errores relacionados con medicación fueron los más frecuentes y los más graves.

MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR A TRAVÉS DE LA FIGURA DEL FACILITADOR QUIRÚRGICO

ISABEL AZPEITIA LUMBRERAS; IRENE JIMÉNEZ LÓPEZ; JOSEP MARIA SANTAMARIA MÓRA; ANGÉLICA POCINO CAMPAYO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL

ID: *6680*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Facilitador quirúrgico*

JUSTIFICACIÓN

Según institute Picker la información, el soporte emocional y la implicación de la familia son fundamentales para la mejora de la experiencia del paciente y la humanización de la asistencia

Según los estándares y recomendaciones del Bloque quirúrgico (BQ) del Ministerio de Sanidad y Política Social, se garantizará en el paciente el respeto a su intimidad; un trato humano; apoyo psicológico; e información de cada acción que se realice durante el proceso. Sin embargo, los familiares y cuidadores se sienten desatendidos, todo ello en un clima de incertidumbre que se ve agravado por la falta de información periódica

Según el informe del instituto catalán de la salud (ICS) sobre el impacto de la Covid en la humanización de los hospitales del ICS, solamente el 16% de nuestros pacientes y el 19% de familiares se siente muy satisfecho con la comunicación e información recibida

El proceso quirúrgico debe dar respuesta al problema de salud, pero también a las necesidades y expectativas de los usuarios, e informar y comunicar puntualmente

OBJETIVO

Acompañar, dar soporte y mejorar la comunicación e información a familiares y cuidadores durante el proceso quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada se basa en la filosofía de Deming sobre el sistema del conocimiento profundo. A través de esta metodología se realiza una teoría del cambio utilizando un Driver Diagram que consiste en fijar una meta, describir los driver primarios y secundarios y concluir con las ideas de cambio. De estas ideas se escogen 1 ó 2 ligadas al mismo driver principal. Con el fin de priorizarlas, éstas se analizan mediante una matriz de impacto esfuerzo. La idea seleccionada fue crear la figura del facilitador quirúrgico

RESULTADOS

Se creó una descripción de puesto de trabajo para el facilitador quirúrgico y se implementó este nuevo perfil en el BQ

Durante el año 2021, se realizaron 7.410 intervenciones en el hospital. El facilitador quirúrgico realizó un total de las 1.187 actuaciones, El mes con mayor número de actuaciones (168) fue septiembre y agosto con el menor número (36). El promedio por mes fue de 99

El 68% (n 807) de las actuaciones están relacionadas con la información directa a los familiares, 12% (n 142) a la localización del paciente, 7,4% (n 88) a la localización de las familias, 4% (n 48) perdida de geolocalizador y el 8,5% (n 102) de otra índole

Las áreas donde se realizaron estas actuaciones son: cirugía mayor ambulatoria 53.6% (n 637), hospitalización 33,4% (n 396), unidad de reanimación postquirúrgica 10,5% (n 125), urgencias 1,7% (n 20) y consultas externas 0,8% (n 9)

CONCLUSIONES

La figura del facilitador quirúrgico ofrece como ventajas evitar interrupciones innecesarias en los equipos quirúrgicos, desplazamientos inútiles a los familiares y cuidadores e incertidumbre a las familias antes y durante la intervención quirúrgica y en el postoperatorio inmediato. Los pacientes y familias se sienten apoyados, acompañados, e informados durante todo el proceso

"TRIGGER-PRIM". NUEVA HERRAMIENTA PARA GESTIÓN DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

TAMARA ALONSO SAFONT; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; DOLORES MARTINEZ PATIÑO; PURIFICACIÓN MAGÁN TAPIA; ASUNCIÓN CAÑADA DORADO; AURORA BARBERA MARTÍN
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6681*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *TRIGGER EVENTO ADVERSO GESTION RIESGO*

JUSTIFICACIÓN

Prevenir errores con daño es una prioridad sanitaria, para la cuál es preciso conocer los Eventos Adversos (EA) en profundidad, y así plantear acciones de mejora que los eviten en el futuro. La revisión de historias clínicas (HC) es el "gold standard" para obtener ese conocimiento, pero no es una herramienta utilizada en Atención Primaria (AP) por su baja rentabilidad al ser la prevalencia de EA relativamente baja. Un "trigger" es una situación fácilmente identificable en HC, y cuando se detecta, la probabilidad de encontrar un EA es mayor. El uso de los trigger en AP aumentaría la rentabilidad de identificar EA con menos historias revisadas. Aunque hay estudios de trigger en AP, no hay estudios de validación de un conjunto de trigger para EA en AP en nuestro país.

OBJETIVO

Construir y estimar el rendimiento de un conjunto de triggers "TriggerPrim" para la identificación de EA en AP. Materiales y Métodos

Diseño: estudio observacional transversal de validación de prueba diagnóstica. Sujetos: población mayor 18 años con HC en AP. Muestreo aleatorio simple, 2.000 HC.

Variables: edad, sexo, presencia o no de cada trigger descrito en la literatura, presencia o no de EA.

Identificación de los triggers de forma automatizada en HCE y los EA mediante revisión de HCE realizada por tres pares de profesionales medicina-enfermería previamente formados, y previo estudio de concordancia.

Análisis: modelo de regresión logística para la variable dependiente EA con los triggers, ajustada por edad y sexo, seleccionando para el conjunto TriggerPrim los trigger con Odds Ratio (OR) significativa. Se calcularon sensibilidad (S) y especificidad (E), valores predictivos (VPP, VPN) y cocientes de probabilidad (CPP, CPN) con IC 95%.

RESULTADOS

Revisadas 1.797 HC. El valor-kappa de Fleiss fue 0.51.

La S y E de cada trigger para presencia de EA fue: cambio profesional S:5,4% E:95,7%; >=3 citas/sem S:32,3% E:92,8%;

>=6 prescripciones S:29,0% E:84,3%; benzodiazepinas S:14,0% E:95,5%; fractura S: 1,1% E:100%; ictus S: 0,0% E:99,9%; ingreso S:19,4% E:97,2%; inr>5 S: 4,3% E:100%; medicamentos potencialmente inapropiados S:20,4% E:89,4%; opioides S: 2,2% E:99,8%; RAM S: 0,0% E:99,9%; reingreso S: 2,2% E:99,9%; úlcera cutánea S: 0,0% E:99,9%; urgencias hospitalarias S:31,2% E:90,8%.

El conjunto TriggerPrim se construyó con los trigger con OR significativa: 3 o más citas en una semana, ingreso, urgencias y benzodiazepinas. Valores de validación del conjunto de Triggers: S: 60,2%; E: 80,8%; VPP: 14,6%; VPN: 97,4%; CPP: 3,13; CPN:0,49.

La OR del TriggerPrim ajustada por edad y sexo fue 5,156 (CI95%: 3,309-8,032)

CONCLUSIONES

La herramienta TriggerPrim, construida con cuatro trigger de obtención automática, tiene un alto VPN y rentabiliza la revisión de HC para búsqueda de EA. Esto implica que debería implementarse en la gestión de riesgos de AP.

ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES COVID Y NO-COVID APLICANDO EL "GLOBAL TRIGGER TOOL": "TRIGGERS" Y EVENTOS ADVER

ANDREU ALOY-DUCH; ROSA SABATER-RAGA; ELOÍSA MICÓ-REYES; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ; JOSEP Mª BADIA- PÉREZ; JORDI CUQUET-PEDRAGOSA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

ID: *6684*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Global trigger tool, eventos adversos, seguridad del paciente, adecuación*

JUSTIFICACIÓN

La notificación voluntaria de "Eventos Adversos (EA)" subestima la incidencia real de los mismos. En 2009 se desarrolló el "Global Trigger Tool" (GTT) para la medición retrospectiva de EA, con la identificación de 53 sucesos, alarmas, disparadores o "triggers", agrupados en cinco módulos: cuidados generales, medicación, quirúrgico, pediátrico y cuidados intensivos. Consistía en revisiones retrospectivas de un número limitado de historias clínicas seleccionadas al azar buscando en ellas indicios o alarmas ("triggers") que llevaran a identificar posibles eventos adversos. Para simplificar el estudio se diseñaron y simplificaron las alarmas en 9 "triggers" generales: medicación, infección nosocomial, complicaciones, caídas- úlceras por presión-contenciones, trastornos metabólicos y/o analíticos, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos, estudios de imagen y reingresos.

OBJETIVOS

Presentar los resultados obtenidos a partir del estudio comparativo de los EA detectados en los pacientes hospital NO COVID con la etapa COVID aplicando la metodología del GGT simplicada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aplicando el GGT (9 alarmas generales), se realizó un estudio comparativo evaluando los TRIGGER, y los EA detectados en pacientes hospitalizados en etapas NO COVID y COVID. Fue un estudio concurrente, observacional y descriptivo, en un grupo de pacientes COVID (marzo en mayo de 2020), y NO COVID (enero en mayo de 2018): cursos clínicos de pacientes ingresados consecutivos de cada unidad, analizando todos los días de ingreso con una estancia mínima hospitalaria > 24 horas, realizados por los profesionales de la Dirección de Calidad. Una vez identificado el "trigger", se buscaba un EA asociado y, si se encontraba, se asignaba a una "Categoría" relacionada con el daño ocasionado al

paciente.

RESULTADOS

Se apreciaron diferencias significativas al comparar los datos obtenidos en la etapa COVID con la etapa NO- COVID, respectivamente.

1. Un mayor número de hombres (60% en la etapa COVID), respecto a la etapa NO-COVID (46%).
2. Un aumento de los EA 93 x 100 admisiones, respecto a 54 EA x 100 admisiones.
3. Menor detección de pacientes con 1 o más "trigger" 53%, respecto al 75%.
4. Mayor "triggers" asociados a la medicación (41%), respecto al 24%.

CONCLUSIONES

1. La COVID, respecto al período previo NO-COVID, significó un impacto mayor en el número de "triggers" y de eventos adversos.
2. El Global Trigger Tool es una herramienta muy útil para detectar la presencia de los EA, herramienta superior a otros métodos utilizados en nuestro centro (notificación voluntaria).
3. No hay herramientas mejores, si no van precedidas y acompañadas de acciones de mejora.

CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERAL Y PEDIÁTRICO DEL HCUVA. COMPARATIVA BASAL VS PANDEMIA COVID-19

DOLORES BETETA FERNANDEZ [(1)]; JULIAN ALCARAZ MARTÍNEZ [(2)]; CARLOS PÉREZ CÁNOVAS [(1)]; MANUEL PARDO RIOS [(3)]; ANA PATRICIA NAVARRO EGEA [(1)]; ARTURO PEREDA MAS [(1)]

CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, [(2)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, [(3)] GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061 REGIÓN DE MURCIA

ID: *6699*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente, cultura de seguridad, servicio de urgencias, clima de seguridad y asistencia pediátrica*

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de urgencias tanto generales (SU) como pediátricos (SUP) tienen un alto riesgo potencial de que se produzcan eventos adversos. La presencia de una pandemia de Covid-19 puede repercutir en la capacidad del personal para prestar una atención segura y eficaz.

OBJETIVOS

El objetivo es conocer el estado de cultura de seguridad en los profesionales de SU y SUP en situación basal y durante la pandemia COVID-19 y analizar sus diferencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal realizado en el servicio de SU y SUP en situación basal y pandemia. el cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esta encuesta permite cuantificar la percepción de los profesionales acerca de la seguridad del paciente.

Se analizaron los datos agrupándose en 12 dimensiones de cultura de seguridad. La comparación de medias se realizó con test no paramétricos, y la comparación de proporciones utilizando el Test Z.

RESULTADOS

El cuestionario fue respondido por 309 profesionales. Se han analizado los datos por cada pregunta, agrupándose en las 12 dimensiones, separando los resultados positivos y negativos en cada una de ellas. Entre las positivas, las dimensiones que han obtenido mejores puntuaciones han sido “Trabajo en equipo en el Servicio” (86,7% SU y 92% SUP en pandemia) y “expectativas y acciones de la dirección/supervisión del servicio que favorecen la seguridad” (75% SUP pandemia) identificándose como fortalezas. Entre las negativas, las dimensiones con mayor porcentaje de respuesta han sido “Dotación del personal” con un 68% en SU y un 70,4% en el SUP en situación basal, seguidas de “Apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente”, “Percepción de seguridad”, “Aprendizaje organizacional y mejora continua” y “Respuestas no punitivas a los errores”. El SUP obtuvo mejores porcentajes de respuestas positivas en las dos mediciones, aunque solo se encontró diferencias muy significativas en el porcentaje de respuestas positivas en la dimensión “Aprendizaje organizacional

/ mejora continua”, a favor del SUP y diferencias significativas en el porcentaje de respuestas negativas en la dimensión “Frecuencia de eventos notificados”, siendo mayor en el SUP y por lo tanto obteniendo peor resultado.

CONCLUSIONES

El estado de cultura de seguridad de los profesionales SU y SUP es mejor que otros estudios nacionales, sólo son peores los resultados obtenidos en SU basal. Las dimensiones que han obtenido mejores puntuaciones han sido “Trabajo en equipo en el Servicio”, identificándose como fortaleza, en la encuesta del SU en pandemia y en el SUP en las 2 mediciones. “El trabajo

en equipo en el servicio” también tuvo buenas valoraciones, mostrándose como fortaleza en SUP pandemia. El análisis de resultados muestra las dimensiones por donde se puede empezar a actuar, diseñando estrategias específicas. Siendo prioritario fomentar la notificación de errores y su discusión.

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE HEMATOLÓGICO CON LINFOMA NO HODGKIN EN HOSPITAL DE DÍA

MARC SALES COLL [1]; ISABEL IZQUIERDO GARCÍA [2]; PÉREZ MENÉNDEZ-CONDE COVADONGA [3]; ESCOBAR CAVA PALOMA [4]; VIRGINIA MARTÍNEZ CALLEJO [5]; DÍAZ PÉRSIDA [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] ESSENTIA HEALTH MANAGEMENT, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [3] HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE, [5] HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, [6] SANDOZ

ID: *6703*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *Hospitales de Día de Oncohematología Linfoma No Hodgkin Eficiencia de procesos Mapa del proceso Lean Healthcare*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de la evaluación del proceso en Hospitales de Día de Oncohematología durante el tratamiento de un paciente con Linfoma.

Han participado profesionales de 4 hospitales españoles (oncohematología, farmacia hospitalaria y enfermería/supervisión de hospital de día) y pacientes con Linfoma No Hodgkin, acompañados por un equipo experto en mejora de la eficiencia en procesos. Los HD de Oncohematología, así como los polivalentes son áreas de tratamiento complejas donde profesionales de diferentes especialidades deben coordinarse para ofrecer la mejor calidad asistencial de la forma más eficiente posible

OBJETIVOS

Definir un estándar de funcionamiento del HD con herramientas enfocadas al análisis y mejora del proceso (Lean Healthcare) analizando de forma global y multidisciplinar cómo reducir tiempos de espera, errores y aquellos pasos/tareas que no aportan valor ni al proceso ni al paciente

MATERIAL Y MÉTODOS

En 4 sesiones con los equipos de cada hospital, se realiza:

1. dibujar el Mapa del Proceso actual para cada HD y detección de los principales problemas de proceso
2. Focus Groups con Pacientes: profundizar en los circuitos sanitarios por los que pasan, su experiencia antes, durante y tras el tratamiento así como el impacto biopsicosocial. Integración de su visión en el VSM de los 4 hospitales
3. Jornada de puesta en común del proceso, detección de oportunidades de mejora y compartir mejores prácticas de los distintos hospitales. Estudio individual del potencial de mejora y priorización de acciones (Matriz esfuerzo-impacto). Propuesta conjunta de Mapa de proceso óptimo en base al flujo de paciente, seguridad y mejora de la práctica clínica
4. Propuesta y consenso de Indicadores genéricos. Presentación planes de acción de cada hospital

RESULTADOS

Después de las sesiones de trabajo, los resultados son:

- Trabajo conjunto de distintos hospitales analizando el flujo del paciente y el proceso clínico
- Propuestas de mejora para la eficiencia de los procesos y la experiencia de los pacientes
- Fomentar la cultura de la colaboración entre equipos para la mejora continua

A partir de este proyecto, cada hospital dispone de un marco de trabajo con el diagnóstico de su propio proceso, incluyendo la voz de sus pacientes y las oportunidades de mejora priorizadas que han determinado implantar. Además, disponen de unos indicadores genéricos consensuados con los cuales podrán comparar y estimar su situación para identificar desviaciones y poder actuar en caso necesario

CONCLUSIONES

Se analiza del proceso de un paciente desde que es diagnosticado de Linfoma hasta que acaba el tratamiento. Viendo los resultados podemos afirmar que al trabajar en paralelo con 4 hospitales se obtiene una visión global del proceso y que independientemente del centro, los principales problemas a abordar son muy similares. El reto ahora es implantar estas acciones de mejora que se han propuesto, mejorar los indicadores establecidos y lograr los resultados esperados, ya que es lo que aportará valor al proyecto

REALIDAD VIRTUAL PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN EL QUIRÓFANO

JOSÉ ABAD VALLE [(1)]; PALOMA RODRÍGUEZ GÓMEZ [(1)]; ESPERANZA VÉLEZ VÉLEZ [(1)]; EVA GARCÍA-CARPINTERO BLAS [(1)]; CRISTINA GÓMEZ MORENO [(2)]; BEATRIZ GONZÁLEZ TOLEDO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] ESCUELA DE ENFERMERÍA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, [(2)] ESCUELA DE ENFERMERÍA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ID: *6707*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Virtual reality, Simulation Training, Clinical Competence, Education, Nursing, Operating Rooms, General Surgery*

JUSTIFICACIÓN

La realidad virtual (RV) puede ofrecer grandes posibilidades de aprendizaje a las enfermeras, pues facilitan la tarea de difusión de contenidos mediante una experiencia didáctica y atractiva y permiten reproducir los escenarios las veces que precisen. Además, permite continuar en el desarrollo de la cultura de la seguridad para el paciente.

OBJETIVOS

Desarrollar la implantación de la herramienta sobre la actividad enfermera en los bloques quirúrgicos para los estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz (E.E. FJD-UAM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio experimental, controlado aleatorizado (casos-controles). Justo antes de la rotación de los estudiantes por quirófano, se midió su ansiedad (cuestionario STAI de ansiedad estado-rasgo) tanto en el grupo control como en el grupo intervención en el que se aplicó la experiencia de RV. Además, se diseñó y administro una encuesta de percepción del conocimiento, aplicabilidad, satisfacción y autoconfianza.

RESULTADOS

El 97% de los estudiantes refiere que le ha resultado útil para su aprendizaje (mejora el dato de 2019; 92%). El 96,5% (2019; 91,7%) ha aplicado conocimientos teóricos durante la actividad y le ha ayudado a explorar objetivos de aprendizaje prácticos (96%; mejora el dato de 2019: 91,6%). El 97,5% (mejora el dato de 2019; 95,4%) refiere haber acudido a las prácticas de quirófano con más confianza. En una escala del 0-10, siendo 10 el máximo, los estudiantes la recomendarían a otro estudiante en una media 9,92 (2019; 8,88). Con relación a la comparación entre el grupo control y los datos agregados de los grupos de intervención 2018-2019 + 2019-2021, la ansiedad estado del grupo control (n=12) fue de media 30,00 (DE 12,84) y del grupo intervención 2019-2021 (n=74) 2018-2019 fue de media 20,36 (DE 9,90) con significación T-Student 0,004.

La ansiedad rasgo en el frupo control fue de media 23,25 (DE 11,88) mientas que en el grupo de intervención fue de media 18,97 (DE 8,50) sin significación T-Student 0,131 pero mostrando clara tendencia.

CONCLUSIONES

Entre el grupo control y el grupo intervención cuando agregamos todos los casos de intervención en un único grupo encontramos un descenso de la ansiedad estado de 9,64 puntos (pTS=0,04) por lo que podemos afirmar que esta experiencia disminuye la ansiedad de los estudiantes. Los estudiantes recomendarían la aplicación de realidad virtual a otro estudiante de enfermería en una media 9,92 (2019; 8,88) por lo que entendemos una alta satisfacción acompañada de una posible percepción aumentada del autoaprendizaje y mejora de la confianza percibida.

LA FORMACIÓN A RESIDENTES: ELEMENTO CLAVE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES

ANGÉLICA POCINO CAMPAYO; ISABEL AZPEITIA LUMBRERAS; LAURA GARCIA GIMENO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL

ID: *6717*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Formación, residentes, calidad y seguridad del paciente, eventos adversos*

INTRODUCCIÓN

La formación en calidad y seguridad del paciente está considerada como una herramienta fundamental para la creación de una cultura de calidad y seguridad en los hospitales.

La Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020 del Ministerio de Sanidad, establece que "La formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad organizaciones sanitarias"

La Comisión Europea recomienda la formación como elemento clave para establecer una cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales y favorecer la notificación de incidentes y el aprendizaje.

Los residentes, como profesionales del futuro de las instituciones sanitarias, son un colectivo prioritario para adquirir unos hábitos seguros. Según datos publicados, el 70% de los médicos se verán involucrados en un acontecimiento adverso grave a lo largo de su carrera profesional.

OBJETIVO

Promover, durante la formación sanitaria especializada, la formación básica en seguridad del paciente y la comunicación y gestión de los eventos adversos graves e inesperados de los residentes del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde la Unidad de Calidad se elaboró un curso de calidad y seguridad del paciente. Constó de dos partes de 18 horas de duración. La primera, un curso on line de aspectos más teóricos a lo largo de 30 días (12h), y exámenes finales tipo test de 10 preguntas con respuesta múltiple a escoger entre una, en cada uno de los 9 módulos:

- Seguridad en el uso de los medicamentos Infección relacionada con la asistencia Seguridad física
- Seguridad quirúrgica
- Seguridad en atención emergente Calidad en la praxis asistencial Continuidad asistencial
- Manejo del dolor
- Notificación de eventos adversos y uso del sistema

En la segunda parte del curso, con un formato de talleres presenciales de 6 h de duración distribuidas en dos sesiones, se analizaron casos a través de videos, gamificación y simulaciones.

El tema que se abordó en los talleres fue la comunicación y la gestión de eventos adversos graves e inesperados. Para superar el curso la nota en ambas partes debe superar 7/10.

RESULTADO

En el 2017 y 2018 asistieron al curso residentes de distintos años de formación. A partir del 2019 el curso se ofertó a los R1, entre 6 y 8 meses después de su incorporación en el hospital.

El número de asistentes a los cursos fue de 181 en el 2017, 165 en el 2018, 97 en el 2019 y 95 en el 2021. En el 2020 no se realizó el curso. La nota media de los cuso fue de 8,6 con un intervalo entre 8,5-8,8 y la satisfacción con los cursos mayor a 8,5/10.

CONCLUSIONES

La formación del colectivo de los residentes hospitalarios es clave para la creación de una cultura de seguridad del paciente, dado que se trata de personal en formación, a principio de su práctica profesional, y sus actitudes respecto a la seguridad del paciente quedarán condicionadas por lo que aprendan en este periodo.

Desde el 2017 el curso forma parte del plan de formación transversal común de los residentes.

GESTIÓN POR PROCESOS. DE LA VERTICALIDAD A LA TRANSVERSALIDAD: INNOVANDO EN LA GESTIÓN CLÍNICA

ANDREU ALOY-DUCH; RAFAEL LLEDÓ-RODRÍGUEZ; MÒNICA BOTTA-SANTASUANA; JORDI SERRA-CARRERAS; LOURDES GABARRÓ-JULIÀ; MONTSERRAT MASSÓ-GAROLERA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6728*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión por procesos, equipod de proceso, proceso ambulatorio, proceso de hospitalización, proceso quirúrgico*

JUSTIFICACIÓN

Los equipos y los profesionales trabajan en procesos, ocasionalmente aislados unos de otros, con acciones de mejora limitadas, y poca interdisciplinariedad. Puede existir rigidez en las organizaciones, y sin una clara participación de los profesionales. Los profesionales son responsables de los procesos "micro" y "intermedios" propios de cada servicio, pero ¿quién se encarga de los macroprocesos clave, como hospitalización, atención ambulatoria o área quirúrgica?

OBJETIVO

Implementar un modelo de Gestión por Procesos (GpP) a partir de los procesos "macro" de atención hospitalaria, quirúrgica y ambulatoria, constituidos en "Equipos de Proceso" (EdP) que evalúan indicadores y lideran acciones de mejora, para aumentar la transversalidad, empoderar a los profesionales, mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente en el centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

En diciembre-2019 se rediseñó el organigrama y el modelo asistencial mediante la Gestión por Procesos (GpP). Para los procesos "micro" se rediseñaron las Unidades Funcionales por Patologías (UfP) (ej., UfP de colon- recto…). Para los procesos "intermedios" (cardiología, urgencias…), funciona el PDCA (objetivos y resultados anuales) (2006- actualidad) y la ISO 9001 (2013-actualidad). Para los procesos "macro" se crearon 3 Equipos de Proceso (EdP): ambulatorio, hospitalario y quirúrgico; cada uno está constituido por 10 profesionales: a) Jefe del Proceso; b) Coordinador/a Recursos- Logística; c) Referentes asistenciales; d) Asesores/as Externos/as (ingeniería, infecciones…). Se creó un cuadro de mando con indicadores. Para la mejora, se utiliza la Metodología LEAN (A3, 5S, VSM, y Gestión de Problemas).

RESULTADOS

Entre 2019 y 2022.

- EdP ambulatorio. 10 reuniones (94% asistencia). Indicadores:
  - Implementación del modelo de "Experiencia Paciente" en atención ambulatoria (86% realizadas de 35 actividades).
  - Espera para cita en consulta: 50' a 20'.
  - Espera en lista: 97 a 80 días.
  - Satisfacción pacientes: 7,9 a 8,2 (sobre 10).
  - Acciones de mejora en marcha: 16 (62,5% realizadas).
- EdP hospitalización. 6 reuniones (90% asistencia). Indicadores:
  - Previsión de altas < 9:00 h: 58% a 73%.
  - Estancia media: 6,5 a 6,1.
  - Sectorización patologías: 76 a 82%.
  - Satisfacción pacientes: 8 a 8,2 (sobre 10).
  - Acciones de mejora en marcha: 19 (30% realizadas).
- EdP quirúrgico. 6 reuniones (90% asistencia). Indicadores:
  - Intervenciones suspendidas: 2,3% a 1,7%.
  - Intervenciones realizadas: 94 a 106%.
  - Check-list: 93,5 a 99%.
  - Puntualidad 1ª intervención: mejora 120%.
  - Acciones de mejora en marcha: 3 (100% realizadas).

CONCLUSIONES

El rediseño del modelo de gestión del centro basado en la GpP, enlazando armónicamente el organigrama funcional, los Servicios asistenciales y de gestión, el paciente y los procesos, ayuda a construir progresivamente una estructura flexible y funcional para poder ofrecer una asistencia de calidad, eficiente y excelente para el paciente.

"EXPERIENCIA DEL PACIENTE": 3 AÑOS DE ACTIVIDADES PARA UN CAMBIO ESTRATÉGICO NECESARIO Y URGENTE

ANDREU ALOY-DUCH; Mª CARME FERRER-BADIA; MARINA CLARAMBO-SEMIS; MONTSERRAT CLARAMBO-SEMIS; FRANCESCA PÉREZ-POL; RAFAEL LLEDÓ-RODRÍGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6730*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Experiencia del paciente, atención ambulatoria, sala de partos, unidad de cuidados intensivos*

JUSTIFICACIÓN

La "experiencia paciente" (XPA) obliga a una escucha activa del mismo y de su entorno (familiares/cuidadores) incorporando su visión y su voz, en todos aquellos elementos relacionados con la estrategia del centro, la gestión, la estructura, los procesos asistenciales, y las informaciones hacia el usuario a partir de su experiencia, fruto de su paso por cada proceso asistencial.

OBJETIVOS

Describir la 4ª fase de implementación de proyectos y actividades, y los resultados de la XP desde 2019 hasta hoy con las siguientes categorías: 1) "Escucha activa", 2) Información y comunicación, 3) Espacios y estructuras, 4) Indicadores, 5) Cultura institucional (¿en qué os puedo ayudar?), 6) Grandes proyectos futuros, 7) Normativa en pandemia COVID, y 8) Alianzas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro centro es un hospital universitario de referencia. Atiende 280.000 visitas ambulatorias anuales, 19.000 ingresos y 110.000 urgencias. La implementación se ha realizado 2019-2022. Los profesionales encargados del proyecto XP se constituyeron en distintos órganos gestores liderados por la dirección de clientes, el área de "Experiencia del paciente" y su comisión multidisciplinar, con el soporte de una empresa consultora.

RESULTADOS

1. "Escucha activa" proactiva. Grupos focales; encuestas (NPS); entrevistas; shadowing; y buzones.
2. Información y comunicación. a) infografías (telefarmacia); b) informaciones TV; c) trazabilidad del paciente en quirófano; d) teleasistencia; e) videos "visitas no presenciales"; f) jornadas y formación.
3. Espacios y estructuras. 4 grupos focales (videoconf) sobre futuras estructuras (vestíbulo, salas de parto, urgencias y UCI): 39 propuestas. Reforma de espacios (oncología).
4. Indicadores. a) De reclamaciones, y satisfacción; b) De resultados asistenciales (tiempos de espera).
5. Cultura institucional (¿en qué os podemos ayudar?): empatía de los profesionales (talleres y couching) y teleasistencia.
6. Grandes proyectos de XPA. a) Área ambulatoria: con 36 acciones de mejora (un 61% en curso o realizadas); b) Sala de partos: entrevista y talleres; c) UCI grupos focales (sala de espera y satisfacción).
7. Normativas en pandemia COVID: accesos al centro.
8. Alianzas: voluntariado, asociaciones de pacientes (Parkinson, amputados…)

CONCLUSIONES

La organización inició en 2019 un cambio cultural importante para incluir la voz del paciente en el momento de la toma de decisiones, motivando el lema "Más de todos. Hagamos juntos el hospital que tú quieres", y realizando > 36 actividades para adecuarse a sus necesidades y garantizar que la XP sea lo más satisfactoria posible.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA LUCHA CONTRA LA COVID-19

RUBÉN GARCÍA MUÑÍO [(1)]; MARÍA LUISA LOZANO DEL HOYO [(1)]; INÉS MORENO ARJOL [(2)]; ÁLVARO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ [(1)]; ELIA REYES TENA [(1)]; GUILLERMO EMBID SÁEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] C.S. LAS FUENTES NORTE, [(2)] C.S. TORRE RAMONA

ID: *6734*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *COVID-19, Enfermería, estado emocional, Urgencias, relación profesional-paciente*

JUSTIFICACIÓN

La crisis por COVID-19 ha supuesto un cambio en el panorama mundial sin precedentes, la falta de recursos humanos y materiales, unida a una mayor carga asistencial y el desconocimiento de la magnitud del problema, ha podido influir de forma significativa en la relación profesional-paciente.

OBJETIVOS

- Conocer la carga asistencial y el estado emocional de los profesionales de Enfermería de Urgencias de Atención Primaria
- Evaluar tanto la relación enfermero-paciente como los recursos humanos y materiales disponibles, desde la perspectiva de los profesionales, en diferentes momentos en el tiempo.

MATERIAL Y METODOS

Estudio de carácter retrospectivo y transversal, con valoración subjetiva de los profesionales de Enfermería que trabajaron, desde marzo de 2020 a mayo de 2022 en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria de los 3 sectores de Zaragoza.

Se envío una encuesta online a toda la población diana, compuesta por datos demográficos y 7 preguntas con escala Likert centradas en 5 momentos: Prepandemia (hasta marzo 2020), durante el primer confinamiento (marzo-junio 2020), el verano 2020 (segunda ola), invierno 2021/2022 (séptima ola) y en la actualidad (mayo 2022).

RESULTADOS

Contestaron un 42% de los profesionales. El 68% tienen entre 21 y 40 años

El 56% considera bueno el trato del paciente al profesional en la consulta de Urgencias, en prepandemia, descendiendo al 12% en la 7ª ola y siendo un 24% en la actualidad.

La carga asistencial pasa de excesiva en prepandemia (28%) al 40% en la 2ª ola. En la actualidad se sitúa en un 24%.

El 60% de los profesionales considera que su estado emocional antes de la pandemia era bueno, decreciendo hasta el 24% en la 7ª ola.

En cuanto a recursos materiales, el 56% piensa que faltaron durante la 1ª ola, mientras que en la actualidad creen que son suficientes un 52%.

En cuanto a los recursos humanos, un 32% afirma que fueron insuficientes en la 2ª ola, frente a un 24% que lo admite, en la actualidad.

CONCLUSIONES

Los recursos materiales se perciben como mejores que antes de la pandemia, quedando claro su falta al inicio. Los recursos humanos para atender las urgencias han faltado en todo momento, siendo en la segunda ola cuando más fallaron.

El trato de los pacientes en la consulta de urgencias hacia los profesionales, la mayoría opina que era bueno antes de la pandemia, descendiendo discretamente en el primer confinamiento, siendo el peor momento durante la 7ª ola

El trato de los pacientes en domicilio hacia los profesionales es considerado bueno en todos los momentos estudiados, siendo el mejor de los datos registrados, si bien ha ido en detrimento poco a poco hasta la actualidad.

El estado emocional de los trabajadores se consideraba bueno en prepandemia, bajando notablemente en la 7ª ola, siendo en esos momentos cuando peores resultados se alcanzaron, posiblemente por el estallido de casos y el cansancio del personal, ahora hemos mejorado, sin llegar a los resultados de antes de la pandemia.

COBERTURA GRÁFICA Y PORTAVOCÍA TÉCNICA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA DURANTE LA PANDEMIA

ELENA MOHÍNO SÁEZ; VICTOR ESCUDERO GONZALEZ; ALBERTO BARBERA GOMEZ; ENRIQUE CLAUDIO ROMO; DAVID GARAÑENA BRETAÑO; MARTA CALVO GONZALEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6738*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *CRISIS SANITARIA;COVID19;COMUNICACIÓN;PORTAVOCÍA;TRANSPARENCIA*

JUSTIFICACIÓN

Durante una crisis sanitaria, los profesionales del campo de la emergencia extreman su condición de portavoces técnicos.

Para ello deben tenerse en cuenta aspectos determinantes: capacidad de adaptación a las necesidades cambiantes de los medios de comunicación motivada por los propios cambios de las crisis, ofrecer una información veraz a tiempo a la vez que no alarmista y que respete el derecho de información del ciudadano, y, en función de los escenarios siempre que sea posible facilitar una ubicación adecuada y segura que respete el trabajo de periodistas y sanitarios.

La Pandemia en nuestro Servicio de Emergencias supuso un reto para instaurar y mantener en el tiempo una portavocía y cobertura gráfica que cumpliese con los requisitos antes mencionados.

OBJETIVO

Optimizar el rol de portavoces solventes de diferentes profesionales en función de perfiles y cometidos, alternando formatos y equipos, compatibilizando las necesidades de los informadores, la adecuada realización de la asistencia, la confidencialidad de los pacientes, y el bienestar de sanitarios e informadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Equipo de comunicación que identifica necesidades y acciones a acometer:

- Asesoramiento individualizado para trasladar los mensajes con eficacia, con respuestas ágiles, veraces, directas y honestas, contribuyendo a aumentar la credibilidad y la efectividad de los impactos.
- Formación de portavoces en todas las categorías profesionales.
- Planificación de actuaciones en diversas localizaciones: platós, centro coordinador de Urgencias, interiores y exteriores de los recursos móviles, - Colaboración logística con los medios para realizar las grabaciones cubriendo la actividad de equipos sanitarios y acompañamiento para explicar puntualmente las situaciones.
- Mantenimiento de la uniformidad de los profesionales para dar un mensaje de tranquilidad, seriedad y confianza a la población.

RESULTADOS

1. Se formó a 8 Jefes de Guardia, 6 supervisores de enfermería, 6 Técnicos en Emergencias Sanitarias y 6 Psicólogos Clínicos.
2. Se realizaron un total de 50 reportajes de tv, 60 gráficos para agencias nacionales e internaciones y periódicos, se colaboró con 8 producciones de documentales. Toda esta actividad implico más de 200 jornadas de seguimiento de unidades asistencial.
3. Presencia informativa creciente en medios nacionales e internacionales, por fotoperiodistas, productoras, cine...
4. Desde abril de 2020, todos los meses se ha superado esa cifra, con récord de 300 en abril de 2021.

CONCLUSIONES

El mantenimiento de una estrategia de comunicación sostenida durante toda la crisis y de apoyo a los profesionales del servicio como a las necesidades de los informadores, satisface las expectativas de ambas partes y redunda en una mejora reputacional para la organización fundamental para generar confianza a la población y tranquilidad por conocer con mayor profundidad un servicio de emergencias que está efectivamente disponible las 24 horas del día.

DESPLIEGUE "NECESARIO E IRREMEDIABLE" DEL TELETRABAJO Y DE LA TELEASISTENCIA EN COVID Y POST-COVID

RAFAEL LLEDÓ-RODRÍGUEZ; ANDREU ALOY-DUCH; CARLES RÚBIES-FEIJOO; RAMON ROMEU-GARCIA; JORDI PUIG-DE LA PENA; RAMON AGULLÓ-VALLS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6746*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *Teleasistencia, teletrabajo, COVID, tecnologías de la información y comunicación*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia COVID-19 ha incrementado el desarrollo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), y en sanidad el aumento y potenciación del teletrabajo y de la teleasistencia, sobre todo en los procesos de soporte (administrativos o informáticos) y en algunos procesos clave (atención ambulatoria o domiciliaria), significando un cambio de paradigma importante para el sector.

OBJETIVO

Describir el despliegue y potenciación del teletrabajo (TELE-TR) en profesionales y de la teleasistencia (TELE-AS) en pacientes, en un centro hospitalario, durante la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pre-pandemia, el Departamento Informático (D-INF) disponía de 10 escritorios virtuales VMware Virtual Desktop Infrastructure (VDI) para teletrabajo, utilizándose < 10% mensual y fuera de horas laborables, sólo mandos. En pandemia, el 13/3/2020 (en 7 días) se crearon 2 plataformas con 180 escritorios (VDI), con un coste de 100.000 euros, para potenciar el TELE-TR y la TELE-AS. Para la TELE-AS se distribuyeron 120 smartphones y 50 ordenadores portátiles. Se utilizó una plataforma segura de videollamadas, para realizar una TELE-AS sincrónica (contacto directo profesional-paciente); y se activó una plataforma de TELE-AS asincrónica mediante cuestionarios desarrollada en el hospital.

RESULTADOS

Del total, 130 (19%) realizaron TELE-TR utilizando los VDI. El uso del total de los 180 VDI para TELE-TR, con las olas de pandemia, fue: 1ª 72%; 2ª 39%; y 3ª 28%. El TELE-TR se realizó: en domicilio (80%), otro centro satélite temporal (10%), y "hotel sanitario" (10%). El TELE-TR lo realizó: 60% administrativos, informáticos, económicos y Recursos Humanos; y 40% personal médico. La satisfacción de los profesionales con el TELE-TR ha sido de 7/10; incidencias: velocidad ralentizada de conexión, por horario, tipo de ordenador y red de cada domicilio, y la potencia de las plataformas del centro. La TELE-AS (sincrónica y asincrónica), desde setiembre-2020 la realizan especialidades como psicología, ORL, alergología, neurología, logopedia u hospitalización a domicilio, con una cadencia de 43 diarias y en 20 profesionales del centro. En la encuesta realizada, el 80% de los profesionales prefieren más la llamada que la videollamada por su rapidez, y han "descubierto" la atención del paciente "a distancia"; y el 80% de los pacientes prefieren la videollamada para poder "ver a su médico", y "agradecen" no acudir presencialmente al hospital.

CONCLUSIONES

La COVID-19 ha sido el "detonante irremediable necesario" para impulsar el TELE-TR y la TELE-AS en nuestro centro. Todo el D-INF se ha volcado para innovar y ayudar a los asistenciales y pacientes, y los profesionales han descubierto sistemas más eficientes de atención sanitaria. Probablemente, el 50% de las visitas ambulatorias podrían realizarse por TELE-AS, y 1/3 parte de los profesionales sanitarios podrían realizar TELE-TR en el futuro.

PROGRAMA PBM EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA ABIERTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: RESULTADOS Y ANÁLISIS RETROSPECTIVO

MARIANA HORMIGÓN AUSEJO; PILAR HERRANZ ANDRÉS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

ID: *6754*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *transfusión sanguínea, Patient Blood Management, cirugía correctal electiva abierta, hospital terciario, estudio retrospectivo*

JUSTIFICACIÓN

Es sabido que la transfusión sanguínea conlleva desventajas clínicas y económicas, como una mayor estancia hospitalaria, morbimortalidad, riesgo de infección y una menor autoinmunidad, causa de mayor riesgo de recaída en oncológicos. Desde 2010 la OMS aconseja aplicar programas de Patient Blood Management (PBM) para reducir la tasa transfusional hospitalaria, incluidos en documentos de consenso como un estándar de calidad asistencial cuyo impacto debe ser medido.

OBJETIVOS

Analizar la implementación del PBM en cirugía colorrectal electiva abierta en nuestro hospital de 2015 a 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian los informes de 2016, 2018 y 2020 del proyecto MAPBM, que evalúa el PBM en 49 hospitales españoles. Si bien este programa tiene 3 pilares de actuación (optimización de volumen sanguíneo, minimización de hemorragia, optimización de tolerancia anémica), en esta cirugía el informe solo trata el I (hemoglobina –Hg– o metabolismo del hierro preoperatorios, anémicos tratados o intervenidos) y el III (Hg pretransfusional, transfusiones con Hg mayor de 8g/dL o por unidad).

RESULTADOS

Pese al empeoramiento de los datos de 2016 a 2018 y la pandemia COVID-19, los indicadores del pilar I muestran una gran mejora en 2020. La solicitud preoperatoria de Hg y metabolismo del hierro ha aumentado del 20% de 2018 hasta un 68 y 46%, respectivamente, el tratamiento preoperatorio ha pasado del 13 al 42% y los anémicos operados han disminuido un 15%. Esto se debe a la solicitud de pruebas analíticas al diagnóstico y al tratamiento en la consulta anestésica. Respecto al 30% restante de anémicos operados y a la tasa transfusional preoperatoria del 7% en 2020, puede explicarse porque al ser una cirugía oncológica no diferible, no puede seguirse la recomendación de la vía RICA de demorar cirugías electivas con riesgo de sangrado si hay anemia. Aun así, adelantar la derivación permite tratar más casos, por lo que en 2021 se cambió el inicio del circuito al Comité de Tumores, previendo gran mejora.

El pilar III es mejorable: la Hg pretransfusional media es de 8.9g/dL, similar a 2016 y 2018; y todas las transfusiones se dan con más de 8g/dL, como en 2016, mientras en 2018 eran solo el 62%. Esto choca con la recomendación de no transfundir en caso de estabilidad hemodinámica sin afectación cardiológica y/o neurológica con más de 7g/dL. Los actos transfusionales por unidad también son insuficientes, aunque han aumentado del 33% de 2016 y 2018 al 50%.

Así, la tasa transfusional en esta cirugía ha disminuido del 36% de 2016 al 24% de 2020. La mortalidad y la estancia hospitalaria han bajado desde 2018 un 1% y 4 días.

CONCLUSIONES

Ver el progreso de los indicadores con el PBM anima a corregir debilidades y mejorar la calidad del proceso, tratando siempre la anemia preoperatoria con un circuito rápido de diagnóstico y derivación; y desarrollando campañas informativas que impulsen la transfusión de 1 en 1 y la valoración de otros factores, además de la Hg, para indicarla.

DESCRIPCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOPITALARIAS 2017-2021

MARIA VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS [1]; PATRICIA FERNÁN PÉREZ [2]; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA [1]; CARLOS EDUARDO POLO PORTES [1]; RAQUEL ABEJÓN MARTÍN [1]; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SUMMA 112, [2] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6777*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ERROR DE MEDICACIÓN. SEGURIDAD MEDICAMENTOS.*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) son un problema importante de Seguridad del Paciente (SP), por su frecuencia y las consecuencias para el paciente. Por ello todas las organizaciones sanitarias desarrollan líneas específicas de gestión del riesgo del medicamento (M). En los servicios de emergencias la rapidez en la toma de decisiones, órdenes verbales, falta de información o insuficiente, medicamentos de alta efectividad y potencialmente dañinos si hay error, son factores añadidos a considerar.

OBJETIVOS

Describir los errores e incidentes de riesgo (IR) asociados al M en los últimos 5 años en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Hojas de notificación de IR y registros de su análisis. Notificaciones Servicio de Farmacia (SF) a Portal de Uso seguro de Medicamentos y otros registros del SF.
2. Revisar hojas, registros y notificaciones con EM. Clasificar EM según etapa, causa y tipo de error y su tratamiento. R: Total notificaciones EM 73 (2017: 14, 2018: 28, 2019: 21, 2020: 6 y 2021: 4). En 10 casos M de alto riesgo.

Etapa proceso: Prescripción (52%), Administración por profesionales (19%), Comunicación entre profesionales (10%). Otras (19%): Entrega medicación, Autorización, Suministro por fabricante, Fabricación, Administración por paciente, Revisión recetas.

Tipo EM: Error dosis: omisión/incorrecta (48%), M inapropiado (12%), M deteriorado (11%), Error preparación/manipulación/acondicionamiento/cálculo dosis (8%), Error almacenamiento (6%). Resto (15%): Frecuencia administración errónea, Monitorización insuficiente, Técnica administración incorrecta, Paciente equivocado, Hora administración incorrecta, Forma farmacéutica errónea, Duplicidad/uso M innecesarios.

Causas: No cumplimento procedimientos de trabajo establecidos (56%), Falta conocimiento/formación (10%), Problemas equipos y dispositivos de dispensación/preparación/ administración (8%), Presentación da lugar a confusión, Problemas interpretación prescripción y Situación de emergencia, personal insuficiente/sin experiencia (7% cada una). Resto (12%): Incorrecta identificación paciente, Falta/fallo procedimiento de conciliación, No concordancia entre bases datos.

Actuaciones: Notificación a Portal 57, Análisis en Comité de Seguridad Clínica 4, Comunicación a profesional 5, Comunicación/consulta a fabricante 4, Formación en SP y/o antibioterapia 5, Notificación a Dirección 1, Cambio proveedor 1, Notificación Farmacovigilancia 1, Recordatorio a profesionales sobre prácticas de riesgo 2, Falta datos para tratamiento 2.

CONCLUSIONES

Aunque sabemos que el M es un factor crítico para la SP es importante conocer lo que ocurre en nuestro medio para poner soluciones locales que faciliten a los profesionales no cometer error y mejoren la cultura de seguridad en cada entorno.

Los ámbitos clave detectados en el nuestro con relación a los EM son el de continuidad de cuidados que supone numerosos errores de prescripción, y la isoapariencia entre medicamentos de alto riesgo.

CONSTRUYENDO EL PATIENT JOURNEY DEL CSUR DE SARCOMAS

ALICIA DÍAZ REDONDO; ANA GRAZÓN SÁNCHEZ; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ROSA SOLEDAD DÍAZ GARCÍA; PAULA MARTÍN GARCÍA; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6782*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia del paciente, patient journey, sarcomas*

JUSTIFICACIÓN

Evaluar la experiencia del paciente como un continuo, desde que se detecta un problema de salud hasta su desenlace, describiendo el llamado "Patient Journey", permite detectar los momentos clave que, desde el punto de vista del paciente, generan necesidades de mejora y afrontarlos de forma más dirigida. Esto es especialmente relevante en patologías graves y complejas que son atendidas de forma centralizada en los Centros y Unidades de Referencia (CSUR), como los sarcomas, que requieren coordinación entre distintos organismos y profesionales.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia de los pacientes atendidos en nuestro centro a través del CSUR de Sarcomas y otros tumores musculoesqueléticos, utilizando la herramienta del "Patient Journey".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo mediante entrevista semiestructurada a 4 pacientes, 2 mujeres (46 y 54 años) y 2 hombres (37 y 50 años), en llamadas que duraron entre 30-45 minutos. Se utilizóuna guía elaborada previamente en torno a 3 temas: atención recibida, instalaciones y dependencias y trámites administrativos.

Para llevar a cabo la entrevista se llamó por teléfono, previa autorización para grabar la conversación. La guía se utilizó de manera abierta para dar estructura a la entrevista, pero dando la libertad suficiente a los pacientes para descubrir y abordar sus propias trayectorias temáticas.

Tras la transcripción de las conversaciones se analizaron los verbatings de los pacientes, agrupándolos en temáticas para extraer problemas y posibles áreas de mejora.

RESULTADOS

Durante las conversaciones se abordaron los temas principales, variando en base a la experiencia vivida por cada uno de los pacientes. Una vez transcritas, se reorganizaron los verbatings en 4 temas que representaban la mayoría de las impresiones: derivación-primera consulta, información al paciente, tratamiento-otros procedimientos y seguimiento- consultas sucesivas. En general, los 4 pacientes valoraron muy positivamente su experiencia y la atención recibida en la Unidad, pero destacaron una serie propuestas de mejora comunes.

La mayoría de propuestas hacían referencia a las instalaciones y dependencias, haciendo hincapié en la privacidad y comodidad de las salas: mejorando la señalización y accesibilidad, asignando espacios cómodos y agradables para recibir la información, garantizando la intimidad en las distintas salas (procedimientos, tratamientos, espera…). También propusieron facilitar los recursos necesarios para cubrir necesidades más allá de la atención específica de su problema de salud (psicológicas, nutricionales).

CONCLUSIONES

Gracias a describir el Patient Journey de estos pacientes, hemos podido conocer cómo viven ellos la atención que reciben a lo largo del proceso en nuestro hospital, como CSUR. Esto nos ha ayudado a aterrizar y priorizar sus necesidades para poder materializarlas en el contexto de la atención diaria.

CREACIÓN DE UNA RED ASISTENCIAL INTEGRADA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES COMPLEJAS

MARIA BESTUE CARDIEL [1]; JOSE LUIS CAPABLO LIESA [2]; ÁLVARO GIMÉNEZ [3]; SAIDA VIRGINIA ATIENZA AYALA [4]; VICTORIA VILLAVERDE ROYO [4]; LETICIA SANCHO LOZANO [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [3] HOSPITAL ROYO VILLANOVA, [4] HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [5] DIRECCION GENERAL ASISTENCIA SANITARIA. SERVICIO DE ESTRATEGIAS Y FORMACION. EN REPRESENTACION GRUPO AUTONOMICO ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

ID: *6784*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Atención integral, resultados en valor, gestión de casos.*

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la atención a las personas con enfermedades neuromusculares está fragmentada y no orientada a sus necesidades La especificidad y complejidad de las enfermedades neuromusculares, así como su baja prevalencia hace que la organización de su atención con equidad sea un reto.

OBJETIVOS

Realizar un abordaje integral de la atención sociosanitaria en la comunidad para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias

MATERIAL Y MÉTODOS

Teniendo como marco la estrategia Nacional de enfermedades neurodegenerativas y la de ELA se plantea un abordaje integral orientando la atención a sus necesidades principales, definiendo 4 grupos principales de procesos. Se define una estrategia autonómica que partiendo de un Audit sobre situación de atención actual, define una red de provisión, los circuitos asistenciales y sistema de monitorización. Como Claves se establecen: grupo de trabajo multidisciplinar, orientación a resultados, inclusión toda la red asistencial, transiciones asistenciales, integración otras líneas de atención desarrolladas comunidad, uso de sistemas de información y herramientas de comunicación para la continuidad asistencial, inclusión de toma de decisiones del paciente y evaluación de resultados.

RESULTADOS

Se ha introducido en la comunidad en la provisión, “una red asistencial para la enfermedad neuromuscular”, formada por una unidad de referencia constituida por un equipo multidisciplinar que trabaja en red con los nodos asistenciales alejados geográficamente. La clave es la gestión de casos, para ello se han establecido agendas para realización de visitas de acto único (atención múltiples profesionales/pruebas seguimiento), se ha desarrollado un aplicativo específico en historia clínica electrónica común y único que genera un registro de casos y el desarrollo de un plan de atención individualizado. Se han definido los circuitos y los criterios de derivación y atención entre niveles asistenciales. Se ha realizado un plan de formación para profesionales para su difusión y mejorar el conocimiento de los problemas y acciones sobre estos pacientes.

CONCLUSIONES

La atención multidisciplinar e interdisciplinar de esta red va a suponer una mejora real en la atención de estas personas, un mejor conocimiento de los problemas de estas personas y un cambio en la visión sobre estas enfermedades tanto para los profesionales como para la sociedad.

¿EL ESTUDIANTE DE MEDICINA ENFERMA? ATENCIÓN AL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN EL SISTEMA SANITARIO Y PROPUESTAS DE MEJORA.

ALBA GALLEGO ROYO [1]; OSCAR URBANO GONZALO [1]; INES SEBASTIAN SANCHEZ [2]; CANDELA PEREZ ALVAREZ [3]; BÁRBARA MARCO GOMEZ [3]; MARIA TERESA DELGADO MARROQUIN [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [2] C.S. UNIVERSITAS. SECTOR ZARAGOZA III, [3] HOSPITAL ROYO VILLANOVA, [4] C.S. DELICIAS NORTE. SECTOR ZARAGOZA III

ID: *6793*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Estudiante de medicina, sistema sanitario, universidad.*

JUSTIFICACIÓN

Dentro del curriculum oculto de los estudiantes de medicina (EM), el proceso de enfermar de los médicos, la ocultación y la autogestión ha sido la forma habitual de abordaje desde el colectivo médico y es mostrado como una correcta forma de actuación de manera general. La universidad y el sistema sanitario tienen aquí un papel destacado en la enseñanza y capacitación, desde una perspectiva ética y deontológica, para que los profesionales aprendan a gestionar el proceso de enfermar propio evitando, en el futuro, problemas en la seguridad de los pacientes y por lo tanto mejorando la calidad de la atención.

OBJETIVO

Conocer la percepción, desde la perspectiva de los EM enfermos, de la gestión del proceso de enfermas en el sistema sanitario y el papel de la universidad.

MÉTODOS

Estudio mixto basado en entrevistas a EM enfermos, grupo focal a profesores universitarios de la facultad de medicina y encuesta online a EM a nivel estatal. Esta encuesta aborda los problemas de salud, el impacto en los estudios, la búsqueda de ayuda y el papel de la universidad dentro del proceso de enfermar. Se analizaron los verbatims de los datos cualitativos y el análisis estadístico descriptivo de las preguntas de la encuesta en relación con el uso de servicios sanitarios y el apoyo por parte de la universidad como entidad y el profesorado en particular.

RESULTADOS

Respondieron 978 EM (77,5% mujeres), con una edad media de 23,08±0,10 años. El 31,30% admitió tener al menos una enfermedad crónica o padecer un proceso agudo grave durante el periodo universitario. El 26'4% no tiene seguimiento por su médico de familia (MF), con un 7,4% no ha acudido nunca a su MF y 19% no tiene asignado MF. El 36,1% ha acudido entre 3-10 ocasiones al MF durante el periodo universitario. El 82,9% han acudido a clase estando enfermo en alguna ocasión. EL 87,70% de los EM no se sienten apoyados por la universidad. El 44,7% de los EM no acudirían a ningún estamento dentro de la universidad para pedir ayuda. Dentro del ámbito cualitativo, los EM confirman los datos entorno a la falta de apoyo por el sistema universitario, desconociendo las herramientas disponibles. Por otro lado, los servicios de salud laboral no son entidades conocidas por los EM, durante las practicas tuteladas. No existen protocolos de atención conocidos por tanto por los EM como por el profesorado de la facultad.

CONCLUSIONES

La atención a los EM enfermos puede abordarse desde la perspectiva del sistema sanitario y desde la universidad. El papel del MF no es una figura asentada dentro de la población de EM. No existe protocolo específico de atención dentro de las universidades ni son conocidos los servicios de ayudada existentes desde la perspectiva de los EM. Es esencial establecer propuestas de atención consensuadas entre el sistema sanitario y la universidad.

SUMAS QUE MULTIPLICAN. LA GESTIÓN CLÍNICA COMO FACILITADORA: ACERCARSE A LOS PROFESIONALES MEJORA LOS RESULTADOS

GEMA MUÑOZ GAMITO [(1)]; JERZKY KRUPINSKI [(2)]; VANESA PASCUAL GRANOLLÉS [(2)]; JOSÉ TRENADO ÁLVAREZ [(2)]; SLVIA DEL RÍO RODERA [(2)]; JESSICA MOLINA SEGUÍN [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARI MUTUA TERRASSA

ID: *6794*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *gestión clínica, rol facilitador, implicación, ictus, lean*

JUSTIFICACIÓN

Después de la pandemia, en nuestra entidad, se apostó por una área de calidad, en la que la unidad de gestión clínica (UGC) hiciese unas funciones de puente hacia los profesionales para reorientar los procesos hacia el valor, dar soporte metodológico y trabajar conjuntamente y facilitar la consecución de objetivos.

A continuación, se expone la experiencia en nuestra organización, de la aplicación de este sistema en el código ictus.

En nuestra comunidad autónoma, el tiempo de respuesta para un ictus agudo es un tiempo puerta-aguja inferior a 30 minutos. A mitad de año de 2021, se objetivó que nuestros tiempos estaban siendo superiores. No administrar el tratamiento en el tiempo indicado, repercute directamente en la capacidad de recuperación de los pacientes.

OBJETIVO

Conseguir que el tiempo puerta-aguja acumulado anual fuese inferior a 30 minutos

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde la UGC se realizó un análisis previo de los casos. Se contactó con los mandos intermedios (médicos y de enfermería) de urgencias, medicina intensiva y neurología y se creó un grupo, en el que se les expuso la información. Se les propuso una serie de reuniones de trabajo conjunto de 45 minutos (máximo 60). Al finalizar cada reunión, ellos mismos se autoasignaban las tareas y se decidía qué tema específico se iba a tratar en la siguiente.

Se realizó un value stream map del proceso. Cada responsable solicitó en su área que identificaran interrupciones en el flujo. Los principales problemas detectados fueron esperas, sobreproducción y sobreprocesamiento y se realizó un diagrama de frecuencias. Se analizaron las tareas específicas de cada persona y se evidenció una falta de estandarización y una descompensación en la distribución de las mismas, por lo que se diseñó una nueva reasignación de tareas y roles dentro de la atención al código.

Se realizó una propuesta simplificada de la trayectoria en la que también se incluyó la asignación de tareas y un ítem para valorar el grado de ansiedad del paciente.

RESULTADOS

En los meses de mayo, junio y julio, el tiempo puerta aguja de nuestro centro fue de 40, 36 y 31 minutos, con acumulados de 29-30-30. El grupo se constituyó a principios de julio y asistió al completo a todas las reuniones aportando aquello a lo que se habían comprometido. En septiembre, el tiempo acumulado ya fue de 28 minutos a pesar de que aún no se había realizado la formación oficial para el resto de personal asistencial. Desde octubre se mantuvo en 27 hasta final de año, siendo, junto con otro centro, el mejor tiempo puerta-aguja de la comunidad autónoma.

CONCLUSIONES

En nuestro centro, el trabajo conjunto de la UGC con los profesionales asistenciales ha repercutido positivamente en los resultados clínicos. Además de la metodología en el proceso, el enfoque de las reuniones y la facilitación en la toma de decisiones sobre las tareas a realizar, aumentó el grado de compromiso y fue crucial en la consecución del objetivo.

LA DIGITALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: CALIDAD, SEGURIDAD Y SOSTENIBILIDAD. EXPERIENCIA 2017-2021.

CARMEN GALINDO LAIGLESA [1]; MÓNICA MARTÍNEZ NAVARRO [2]; SERGIO DÍAZ GONZÁLEZ [2]; MIRIAM ANDUJAR SALA [3]; ALBERT FARRÉS URIBE [3]; GEMA MUÑOZ GAMITO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA, [2] FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA, [3] MUTUA TERRASSA

ID: *6798*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *digitalización, seguridad, sostenibilidad*

JUSTIFICACIÓN

El consentimiento informado (CI) forma parte del derecho de todo paciente a recibir la información adecuada sobre una actuación médica para decidir libremente si se somete a ella o no. Es una parte fundamental del contenido de la historia clínica (HC) y debe quedar siempre registrado en ella.

En nuestra entidad, en 2017, el CI se generaba en papel y se incluía en la HC física del paciente, lo que ocasionaba pérdidas de documentación y una gestión ineficiente con un número de traslados importante desde el archivo, situado en otra población.

Se decidió incorporar el CI a la HC electrónica del paciente mediante un repositorio único con documentos específicos para cada procedimiento que fuese accesible para los profesionales desde la estación de trabajo.

OBJETIVOS

Aumentar progresivamente el número de CI escaneados Reducir los desplazamientos desde archivo

METODOLOGÍA

Se constituyó un grupo de trabajo (GT) integrado por responsables de atención al usuario, gestión documental, TIC y asesoría jurídica.

Se realizó un mapeo del circuito de los CI y se detectaron ineficiencias de inventario (falta de espacio físico por el volumen de documentos), transporte, tiempo de espera por parte del profesional hasta que le llegaba la HC para comprobar si el CI estaba allí, repetición de viajes por errores y pérdida de CI.

Se desarrolló una herramienta de generación de códigos de barras integrada con el sistema informático que permitía la identificación de los diferentes tipos de CI, asociarlos al episodio del paciente y escaneo a su HC

Se diseñó un circuito específico para el escaneo y gestión visual para la priorización. Se realizó formación al personal administrativo en el uso de la nueva herramienta y en el circuito.

Se realizaron 15 sesiones formativas en servicios asistenciales, donde además de explicar el nuevo sistema, se incidía en los aspectos éticos y legales.

Previo a la puesta en marcha del nuevo sistema, se revisó y se validó el contenido de los CI con cada uno de los servicios, adaptándolos al formato que posibilitaba el escaneo.

Para el seguimiento del proceso, el GT monitorizaba el número de CI digitalizados y los movimientos desde el archivo a los diferentes centros de la entidad y se daba feedback a los diferentes servicios de forma periódica.

RESULTADOS

Se digitalizaron un total de 650 tipologías de CI todas ellas accesibles desde la estación clínica. En 2018, 19, 20 y 21, se incorporaron a la historia clínica un total de 20.260, 68.357, 102.576 y 280.148 CI de pacientes, respectivamente.

Se partió de una base en la que se registraban 227.629 movimientos de HC desde el archivo. Tras el inicio del circuito, disminuyeron a 93.830 el primer año (59%). A finales de 2021, solamente se registraron 950 movimientos (99.5% desde el inicio).

CONCLUSIONES

La digitalización de la documentación en el ámbito sanitario mejora la eficiencia de los recursos y mejora la sostenibilidad al disminuir el uso del papel y desplazamientos.

DESPLIEGUE DE LA LEY DE LA EUTANÀSIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ [(1)]; CLARA PAREJA ROSSELL [(2)]; GLÒRIA OLIVA OLIVA [(3)]; MONTSERRAT SUÁREZ BERNAL [(4)]; SANDRA BARRIO BERNAT [(3)]; MARINA CAÑERO MARTÍNEZ [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA, [(2)] SUBDIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I QUALITAT SANITÀRIES I FARMACÈUTIQUES. DEPARTAMENT DE SALUT, [(3)] SERVEI DE PROMOCIÓ DE LA QUALITAT I LA BIOÈTICA., [(4)] DIVISIÓ DE DESPLEGAMENT TERRITORIAL, GERÈNCIA D'ORGANITZACIONS, ÀREA D'ORGANITZACIONS I I PROFESSIONALS. CATSALUT

ID: *6802*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *Eutanasia Prestación de Ayuda para Morir Despliegue ley 3/2021 Coordinación Participación*

JUSTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia entró en vigor el 25 de junio de 2021. En ella se establecía que cada comunidad autónoma debía crear una Comisión de Garantía y Evaluación (en adelante CGyE) y un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

La prestación de ayuda para morir (PRAM) pasó a estar dentro de la cartera de Servicios y se debía garantizar la equidad territorial, por tanto, se tuvo que definir el modelo asistencial y de despliegue de la prestación.

OBJETIVOS

Describir el despliegue de la prestación de la eutanasia en una comunidad autónoma. Material y método

Desde que se publicó la Ley en marzo, se empezó a trabajar en el despliegue de la PRAM, ya que la ley entraba en vigor a los tres meses de su publicación en el BOE.

Se creó una comisión asesora entre la administración y diferentes sociedades que trabajó en grupos de trabajo para definir protocolos, papel de los distintos profesionales, circuitos asistenciales, sistemas de información y comunicación, entre otros.

RESULTADOS

La CGyE y el Registro de Objetores fueron creados por Decreto justo cuando entró en vigor la Ley Orgánica. Además, se publicó una resolución para nombrar a los miembros de la CGyE.

Se creó la Oficina de la Prestación de Ayuda para Morir (PRAM) para dar soporte a los profesionales implicados, médicos, referentes y vocales de la CGyE y se creó una red de referentes distribuidos por todo el territorio, para dar apoyo directo a los profesionales que reciben las solicitudes. Se nombraron referentes territoriales y referentes institucionales.

Se creó una plataforma electrònica para el registro de todo el procedimiento, la plataforma PRAM, que permite el acceso a todos los profesionales implicados en la PRAM desde los médicos responsables y consultores, los farmacéuticos que realizan la dispensación de la medicación, los miembros de la CGyE que evalúan el caso y las personas de la Oficina PRAM que gestionan todo el proceso.

Además, los más de 60 comités de ética asistencial distribuidos por el territorio dan soporte a los profesionales implicados.

Se han elaborado protocolos de actuación, de prescripción farmacéutica, de consentimiento informado, y se ha material formativo tanto para profesionales como para ciudadanos.

Se ha desarrollado un curso de formación en línea con 12 ediciones ya realizadas y casi 12.000 profesionales formados

La coordinación de la PRAM se realiza mediante una Comisión Operativa en la que participan todos los organismos de la administración responsables del despliegue de la Ley en el territorio.

CONCLUSIONES

Desde la publicación de la Ley, posteriormente el Decreto, hasta la creación de los entes y herramientas necesarios para el despliegue de la PRAM, en nuestra comunidad se trabaja de forma participativa y coordinada. Esto ha sido un éxito ya que todas las instituciones estamos cohesionadas y ha permitido dar respuesta a término a todas las solicitudes recibidas.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ESTHER GARCÍA EXPÓSITO [1]; PAULE GONZÁLEZ RECIO [2]; HELENA CIFUENTES GONZÁLEZ DE SALAMANCA [1]; ALICIA DÍAZ REDONDO [1]; ALBA RAPELA FREIRE [1]; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, [2] ESCUELA NACIONAL DE SALUD, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

ID: *6803*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Net Promoter Score, Cirugía Mayor Ambulatoria, experiencia del paciente, satisfacción del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción de los pacientes y su posición en el centro de la asistencia sanitaria son aspectos prioritarios para poder prestar unos servicios de excelencia que mejoren la salud de las personas. Los sistemas que evalúan la experiencia del paciente en el momento de la prestación sanitaria suponen un cambio de paradigma respecto a la evaluación de satisfacción tradicional, puesto que permiten realizar preguntas específicas para cada área, recibir las respuestas en tiempo real para su análisis y ofrecer soluciones de forma rápida. Además, permiten una muestra tan amplia como se desee.

Puesto que los resultados de las encuestas de satisfacción de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de los últimos años habían sido excelentes, se planteó el desarrollo de este nuevo sistema para profundizar en la mejora del servicio prestado.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia de los pacientes durante su asistencia en la CMA de un hospital de alta complejidad. Mejorar la experiencia del paciente, poniendo en marcha las mejoras detectadas mediante esta herramienta. MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogió la información mediante encuestas enviadas vía SMS a los teléfonos móviles de los pacientes, 24 horas tras la asistencia.

En las encuestas se utilizan principalmente preguntas de carácter cualitativo, que se evalúan mediante un sistema de cinco caras con muecas y colores, así como valoraciones con texto libre al finalizar la encuesta. En otras preguntas se pide al paciente que señale de 0-10 como la pregunta que determina el Net Promoter Score (NPS): “En caso de necesitarlo, ¿con qué probabilidad nos recomendaría a un amigo o familiar?” El NPS se calcula con % respuestas >=9 (“promotores”) - % respuestas <=6 (“detractores”).

Se realizó un análisis descriptivo de los datos de los cuestionarios recibidos desde el 01 de septiembre de 2021 hasta el 31 de mayo del 2022 en los servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plática, Cirugía Vascular, Dermatología, Ginecología y Obstetricia y Traumatología.

RESULTADOS

Se registraron 1914 respuestas, siendo el mayor porcentaje de Traumatología (31,8%). El NPS global fue de 76, con un 81.5% de promotores y un 5.6% de detractores.

El aspecto mejor valorado fue el trato y amabilidad del personal que le ha atendido (con un 99% de respuestas positivas). Lo peor valorado fue la satisfacción con el tiempo transcurrido entre que le indicaron la intervención y la fecha de realización, así como el tiempo transcurrido en la sala de espera (con un 76 y 78% de respuestas positivas, respectivamente).

En cuanto a los aspectos del entorno que deberían mejorarse, destaca con un 13,4% la comodidad de las instalaciones y con un 10%, la intimidad.

CONCLUSIONES

El índice NPS en la CMA ha sido muy positivo, no obstante la comodidad de las instalaciones y el respeto a la intimidad de los pacientes, junto con el tiempo de espera para la asistencia son aspectos que se están abordando para mejorar la experiencia de los pacientes atendidos

USO DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ESTHER GARCÍA EXPÓSITO [1]; PAULE GONZÁLEZ RECIO [2]; HELENA CIFUENTES GONZÁLEZ DE SALAMANCA [1]; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ [1]; ALBA RAPELA FREIRE [1]; ALICIA DÍAZ REDONDO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, [2] ESCUELA NACIONAL DE SALUD, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

ID: *6805*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *pandemia, COVID-19, Listado de Verificación Quirúrgica, seguridad del paciente*

OBJETIVOS

Desde que en 2004 la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la cirugía segura ha sido uno de sus principales retos y una prioridad de Salud Pública, por la cantidad de incidentes de seguridad graves que pueden derivarse de los procesos quirúrgicos.

Para facilitar el cumplimiento de las normas básicas de seguridad y evitar así los incidentes asociados, es fundamental utilizar los Listados de Verificación Quirúrgica (LVQ), que han demostrado reducir los eventos adversos y la mortalidad asociados.

En 2020, debido probablemente a los grandes cambios que de manera aguda los sistemas sanitarios y la práctica clínica tuvieron que soportar por la pandemia ocasionada por el virus de la COVID-19, en nuestro centro observamos que el uso del LVQ sufrió un importante descenso del 15.9% (95.9% en 2019 vs 80% en 2020). Esto suponía un importante riesgo para la seguridad de los pacientes, por lo que volver a recuperar los niveles de uso pre-pandemia era de gran importancia.

OBJETIVO

Evaluar el uso del LVQ en el segundo año de la pandemia de SARS-CoV-2 respecto al primero y la posible recuperación de niveles de utilización pre-pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras una campaña informativa y de sensibilización en el uso adecuado del LVQ, se recogieron los datos de todas las cirugías programadas realizadas durante el mes de octubre en 2019, 2020 y 2021, para calcular la prevalencia del uso del LVQ. Para la comparación de las proporciones de utilización de 2020 y 2021 se calculó la diferencia de ambas prevalencias con su intervalo de confianza al 95% y el p-valor para la hipótesis nula de igualdad con el z-test de proporciones en muestras independientes.

Los mismos cálculos fueron utilizados para comparar los datos de 2021 y 2019 (pre-pandemia).

RESULTADOS

El total de intervenciones quirúrgicas evaluadas de 2019 fue 218, de las cuales un 95.9% utilizaron el LVQ; en 2020 fueron 150, utilizándolo el 80%; y de 2021 fueron 177, con una utilización del 97.2%.

En 2021 el uso de LVQ fue un 17.2% (IC95%: 10.4%-24.1%) mayor que en 2020, siendo estadísticamente significativo ($p<0.0001$). La diferencia con los niveles de utilización previos al 2020 es mínima, siendo un 1.3% superior en 2021, diferencia no estadísticamente significativa (p 0.49).

CONCLUSIONES

Los niveles de utilización de LVQ en el segundo año de la pandemia de COVID-19 han sido muy superiores que los del 2020, recuperando el grado de cumplimiento previo al comienzo de la pandemia.

Pese a que la pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba la resiliencia de nuestro sistema sanitario, también en cuanto a la seguridad de los pacientes, éste está probando la capacidad de recuperarse rápidamente en ciertas áreas. Del mismo modo es necesario incidir en la gran importancia de tener sistemas de seguridad del paciente fuertes y lo suficientemente instaurados y extendidos para que no se vean alterados ante este tipo de eventualidades.

JOINT COMMISSION COMO MOTOR DECISIVO PARA CONSEGUIR QUE LAS PERSONAS PROVOQUEN LA MEJORA

ALICIA DÍAZ REDONDO; SABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ISABEL IZQUIERDO MEMBRILLA; PATRICIA FERNAN PÉREZ; CARMEN FUNES MOLINA; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6823*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Acreditación, estándares, Joint Commission*

JUSTIFICACIÓN

Joint Commission International (JCI) ofrece unos estándares muy exigentes en los que basar la hoja de ruta de una organización sanitaria, que abarcan todos los aspectos clínicos y no clínicos de la misma. Esto hace que la implicación de la totalidad de los profesionales y a todos los niveles sea decisiva para que abordar la acreditación sea posible.

OBJETIVOS

Describir los aspectos críticos abordados durante el proceso de acreditación por estándares de JCI de un hospital docente y de alta complejidad.

MÉTODOS

Durante los últimos 3 años, se ha trabajado intensamente los siguientes aspectos:

Liderazgo y despliegue del proyecto por la dirección y los responsables de cada área, a través de un comité operativo multidisciplinar

Desarrollo del plan de calidad y seguridad del hospital, y protocolización de los principales requerimientos, fundamentalmente los relacionados con los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (ISPG)

Campañas de sensibilización con correos masivos y ayudas cognitivas Entrenamiento en metodología de trazador de paciente y visitas de simulación

Auditorías periódicas de cumplimiento de estándares: internas y rondas de autoevaluación, de historias clínicas, de seguridad de las instalaciones, de higiene de manos, etc.

Incorporación de objetivos específicos en el pacto de gestión de los servicios e implicación de los referentes de seguridad Desarrollo de un modelo competencial para personal clínico

Formación en calidad y seguridad a residentes, estudiantes y personal de nueva incorporación

RESULTADOS

Tras la auditoría externa, el hospital fue acreditado como Hospital Docente

De más de 1200 elementos medibles evaluados en servicios clínicos (hospitalización, consultas, hospital de día, urgencias, quirófanos, etc.), servicios centrales (farmacia, laboratorios, banco de sangre, esterilización), recursos humanos, limpieza, cocina, equipos, ingeniería, etc. además de docencia pre y post grado, se encontró incumplimiento parcial en 22 de ellos y 1 incumplimiento.

Se potenció el enfoque proactivo de los riesgos, desarrollando el mapa de riesgos del centro, junto con los de áreas como urgencia y, críticos.

Promoción de la notificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación: 572 y 217 respectivamente en 2021

Gestión de riesgos estructurales: mantenimiento preventivo y reactivo de instalaciones, de acuerdo a estándares correspondientes.

Desarrollo de 38 perfiles clínicos con 184 competencias técnicas y 993 subcompetencias, con más de 470 clínicos evaluados

Cumplimiento de los ISPG: higiene de manos 73,3%; listado de verificación quirúrgica 97%; marcado de sitio quirúrgico 86%; trasferencias de información segura 90%

CONCLUSIONES

Aplicar una agenda de mejora basada en los estándares de JCI ha hecho que absolutamente todos los profesionales de un hospital de alta complejidad se alineen y coordinen para conseguir una acreditación tan exigente. Con un liderazgo participativo las personas hacen posible lo imposible.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO PREM PARA CÁNCER– DE MAMA DE PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA

LAURA LEMA ROSO [(1)]; ASIER PÉREZ [(2)]; ANA VADILLO [(2)]; BEÑAT GALDÓS [(2)]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [(2)] PANEL HEALTH (WHYKERS)

ID: *6825*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Experiencia del paciente, PREM, cáncer familiar, validación*

JUSTIFICACIÓN

El diseño y validación de cuestionarios cualitativos, como son los PREM, forma un proceso único e indisociable. La participación de los pacientes para la modulación de las preguntas es fundamental. Estos cuestionarios van a generar métricas de la experiencia del paciente por lo que tienen que estar escritos en lenguaje asequible, para poder evaluar de la manera más acertada su experiencia a lo largo del servicio.

OBJETIVOS

El objetivo principal es diseñar y validad un cuestionario de experiencia del paciente que permita la mejora de atención en la consulta de cáncer familiar.

El objetivo final es obtener aprendizajes de cómo el paciente vive las preguntas y respuestas. Se pretende aprender de manera abierta, ampliando el foco, si las preguntas y respuestas que se han preparado apelan y tiene sentido para los pacientes atendidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir del contexto asistencial de la consulta de cáncer familiar del Hospital Universitario 12 de Octubre, se mapea el itinerario del paciente a lo largo de todo el proceso de derivación y atención en la consulta, teniendo en consideración los puntos de contacto con el servicio y la situación emocional experimentada durante ese tiempo.

Tras el mapeo se confeccionaron las preguntas y las posibles respuestas, cuando se espera que estas sean cerradas. Este borrador de cuestionario se valoró conjuntamente con los profesionales que interactúan en el proceso y posteriormente con un grupo de pacientes de perfiles diversos, mediante conversaciones individuales con pacientes sin interrogar directamente sobre el cuestionario. Se realizaron seis entrevistas de retroalimentación, tras estas entrevistas se logro saturación de la información; siendo por tanto redundante y no se producen nuevos aprendizajes.

RESULTADOS

Se elaboró un cuestionario de experiencia del paciente que incluía dos momentos de aplicación del mismo, la primera visita a la Unidad de Cáncer Familiar y tras conocer el resultado de las pruebas genéticas. Las principales dimensioesn consideradas fueron, el trato y relación con los profesionales, la información facilitada y comprensión de la misma, el manejo de dudas y el estado emocional que implicó la visita. El cuestionario inicial constaba de un máximo de 18 preguntas y el cuestionario tras el resultado de las pruebas 12.

CONCLUSIONES

La confección de cuestionarios PREM, tanto de las preguntas como posibles respuestas, requiere conocer el itinerario del paciente y sus puntos de contacto; así como el flujo de los profesionales sanitarios.

El proceso de validación de cuestionarios PREM requiere una mentalidad abierta de investigador etnográfico para aprender cómo los pacientes viven el cuestionario e integrar estos aprendizajes de manera iterativa. Se trata de hablar el lenguaje del paciente y no el lenguaje sanitario. El objetivo es medir la experiencia del paciente, no el rendimiento de los profesionales o del hospital.

BRIEFING COMO PRACTICA SEGURA EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN DE LA COVID-19 EN UNA COMUNIDAD AUTONOMA

MONTSERRAT GENS BARBERÀ [(1)]; NURIA HERNANDEZ VIDAL [(1)]; CLARA PAREJA ROSSELL [(2)]; GLORIA OLIVA OLIVA [(3)]; DAVID AYALA VILLUENDAS [(1)]; EULÀLIA ORIOL COLOMINAS [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] GERENCIA CAMP DE TARRAGONA, [(2)] DEPARTAMENT DE SALUT CATALUNYA, [(3)] DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA

ID: *6828*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *BRIEFING VACUNACIÓN COVID-19 PROSPCat PRACTICA SEGURA*

JUSTIFICACIÓN

El proceso de vacunación contra la COVID-19 se realizó en los centres de salud(CS) y en puntos de vacunación masiva donde profesionales de múltiples entornos asistenciales y nuevos roles, en un entorno no habitual, con procedimientos y sistemas de información distintos, podían comprometer la seguridad del paciente(SP).

OBJETIVO

Incorporar una práctica segura mediante la creación de una lista de verificación(LV) en la aplicación proactiva en SP(PROSPCat), identificar áreas críticas y implantar acciones de mejora en el proceso de vacunación de la COVID-19 en nuestra comunidad autónoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña una LV:"COVID19: Incidencias" en la aplicación PROSPCat que contiene las diferentes fases del proceso de vacunación: control de estocs; almacenaje: control de caducidades y correctamente almacenadas; control de cadena frio; conectividad con estación clínica o plataforma K2; admisión: citación y admisión correcta; registro: identificación del paciente, tipo de vacuna, dosis administrada, lote, zona de administración; preparación: material necesario, profesionales adecuados, tipos de vacuna correcta y preparación correcta; administración: identificación del paciente, tipo de vacuna, frecuencia de administración, dosis de vacuna. Se realiza un briefing estructurado entre el equipo de vacunación de cada punto al final del proceso de vacunación. Realización LV en web o app disponible por Android o Apple. Diseño cuadro de mandos automatizado con indicadores para la gestión diaria y datos agregados.

RESULTADOS

Periodo: enero a diciembre 2021. 2 webinars realizados. LV realizadas de briefings de incidencias :15.075, 1.349LV(8,9%) han generado incidencias. Dosis administradas (DA) totales: 2,561.914, 14.848(0,50%) con incidencias. DA por tipo de vacuna: Astra Zeneca 370859 dosis administrados, 800 (0,16%) con incidencias: 0.09% de admisión (citación)y

0.03 de registro. Jansen: 72.236 dosis administradas, de las cuales 388 (0,54%)con incidencias: 0.47% admisión (citación) y 0,03 de registro. Moderna: 669.237 dosis administradas, 1.993 (0,30%) con incidencias: 0,14% admisión, 0,08% de administración (tipo, dosis, identificación y frecuencia de administración). Pfizer: 1,449.582 dosis administradas,11867 (0,82%)con incidencias: 0,27% admisión (citación), 0,24% preparación (profesionales y material necesario) , y 0,20 administración (tipo, dosis, identificación y frecuencia de administración).

CONCLUSIONES

La implantación de las LV PROSP Cat en el proceso de vacunación segura, ha objetivado que todo y las dificultades esperadas, el proceso se ha realizado de forma segura ya que el porcentaje de incidencias en relación al alto número de dosis administradas es bajo. En todos los tipos de vacuna destaca como área critica principal el proceso de citación. En Astra Zeneca i Jansen aparece en segundo lugar el registro, en cambio en Moderna y Pfizer la administración. En Pfiser destaca en tercer lugar el proceso de preparación

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

MARTA AGUAYO ÁLVAREZ [1]; KARLA SALAS GAMA [1]; M SOLEDAD ROMEA LECUMBERRI [1]; ENRIQUETA FELIP FONT [2]; ALBERTO JÁUREGUI ABULARACH [1]; MARIO CULEBRAS AMIGO [1]; IRENE TORRECILLA MARTÍNEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [2] HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, VALL D'HEBRON INSTITUT D'ONCOLOGIA (VHIO)

ID: *6838*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia de paciente Cáncer de pulmón Calidad asistencial Procesos*

JUSTIFICACIÓN

El análisis de la experiencia del paciente es un pilar de la calidad asistencial y una pieza clave para la atención centrada en la persona. Los profesionales sanitarios que han estado pacientes podrían añadir una mirada crítica en el análisis de la experiencia de paciente gracias a su expertez y grado de conocimiento.

OBJETIVO

Conocer la experiencia de los profesionales sanitarios diagnosticados de cáncer de pulmón para identificar posibles situaciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas con 10 profesionales de la salud de cualquier perfil profesional que hubieran pasado previamente toda la vía clínica del cáncer de pulmón. La recogida de experiencias individuales tuvo en cuenta las dimensiones de la experiencia del paciente establecidas en la literatura científica y se recogieron las propuestas de mejora planteadas por los profesionales en cada etapa del proceso clínico. Toda esta información se registró en un único mapa, el Patient Journey Map, que incluía aspectos del mapa de empatía. A raíz de los mapas individuales, se constituyó un único mapa que integró todas las experiencias y propuestas de mejora según las dimensiones de la experiencia de paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes (50% mujeres), de 6 perfiles profesionales diferentes, media de edad 72 ±6 años. El 90% tenían el diagnóstico de adenocarcinoma. El 50% presentaban estadios avanzados (estadio IV). Los participantes expresaron experiencias positivas, neutras y negativas en cada una de las fases de la enfermedad.

Las experiencias positivas más frecuentemente manifestadas fueron la información clara y de calidad en el momento del diagnóstico y opciones de tratamiento, y el grado de apoyo y confort emocional proporcionado por los profesionales.

Las experiencias negativas más frecuentes fueron el tiempo de espera previo a la realización de pruebas y a visitas médicas, así como la carencia de una visión integral del paciente, teniendo en cuenta la salud mental, la rehabilitación, la nutrición y la prescripción de grupos de apoyo de asociaciones de pacientes.

Las acciones de mejora más frecuentemente reportadas por los participantes fueron la necesidad de asegurar la comunicación entre atención primaria y el hospital (80%), promover la visión integral del paciente (70%), garantizar el confort durante la atención hospitalaria (60%), conciliar pruebas y visitas (50%), mejorar el entorno estructural (40%) y garantizar la privacidad, la intimidad y la confidencialidad (20%).

CONCLUSIONES

La exploración y análisis de la experiencia de los profesionales sanitarios que han sido pacientes puede aportar información crítica y específica sobre la atención en salud. Se deben crear estrategias para incorporar sistemáticamente el análisis de la experiencia del paciente en los procesos clínicos y organizacionales para detectar áreas de mejora que agreguen valor y mejoren la calidad asistencial

IMPACTO DEL DESPLIEGUE DE LA LEY DE LA EUTANASIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

CLARA PAREJA ROSSELL [(1)]; MARIA AZUCENA CARRANZO TOMÁS [(2)]; GLÒRIA OLIVA OLIVA [(3)]; JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ [(3)]; MARINA CAÑERO MARTÍNEZ [(3)]; SANDRA BARRIO BERNAT [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA, [(2)] DIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITÀRIA. DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA., [(3)] DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA.

ID: *6842*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Eutanasia, Humanización, Impacto, Gobernanza*

JUSTIFICACIÓN

El despliegue de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia 3/2021 de 24 de marzo (LE) que entró en vigor el 25/06/2021 ha significado para las comunidades autónomas (CA) un esfuerzo de organización desde el punto de vista jurídico hasta el más operativo para dar respuesta a las necesidades de la sociedad. Desde nuestra CA se organizó el despliegue durante los meses previos a su entrada en vigor para estar preparados: se elaboró un marco jurídico, se crearon los organismos según lo indicado en la LE y se organizó la operativa con todos los actores implicados.

OBJETIVO

Describir el impacto del despliegue de la LE definido como solicitudes y ayudas para morir prestadas en nuestra CA e identificar los puntos fuertes y oportunidades de mejora de la organización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los datos relativos al periodo 25/06/2021-30/11/2021 de las solicitudes realizadas para solicitar la prestación de ayuda para morir en nuestra CA y los principales puntos fuertes y de mejora identificados.

RESULTADOS

Se presentan datos hasta 30/11/2021 (en caso de aceptación de la comunicación se ampliarán hasta 08/06/2022). Solicitudes recibidas: 53 (34 Atención Primaria; 19 Hospital); solicitudes aprobadas 28 (realizadas en Atención Primaria 11 y 13 en Hospital; 4 pendientes de realizar), denegadas 3 y en curso 14. Defunciones antes de recibir la ayuda para morir 6. Solicitudes por patología: neurodegenerativas 23; oncológicas 14; otras 16. Media de tiempo de resolución: 41 días. Profesionales objetores (<0,5% de los profesionales de la CA): 90 (77 médicos, 12 enfermeras, 1 farmacéutico). Puntos fuertes: compromiso y coordinación de todos los actores implicados (gobierno, proveedores y profesionales), elaboración de marco jurídico, creación de estructura de soporte (equipo de técnicos y plataforma tecnológica), definición e implementación de protocolos asistenciales, formación de profesionales, comunicación específica para profesionales y ciudadanía actualizada y accesible, gestión de la comunicación de datos. Oportunidades de mejora: Espacios de reflexión para los profesionales, mejoras de las prestaciones tecnológicas de la plataforma para gestionar las solicitudes, simplificación de los procedimientos, relación con los medios de comunicación.

CONCLUSIONES

El impacto en cuanto a solicitudes y la prestación de ayuda para morir ha sido importante, aunque dada la ausencia de antecedentes era difícil prever como evolucionaría. La coordinación y el compromiso de todos los implicados ha sido clave para ofrecer este servicio a las personas que lo han solicitado. Esta experiencia de despliegue es un ejemplo de buenas prácticas desde el punto de vista de la Administración Pública.

MEJORANDO LA GESTIÓN ENFERMERA DE LA DEMANDA AGUDA A PARTIR DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

NURIA HERNANDEZ VIDAL [1]; MONTSERRAT GENS BARBERA [1]; MARIA DEL PUY MUNIAIN DIAZ DE CERIO [2]; YOLANDA MENGIBAR GARCIA [3]; MARIA MORENO GOMEZ [1]; NURIA MARTIN VERGARA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL CT_ICS, [2] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA CT_ICS, [3] UNIDAD DEL CALIDAD TERRITORIAL CT_ICS

ID: *6845*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *rol enfermeria, atención aguda, gestión por procesos*

JUSTIFICACIÓN

El año 2007 se inicia en nuestro territorio el proyecto de gestión enfermera de la demanda aguda (GIDA) como puerta de entrada en el sistema sanitario potenciando el rol de la enfermera en los procesos agudos. Su implantación se ha ido realizando de manera irregular en los distintos centros de salud (CS), observando áreas de mejora y necesidad de homogeneizar el modelo asistencial en todo el territorio.

OBJETIVOS

Estandarizar, implantar y evaluar la gestión enfermera de la demanda aguda en las demandas de atención urgente. Identificar, priorizar y dar atención sanitaria a las necesidades de atención urgente, con criterios de seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2017 la Dirección de Atención Primaria (DAP)y la Unidad de Calidad Asistencial (UCA)inician un trabajo colaborativo.Se actualiza el mapa de procesos situando la atención a la demanda aguda como proceso clave.Se aplica la metodología de diseño de procesos.1/Fase planificación (2017): Identificación de esponsor, líderes y referentes “red de expertos asistenciales”.Creación del grupo de trabajo. Análisis de la situación (DAFO).Diseño del procedimiento según dos modelos asistenciales (A: enfermería es la puerta de entrada única al centro i B: se describen los motivos que atiende enfermería y los que atiende el médico).2/Fase implantación (2018-19): Aprobación del procedimiento en los órganos de gobierno.Difusión en los CS, comisiones de calidad y seguridad.Programa formativo con docentes de la red de expertos asistenciales.Seguimiento y soporte en las dificultades específicas de cada centro.3/Fase evaluación (2019-20): seguimiento de los resultados.4/Fase mejora:(2021) Jornada de Reflexión Estratégica donde se evalúan los resultados y la DAP redefine el modelo asistencial, estableciendo que el primer contacto asistencial se realiza siempre por profesionales de enfermería(Modelo A).También define los recursos y circuitos.El modelo organizativo se define en cada CS, dando repuesta al modelo asistencial definido por la DAP.

RESULTADOS

Procedimiento único de atención con puerta de entrada por enfermería.Diagramas de flujo consensuados y aprobados. Implantación en el 100% de los CS.Formación en triaje (81 enfermeras) gestión enfermera de la demanda aguda GIDA (125).En nuestro territorio: porcentaje de visitas GIDA sobre el total de visitas12%.Tasa de visitas GIDA por 1000 población atendida 320, Tasa de visitas no derivadas por 1000 población atendida:150.

En nuestra comunidad autónoma: porcentaje de visitas GIDA sobre el total de visitas 8%.Tasa de visitas GIDA por 1000 población atendida 250,Tasa de visitas no derivadas por 1000 población atendida:140.

CONCLUSIONES

La participación de la UCA, aportando la metodología de gestión por procesos en el diseño e implantación del modelo asistencial definido por la DAP, ha generado en nuestro territorio mejores resultados en la implantación del modelo de GIDA, reforzando el rol de enfermería como puerta de entrada en los centros de salud.

UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA PARA MEJORAR EL EMPODERAMIENTO DE PERSONAS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: RESULTADO PRELIMINAR

CAROLA ORREGO [1]; DÉBORA KOATZ [1]; HELENA VALL ROQUÉ [2]; VANESA RAMOS GARCÍA [3]; ALEZANDRA TORRES CASTAÑO [3]; PATRICIA CIFUENTES PÉREZ [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN (FAD), UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA (UAB), RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (RICAPPS-RICORS), [2] INSTITUTO UNIVERSITARIO AVEDIS DONABEDIAN (FAD), UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA (UAB), [3] FUNDACIÓN CANARIA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CANARIAS (FIISC), SERVICIO DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD (SESCS), [4] FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN BIOSANITARIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (FIIBAP) SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

ID: *6846*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *empoderamiento de pacientes, autocuidado*

JUSTIFICACIÓN

Las Comunidades de Práctica Virtual (CdPV) fomentan el aprendizaje compartido y la transferencia de conocimientos entre personas con intereses y problemas comunes. Ofrecen información, formación, apoyo informal y continuado para gestionar la enfermedad, permitiendo el desarrollo de habilidades de autocuidado para la vida diaria y el empoderamiento sobre su salud.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una comunidad de práctica virtual para mejorar el empoderamiento, capacidad de autocuidado y resultados clínicos. Resultados preliminares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo controlado aleatorizado con diseño mixto en Cataluña, Madrid y Canarias. Se reclutarán 300 pacientes con diagnóstico reciente de CI. Al grupo intervención se le ofrece el acceso a la CdPV empodera2, mientras que al grupo control, atención habitual. La medida principal de resultados es el cuestionario Patient Activation Measure (PAM), administrado al inicio y a los 6, 12 y 18 meses.

La intervención consiste en la participación en una CdPV gamificada, previamente codiseñada con personas con experiencia en CI, que plantea contenidos basados en las dimensiones de empoderamiento: alfabetización sanitaria, toma de decisiones compartidas, autocuidado, apoyo social y familiar. Se implementa en fases: 1) incorporación, 2) capacitación profunda, 3) mantenimiento y consolidación de habilidades y comportamientos. Se complementa con nuevos contenidos adaptados a las necesidades surgidas del monitoreo de la CdPV. Una moderadora motiva la participación y responde a las preguntas con el apoyo de un equipo multidisciplinar.

RESULTADOS

Doscientos nueve pacientes con un diagnóstico reciente de CI fueron reclutados. 142 participantes han completado 6 meses desde el reclutamiento, mostrando un porcentaje de valores perdidos entre el 19,0% y el 20,4%, según el cuestionario. De momento, la intervención no mostró efectos significativos en ninguna de las medidas evaluadas. Sin embargo, alguna de las medidas clave tiene tendencia positiva en sus resultados. Se publicaron 54 contenidos, 2 veces por semana siguiendo las necesidades detectadas en el monitoreo de los comentarios realizados. Los temas principales surgidos son: alimentación saludable, deporte, dejar de fumar, gestionar el estrés y las emociones negativas, afrontar el cambio de hábitos y volver a una vida “normal”. Se presentarán resultados actualizados a Octubre 2022.

CONCLUSIONES

Debido a la afectación de la atención primaria y especializada por Covid-19, el reclutamiento ha sido un reto importante. Continuará hasta alcanzar el tamaño muestral deseado, con el fin de mantener la integridad y validez del ensayo. Una intervención educativa a medida (CdPV) puede acercarse mejor a las necesidades y prioridades de las personas con CI, combinando el apoyo profesional y la cocreación continua de contenidos basada en el monitoreo de la CdPV. Los resultados finales del estudio proveerán información sobre su efectividad y coste-efectividad.

INTEGRANDO A LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE NEONATAL CRÍTICO: PROYECTO INTERNACIONAL RISEINFAMILY

MARTA CABRERA LAFUENTE [(1)]; BARBARA MORENO-SANZ [(2)]; MAITE MONTES [(2)]; MARTA ANTON [(2)]; SANTIAGO RELLO VARAONA [(3)]; ADELINA PELLICER [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(3)] INSTITUTO DE INVESTIGACION IDIPAZ

ID: *6847*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Palabras clave: *FICare, cuidados integrados en la familia, neonatologia, cuidados intensivos*

JUSTIFICACIÓN

Las unidades de cuidados críticos neonatales (UCIN) constituyen ambientes altamente tecnificados y estresantes para familiares y profesionales. Un abordaje holístico, integrando a la familia en el cuidado directo del recién nacido (RN), como un miembro más del equipo sanitario, actuando los profesionales como guías o facilitadores del proceso, ha sido propuesto para sobrellevar estos problemas (Family Integrated Care o FICare). Los pilares básicos incluyen un programa formativo, apoyo psicológico y logístico. Dicho modelo sólo ha sido aplicado en RNs estables, en países desarrollados.

OBJETIVOS

Implantar el modelo FICare en cualquier contexto socioeconómico, basados en la experiencia de una UCIN española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre marzo de 2017 y abril de 2018 un equipo multidisciplinar (sanitarios, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, padres veteranos: FICare-IT) analiza los procedimientos vigentes y elabora el material didáctico y los protocolos FICare adaptados a nuestro medio. Entre mayo y junio de 2018 se difunde y forma internamente al 90% del personal de Neonatología. Entre julio 2018 y diciembre de 2020, se evaluan los procesos. Las familias pasan al menos 6 horas diarias atendiendo a sus hijos ingresados, reciben material didáctico sobre los cuidados del RN inestable y altamente tecnificado, e instrucciónes en comunicación asertiva-empática y autocuidado. El programa incluye dos niveles de intervención, básico y avanzado, dependiendo del paciente y los deseos de los progenitores. La enfermería imparte formación individualizada a pie de incubadora, y talleres interactivos 2-3 veces/semana.

Tras el modelo FICare en nuestro medio, se constituye el consorcio internacional RISEinFAMILY cuyo objetivo es reproducirlo sin restricciones socioculturales, consiguiéndose financiación de Unión Europea dentro del Programa Marco H2020, MSCA- RISE: Marie Sklodowska-Curie Actions for Research and Innovation Staff Exchange.

RESULTADOS

Se incluyen 66 familias y 91 RNs (75% prematuros) en el pilotaje. Todas las familias excepto una, completa el programa individualizado. Las madres permanecen más tiempo que los padres en la unidad ($p<0.05$). En el 70% de las tareas se obtiene en el tiempo esperado. El manual didáctico, los talleres y la formación a pie de incubadora se consideran esenciales para el entrenamiento. Todas las familias repetirían.

Con la experiencia acumulada, se elabora el proyecto RISEinFAMILY con profesionales de la medicina, economía y psicología de 8 países diferentes. Se pretende impactar en la salud de los RNs, mejorar la repercusión psicológica en familias y profesionales, y ser más eficientes en gestión (reducción de estancias, readmisiones, y desgaste profesional).

CONCLUSIONES

El modelo FICare es escalable al RN críticamente enfermo e inestable y es aceptado muy bien por las familias. Especulamos que dicho cambio de paradigma del cuidado neonatal es exportable a cualquier contexto sociocultural sin restricciones.

EL PROCESO DE ENFERMAR DEL MÉDICO, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

INÉS SEBASTIÁN SÁNCHEZ [1]; OSCAR URBANO GONZALO [2]; BARBARA MARCO GÓMEZ [3]; CANDELA PÉREZ ÁLVAREZ [3]; ALBA GALLEGO ROYO [2]; MARIA PILAR ASTIER PEÑA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CS UNIVÉRSITAS, [2] HUMS, [3] HRV

ID: *6858*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Médico/a enfermo, género, enfermedad, comportamientos de riesgo.*

JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermar del médico es complejo puesto que nuestro conocimiento de las enfermedades y del sistema sanitario puede modificar nuestra visión y actitud. La feminización de la profesión médica hace que la perspectiva de género sea clave, ya que es un determinante de salud y puede afectar a los comportamientos de riesgo, al acceso, búsqueda, utilización y experiencia percibida de la atención médica, así como al resultado del tratamiento.

OBJETIVOS

Describir los comportamientos y actitudes de los profesionales médicos/as ante su proceso de enfermar considerando la perspectiva de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un análisis estadístico por sexo de cada variable de la encuesta CAMAPE (Comportamientos y Actitudes del Médico/a ante su Proceso de Enfermar) en la que han participado médicos colegiados en España. Los resultados se presentan en % (varones vs mujeres).

RESULTADOS

Han respondido 4308 médicos/as (1858 hombres y 2450 mujeres) de las etapas profesionales (MIR, Activos y Jubilados) corroborando la feminización de la Medicina y mostrando diferencias estadísticamente significativas entre comportamiento de hombres y mujeres. Las mujeres son más jóvenes (54 y 45 años) y trabajan en especialidades médicas (69% vs 75%) del sector público (62% vs 76%). Los hombres cuentan con más años trabajados (27 vs 19 años). Están más representados en el sector privado (16% vs 11%) y más frecuentemente casados (83% vs 68%), siendo en mayor porcentaje su pareja un profesional sanitario (31% vs 23%). Los hombres sufren más enfermedades crónicas que las mujeres excepto ansiedad (11% vs 15%) y ellas tienen un mejor estado de salud percibido (64% vs 66%). Hombres y mujeres coindicen en la relación directa entre salud y trabajo, siendo ellas quienes más admiten que el trabajo ha condicionado su salud (38% vs 50%) y las que más acuden a trabajar estando enfermas (88% vs 90%). Ambos géneros, especialmente hombres, presentan conductas de riesgo en relación con el cuidado de su salud (consultas informales, automedicación, falta de médico/a de familia, alcohol). Ambos sexos visitan poco a sus médicos de familia (19% vs 27%) y acuden a revisiones de salud laboral (40% vs 47%). Ambos estarían dispuestos a renunciar a la confidencialidad para agilizar el proceso diagnóstico (58% y 63%). Las mujeres se sienten más inseguras (14% vs 20%) cuando atienden a compañeros enfermos y solicitan recibir formación para ello. Más mujeres estuvieron de acuerdo en realizar recomendaciones deontológicas sobre la salud de los médicos (91% vs 96%) y consideran que la validación periódica de colegiación podría contribuir a mejorarla (65% vs 66%).

CONCLUSIONES

Los médicos y médicas tienen diferentes percepciones de la salud y la enfermedad. Comprender el proceso de enfermar de los médicos/as es esencial para la mejora de la salud de los profesionales y de la calidad asistencial.

ESTRATEGIA PARA EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

EDGAR FERNÁNDEZ ALONSO; YARA MARÍA ALONSO TRIANA; ESTHER ARTAJONA RODRIGO; MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ FERRI; ALBA BEREA PALOMO; LIDIA ANDREU MARTÍN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6863*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ISMP, SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS, AUTOEVALUACION*

JUSTIFICACIÓN

Los errores relacionados con la utilización de medicamentos constituyen un problema relevante en el ámbito sanitario. Sin embargo, hasta 2015 no habían sido objeto de una estrategia específica en nuestro hospital.

OBJETIVOS

Incrementar la seguridad en la utilización de los medicamentos en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Autoevaluación (AEV) en 2015 con la versión 1 del cuestionario ISMP España por un grupo multidisciplinar constituido por dirección médica y de enfermería, un experto en gestión de riesgos, un farmacéutico, dos enfermeras y dos médicos.

Desarrollo de una línea estratégica de seguridad en el uso de medicamentos con las siguientes acciones (2015-2020):

- Validación de prescripciones: Contrato de un 2º farmacéutico
- Procedimiento de gestión de botiquines (con auditoria anual), incluyendo una sección de medicamentos de alto riesgo segregados del resto.
- Actualización de los procedimientos de prescripción y administración de medicamentos
- Actualización de la guía farmacoterapéutica (FT)
- Procedimiento de indicación y manejo de bombas de infusión (BI)
- Documentación de un proceso de farmacia con 24 procedimientos operativos (PO) y 16 instrucciones técnicas (IT) que incluyen la preparación de epidural, IT sobre termolábiles y un PO de antídotos
- Creación de una comisión de seguridad clínica (CSC) e implantación de SINASP
- Implantación de un sistema de prescripción y administración de medicamentos informatizada
- No se consiguió la contratación de un tercer farmacéutico para abordar la conciliación de medicamentos (CM) AEV con el cuestionario ISMP España en 2022

RESULTADOS

La 1ª AEV en 2015 mostró un hospital con elevada inmadurez en el ámbito de la seguridad clínica que afectaba a la mayoría de los criterios y que dio lugar a las líneas estratégicas mencionadas. En 2022 se ha realizado la 2ª AEV con la nueva versión del cuestionario obteniendo una puntuación global de 58,92%.

Puntos fuertes:

- Criterio 3. Establecimiento de un sistema controlado de Guia FT (96,43%)
- Criterio 6. Medicamentos correctamente acondicionados (97,06%)
- Criterio 10. Productos químicos peligrosos aislados (100%)
- Criterio 15: Formación continuada en prevención de errores a los profesionales sanitarios (93,15%) Puntos débiles:
- Criterio 2. Información disponible de medicamentos: 27,96%; Debido a la inexistencia de un procedimiento de CM.
- Criterio 11. Adquisición de dispositivos de administración de medicamentos 35,94% (Nuestro PO de indicación y manejo de BI ha envejecido rápidamente dada la evolución de la tecnología)
- Criterio 18. Se fomenta la detección y notificación de errores y su análisis. (31,13%). A pesar de la CSC del hospital no hay subgrupo específico de seguridad en medicamentos.

CONCLUSIONES

La utilización del cuestionario ISMP junto con el liderazgo de un grupo de profesionales ha hecho madurar la gestión de la seguridad en el uso de medicamentos en nuestro hospital alcanzando acciones planteadas. Es momento de volver a planificar en busca de la excelencia.

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

YURI FABIOLA VILLÁN VILLÁN; SONIA RIERA MARTÍNEZ; BÁRBARA MARTINEZ DE MIGUEL; JAVIER COBAS GAMALLO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *6869*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Seguridad es un elemento organizativo básico para la seguridad del paciente en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (Decreto 4/2021). Se plantea una metodología para su realización.

OBJETIVO

Desarrollar el Plan de Seguridad del Paciente de forma dinámica y participativa. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Evaluación basal: estructura, UFGR y acciones en desarrollo
2. Análisis estrategias de seguridad y líneas aplicables al contexto
3. Revisión protocolos: identificación inequívoca del paciente
4. Elaboración programa de acciones previstas: definición objetivos anuales operativos y sistema de notificación de incidentes
5. Elaboración plan de formación
6. Definición evaluación y seguimiento

RESULTADOS

- La elaboración del plan fue liderada desde la Dirección, responsable de seguridad del paciente apoyado en grupos de trabajo UFGR.

  Estructura: responsable de seguridad del centro, responsables de seguridad del paciente de los servicios y unidades (N=247) y vocales de la UFGR (N=80). Se especificaron funciones.

  UFGR: objetivos y actividades grupos de trabajo (N=7). Creación de un nuevo grupo.

  Acciones en desarrollo en el hospital: identificadas acciones en marcha con impacto en seguridad del paciente, lideradas desde distintos servicios/unidades/comisiones clínicas. N=5.

  Acciones del sistema de seguridad del paciente norma UNE 179003: riesgos matriz de riesgos (N=90), objetivos transversales (N=3), indicadores (N=40), notificaciones (N=1150) y rondas de seguridad (N=5).

  Identificación requisitos en seguridad del paciente para centros, servicios o unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) y Redes de Referencia Europea (ERN) N=5.
- Líneas estratégicas: aplicaron al contexto 6 líneas de la Estrategia de Seguridad del Paciente SNS y 11 de la estrategia del SERMAS.
- Protocolos: identificación inequívoca del paciente. Revisión y actualización por la Dirección de Enfermería.
- Programa de acciones previstas:

  Definidas las siguientes categorías de OBJETIVOS

  - Contrato Programa
  - Equipo Directivo
  - UFGR
  - Sistema de Gestión de riesgos
  - Proyectos institucionales
  - Servicios

  Notificación de incidentes: protocolo de gestión del sistema de notificación integrando varias fuentes de información
- Plan de formación:

  Básica dirigida a todo el personal sanitario del hospital:

  Cursos residentes de primer año: 3h.

  Curso anual: contenidos de calidad y seguridad del paciente. 18h.

  Avanzada para los responsables de seguridad.
- Evaluación y seguimiento del plan: Cuadro de mandos certificación Norma UNE 179003:2013. Evaluación objetivos anuales operativos, auditorías internas y externas en el marco del sistema integrado.

CONCLUSIÓN

La elaboración del Plan de Seguridad del Paciente del hospital ha permitido estructurar las acciones que se están desarrollado y definir objetivos específicos.

LA CONSULTA QUE LLEGÓ PARA QUEDARSE: ¿A QUÉ POTENCIALES RIESGOS SE ENFRENTAN LOS PACIENTES EN LA CONSULTA NO PRESENCIAL?

SARAY MARTÍN MONTEAGUDO [(1)]; LUZ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ [(2)]; MERCEDES BERNAD VALLÉS [(3)]; Mª PÍA RODRÍGUEZ MARTÍN [(1)]; ANA BELÉN CASTRO RIVERO [(4)]; JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNÁNDEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA, [(2)] C.S. LA ALAMEDILLA, [(3)] C.S. CALZADA DE VALDUNCIEL, [(4)] C.S. LINARES DE RIOFRÍO

ID: *6874*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente, Consulta no presencial, Atención Primaria, Técnica Delphi*

JUSTIFICACIÓN

La consulta no presencial (CNP) fue la modalidad de atención mayoritaria en la pandemia COVID-19, ocupando actualmente una parte importante de la actividad asistencial. La acelerada innovación y el uso masivo de la tecnología impulsan también su desarrollo. Sus normas de calidad, responsabilidad y compromiso con el paciente deben ser las mismas que en la consulta presencial.

OBJETIVOS

Conocer los posibles riesgos para la seguridad del paciente (SdP) que pueden ocurrir en cada fase de la CNP desde la perspectiva de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo basado en la técnica Delphi. Se solicitó la participación de 88 expertos: 54 médicos de familia, 30 enfermeras y 4 pediatras de centros de salud urbanos y rurales de un área de salud. El cuestionario se estructuró en 8 apartados: experiencia, riesgos potenciales, barreras, ventajas, desventajas, impacto, indicación y percepción. Se calculó la distribución de frecuencias de las respuestas agrupadas en función de la similitud de sus enunciados.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 47 (53,4%) personas, 23 (48,9%) médicos, 22 (46,8%) enfermeras y 2 (4,3%) pediatras; la mayoría (89,4%) mujeres. En cuanto a los riesgos para la SdP en la CNP en la fase de preparación destacan el atender a pacientes desconocidos no pertenecientes al cupo o desplazados (15), las historias clínicas llenas de información irrelevante o incompletas (13), la insuficiente información previa del paciente (10) y la falta de tiempo para preparar la consulta (5). En la fase de contacto, los principales riesgos son la comunicación limitada por problemas sensoriales, cognitivos y/o idiomáticos (18), que el paciente no responda a la llamada (11), que los datos de contacto no estén actualizados (7) y la sobrecarga de las líneas telefónicas (7). En la fase de desarrollo, destacan la incorrecta interpretación de los síntomas pudiendo llevar a un diagnóstico erróneo (15), la falta de comprensión del tratamiento o pautas a seguir por el paciente (13), los retrasos diagnósticos (11) y la dificultad para valorar la gravedad del proceso (9). En la fase de cierre, resaltan la imposibilidad de entregar información por escrito al paciente (15), la dificultad en la continuidad de la atención (10), la falta de registro de las actuaciones en la historia clínica (6) y la duplicidad de las consultas (4). Por último, los aspectos de la CNP que pueden presentar mayor riesgo para la SdP respecto a la presencial son la ausencia de exploración física (17), la incapacidad para interpretar la comunicación no verbal (15), la dificultad del paciente en reconocer el tratamiento prescrito (14) y la dificultad para establecer un diagnóstico (10).

CONCLUSIONES

La modalidad de consulta no presencial, por sus características, conlleva un mayor riesgo para la SdP que la presencial. Es necesario conocer estos potenciales riesgos para introducir las barreras que nos permitan minimizarlos.

¿HA MEJORADO LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE PROFESIONALES SANITARIOS? ESTUDIO COMPARATIVO PRE/POST-PANDEMIA.

ROSA Mª SABATER-RAGA; JOANA GUERRERO-MONGE; ELISABETH SÁNCHEZ-PUJOL; ANDREU ALOY-DUCH; ELOÍSA MICÓ-REYES; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6879*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Palabras clave: *Dieta mediterránea, adherencia, estudio PREDIMED*

JUSTIFICACIÓN

El estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) es un ensayo clínico nutricional, multicéntrico y aleatorizado para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Las conclusiones de este estudio fueron determinantes: los participantes, alimentados con dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos, redujeron la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular mayor (ictus, infarto de miocardio o muerte cardiovascular) en un 30%.

OBJETIVO

Comparar la adherencia a la Dieta Mediterránea (DM) de los profesionales sanitarios en un hospital general de referencia, en un estudio comparativo prospectivo pre/post-pandemia, entre 2018 y en 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio prospectivo comparativo mediante una encuesta anónima realizada “en línea” entre los períodos 2018 y 2022, utilizando el test específico del estudio PREDIMED.

Para conocer el % de adherencia a la DM se utilizó el test de 14 variables validado para la población española (PREDIMED). Al test se le asigna un valor de 1 punto para cada una de las variables con connotación positiva respecto a la DM y un 0 cuando tienen una connotación negativa. A partir de la suma de los valores obtenidos se determina el grado de adherencia a la DM cuando la suma de factores pro-dieta suman ≥ 9 puntos sobre un total global óptimo de 14 puntos. En 2022 hemos incorporado la evaluación del ejercicio físico (test de BPAAT), y el consumo de tabaco.

RESULTADOS

En ambos períodos se envió la encuesta a los 1600 profesionales del centro. Se detalla la comparativa de resultados de las encuestas realizadas en 2018 y 2022, respectivamente. Los datos demográficos no mostraron significación estadística respecto a:

La tasa de respuesta a la encuesta fue del 23%, y del 24%. La media de edad fue de 45 ± 11 años, y 43 ± 12 años.

El predominio de respuestas fue en mujeres en un 83%, y en un 84%.

En relación a las 14 variables. La adherencia a la DM aumentó del 58%, y 69,7% (P <0,0001). La adherencia a la DM fue alta (>90%) en:

El uso de aceite de oliva cocinando (97%, y 98%) y su consumo (65%, y 70%). La ingesta baja en mantequillas (98%, y 99%).

La ingesta baja en refrescos (94%, y 97%).

La adherencia fue baja (< 50%) en ambos períodos, en: frutas, legumbres, verduras, pescados, y vino.

La adherencia fue intermedia (entre el 50 y el 90%) en ambos períodos, en: la cantidad de aceite de oliva; exceso en carne roja, repostería y sofritos; falta de frutos secos y carne blanca.

En actividad física (2022) un 24% de trabajadores son sedentarios, y un 20% continúa fumando.

CONCLUSIONES

Globalmente ha mejorado la adherencia a la dieta mediterránea, si bien destaca un bajo consumo de pescado, frutas y legumbres; y un persistente consumo de carnes rojas, repostería y sofritos. El 50% no cumple con los criterios de actividad física saludable siendo más sedentarios que la población en general.

ENCUESTAS A TRAVÉS DE SMS: UNA FORMA SENCILLA, ACCESIBLE Y EFECTIVA DE CONOCER LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

PURI MAGÁN TAPIA [1]; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA [1]; JOSÉ CARLOS ESTEVEZ MUÑOZ [2]; JUAN JOSÉ RUIZ MARTÍNEZ [2]; MARCOS MARTÍ ARGANDOÑA [3]; SONIA MARTÍNEZ MACHUCA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA, [2] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, [3] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *6883*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Experiencia paciente; encuesta; Mejora*

JUSTIFICACIÓN

La medicina basada en el valor (MBEV) implica cambiar la relación de una organización sanitaria con el paciente. La experiencia del paciente (EP) forma parte de la MBEV, y su medición es una herramienta para el cambio

OBJETIVO

Conocer la EP atendido en consulta presencial de medicina (MF) o de enfermería en una gerencia de Atención Primaria (AP), y realizar acciones de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de una encuesta para envío por SMS a la población ≥18 años atendida en las consultas de MF y enfermeras de las 7 áreas sanitarias (AS) de la gerencia (segmentación por profesional y AS). Población de referencia: 1.706.198 pacientes atendidos en consulta presencial en octubre de 2021. Para una confianza del 95% y una precisión de ±1,4, se necesitan 4.900 encuestas respondidas mensuales (considerando una tasa de respuesta del 25%, es necesario enviar 20000 SMS/mes)

Encuesta de 13 preguntas: 7 sobre la comunicación con el paciente y la accesibilidad, valoradas en una escala del 1 al 5 (mejor valor); el Net Promoter Score (NPS) y una pregunta abierta para explicar la puntuación del NPS; y preguntas de clasificación. El envío de SMS comenzó el 30 de marzo

El análisis de los resultados y las propuestas de mejora se realizan en la Comisión de Dirección, en la de Calidad, y en las direcciones de cada AS

RESULTADOS

Tasa de respuesta del 33,5%, 57,1% mujeres y 46,6% tienen entre 50-69 años. Porcentaje de respuestas con valores de 4 o 5: 78,5% a la facilidad para conseguir cita; 82,4% al tiempo de espera desde la hora de la cita hasta ser atendido; 94,8% a la valoración del trato; 94% a la confianza en el profesional; el 93,7% en valorar la oportunidad de preguntar; el 94,2% sobre la claridad de la información; y 93,2% al tiempo dedicado por el profesional. Al desagregar por AS, los resultados relacionados con la comunicación siempre son mejores que los de accesibilidad. Lo mismo ocurre al desagregar por profesional, siendo las enfermeras las que tienen mejores

RESULTADOS

NPS global: 52 (57, enfermeras, y 47 los MF). Por AS varía de 43 a 62

Análisis cualitativo de las respuestas de los promotores (9-10 en el NPS) destacan el trato y la confianza. En muchos comentarios se cita el nombre del profesional que le atendió. Para reforzar a los profesionales mencionados se ha redactado un correo electrónico que se enviará a cada profesional desde la Dirección del AS

Los detractores (0-6 del NPS) resaltan la dificultad para conseguir cita y el trato del profesional. El 5,2% de los detractores indican que la causa de la puntuación es la presencia de barreras en el acceso. Se realiza un seguimiento semanal de estas respuestas por si se nombra algún centro concreto y se puede intervenir

Se analizará el NPS por AS en relación a los resultados de la encuesta de calidad de vida laboral, del contrato programa y ausencias de profesionales

Los resultados serán actualizados

CONCLUSIÓN

Medir la EP nos permite mejorar la atención sanitaria prestada, y reforzar a los profesionales

INFECCIÓN POR VIH: ¿UNA PANDEMIA BAJO CONTROL?

MARIA LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ [1]; MARIA DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO [1]; GARCÍA FRESNILLO MAUEL [2]; MANUEL GOMEZ GARCÍA [3]; BEGOÑA ARTOLA IRAZABAL [3]; MÓNICA MORAN ARRIBAS [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] CENTRO DE SALUD INFANTA MERCEDES, [3] CENTRO DE SALUD MIRASIERRA, [4] DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

ID: *6890*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VIH, PROYECTO, DIAGNÓSTICO*

JUSTIFICACIÓN

El VIH es un importante problema de salud pública en el mundo y en España. Desde el año 2011 hasta 2021 se han notificado 8.852 nuevos diagnósticos de infección (algunos tardíos o con enfermedad avanzada) en personas residentes en la CCAA. La prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje del paciente con VIH y otras ITS en Atención Primaria (AP) para hacer frente a esta pandemia hacen necesaria la elaboración de un proyecto desde una perspectiva multidisciplinar y contando con diferentes ámbitos asistenciales

OBJETIVOS

Disminuir la incidencia de infección por VIH y otras ITS, aumentar su diagnóstico precoz, disminuir los casos no diagnosticados, y mejorar el proceso asistencial de atención al paciente con VIH y de otras ITS en AP

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha elaborado un Proyecto para el abordaje compartido del diagnóstico precoz y la infección por VIH y otras ITS en el paciente desde AP contando con profesionales de este ámbito, Salud Pública, Atención Hospitalaria y referentes de Sociedades Científicas. Se han establecido cuatro líneas de trabajo: elaboración de un protocolo clínico tomando como base documentos técnicos, documentos del Ministerio de Sanidad y otras autoridades sanitarias y revisión bibliográfica; Educación para la Salud (EPS) e Intervención Comunitaria (IC); Continuidad Asistencial (CA) y formación para los profesionales sanitarios. Se han establecido indicadores de seguimiento de la implantación del Proyecto

RESULTADOS

El Protocolo clínico incluye los siguientes aspectos: población diana, anamnesis para la identificación de pacientes con riesgo de adquirir o haber adquirido la infección por VIH; anamnesis para la primoinfección o existencia de enfermedad indicadora, diagnóstico de la infección; comunicación de resultados; derivación a consulta de profilaxis preexposición, creación de alertas en la HC ante enf. Indicadora (121.150 alertas cargadas) o situación de riesgo, protocolo de registro e indicadores de seguimiento

Se ha diseñado una Intervención Comunitaria Marco para conmemorar el Día Mundial del SIDA en los centros de salud (CS) (48 realizadas) y se ha impulsado la realización del Proyecto de EPS Sexualidad y prevención de ITS disponible para los CS de la CCAA (56 realizadas)

Se ha diseñado un plan formativo y se han programado 8 ediciones para el año 2022 (52 profesionales formados en 3 ediciones)

Se han realizado 4 reuniones de coordinación sobre CA

El Proyecto se ha presentado y difundido mediante un seminario web a todos los CS de la CCAA y está disponible en la intranet de AP

CONCLUSIÓN

El abordaje de la infección por VIH y otras ITS debe ser multidisciplinar, requiere la implicación de todos los actores que intervienen y coordinación de todos los ámbitos asistenciales, siendo clave implantar un protocolo clínico y de registro que facilite el proceso. Debe reforzarse con sensibilizar y empoderar a la población mediante educación sanitaria individual, grupal y participación comunitaria, y la mejora de la práctica clínica promoviendo un plan de formación específico

APLICACIÓN DE ANÁLISIS VALUE STREAM EN EL ÁREA DE SEROLOGÍA DE UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

SONIA BAZÁN [1]; MIRIAM LATORRE MILLÁN [2]; RAQUEL ACERO [3]; CLARA PINILLA MAINAR [4]; MATILDE GARCÍA GALLO [4]; ANTONIO REZUSTA LÓPEZ [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET / INSTITUTO INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN, [3] UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA / INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN INGENIERÍA DE ARAGÓN (I3A), [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [5] HOSPITAL UNVIERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6901*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *value stream, lean, serología, microbiología*

JUSTIFICACIÓN

Aumentar la eficacia y eficiencia del servicio prestado por serología.

OBJETIVOS

Optimizar los procesos de diagnóstico de determinaciones COVID-19 y no-COVID mediante Análisis Value Stream. Implantar LEAN en un área de gran impacto. Identificar, eliminar y optimizar las actividades que no aportan valor añadido al proceso y generar propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Análisis histórico de determinaciones por tipología y frecuencia acumulada.
2. Separación y análisis de flujos de proceso para determinaciones COVID-19 y no-COVID (VIH, HEPC y LUEST).
3. Mapeo de procesos y aplicación de herramienta Value Stream Mapping (VSM) siguiendo el flujo de las muestras en ambos circuitos.
4. Definición y medición de indicadores del proceso. Tiempos de procesado y número de tareas por tipo de muestra. Tiempo de proceso total desde recepción de la muestra en preanalítica hasta validación por FEA.
5. Análisis del valor añadido de los dos circuitos: desperdicios en procesos y generación de ideas de mejora.
6. Definición del flujos de proceso ideal, Value Stream Design (VSD) y recálculo de indicadores.

RESULTADOS

Se determinaron los caminos críticos de los circuitos con mayor duración y/o frecuencia acumulada: COVT (+) (anticuerpos totales nucleocápside) y COVIDIGG (IgG espícula) / VIH (-) / HEPC (-) / LUEST (-). El análisis de la cadena de valor indica que el tiempo que aporta valor en proceso en ambos circuitos es similar (12%). Respecto a los desperdicios, un alto porcentaje del Tiempo total de Proceso corresponde a esperas (85%) además de movimientos y transportes innecesarios de muestra. Considerando el número de tareas totales del proceso, más del 85% es realizado por personal técnico, suponiendo menos de un 2% en tiempo en ambos circuitos. Se proponen mejoras focalizadas en el proceso de recepción de muestras y en el software de gestión SIGLO para optimizar los procesos de validación del facultativo, así como la generación de flujo continuo evitando esperas. La sustitución parcial de equipos, AQUA-7000 por COBAS p612 en preanalítica y la incorporación de COBAS e801, permite en circuito no-COVID la optimización de seroteca, reducir tiempo de proceso (96%), e incrementar el valor añadido (87%).

CONCLUSIONES

La implementación de la herramienta Value Stream Análisis permitió medir y analizar los tiempos de proceso y la cadena de valor del proceso de serología para muestras COVID-19 y no-COVID, así como cuantificar el impacto de eliminación de esperas, transportes y movimientos innecesarios en el proceso, cambios de layout y de equipos asociados.

IMPACTO DE UN MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES CON OBESIDAD

KARLA SALAS-GAMA [1]; GEORGINA MARTINEZ FERNÁNDEZ [2]; ALBA ZABALEGUI EGUINOA [3]; ANA MARTI DELGADO [4]; SOLEDAD ROMEA LECUMBERRI [5]; ANDREEA CIUDIN MIHAI [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CALIDAD - HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON, [2] UNIDAD DE CALIDAD - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [3] UNIDAD DE OBESIDAD - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [4] UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [5] DIRECCIÓN DE CALIDAD, PROCESOS E INNOVACIÓN - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

ID: *6907*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Toma de decisiones compartida; Evaluación; Atención Centrada en la Persona*

JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones compartida (TDC) es un proceso dónde profesional de salud y paciente trabajan conjuntamente para tomar la mejor decisión de salud posible. La incorporación estructural en la práctica asistencial de un modelo de TDC podría mejorar el grado de conocimiento y satisfacción de los pacientes con el proceso de toma de decisiones.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un modelo de TDC a través de un estudio piloto en pacientes con obesidad clase 3, candidatos a elegir tratamiento con hábitos saludables, con o sin tratamiento farmacológico, vs. cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, en el que se incluyeron pacientes adultos, con obesidad clase 3 (IMC ≥40Kg/m2), a los que se aleatorizó a un proceso de TDC que incluía un modelo de tres fases: elección, opciones y decisión, acompañado del uso de un documento de ayuda a la TDC (grupo intervención), o a la práctica clínica habitual con información detallada por parte de un profesional sanitario (grupo control). Los desenlaces de interés fueron: 1) tipo de tratamiento elegido, 2) grado de conocimiento de las opciones de tratamiento, 3) satisfacción con la decisión, 4) percepción de la calidad del proceso, 5) conflicto decisional, y 6) percepción de participación en el proceso.

RESULTADOS

Este análisis preliminar incluyó 30 pacientes (15 en cada grupo), con una media de edad de 46,8 años (DE 8,9), 76,7% eran mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El 60,0% de pacientes del grupo intervención optó por el tratamiento con hábitos saludables en comparación a un 46,7% del grupo control (p=0.715). El grado de conocimiento de las opciones de tratamiento y el grado de satisfacción con la decisión fue estadísticamente superior en el grupo de TDC que en el grupo control (61,2 vs. 38,8%, p<0.001; 27,9 vs. 22,2, p=0.045; respectivamente). El grupo intervención tuvo una mejor percepción de la calidad del proceso de toma de decisiones en comparación con el grupo control (49,1 vs. 42,9; p=0.054). El grupo de TDC obtuvo menor puntuación en la escala de conflicto decisional en comparación al grupo control, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (37,8 vs. 44,0; p=0.229). No hubo diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a la percepción de participación en el proceso.

CONCLUSIONES

El modelo de TDC propuesto mejora el conocimiento de las posibles opciones de tratamiento, así como el grado de satisfacción con el proceso de toma de decisiones. Las personas del grupo de TDC fueron menos proclives a optar por el tratamiento de cirugía bariátrica. Incorporar un proceso de TDC en la práctica clínica es fundamental para asegurar una toma de decisiones voluntaria e informada, y promover una atención centrada en la persona. Los resultados de este piloto refuerzan la posibilidad de escalar e integrar el modelo de TDC propuesto en la práctica clínica de nuestro hospital.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN SEGÚN JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: EXPERIENCIA Y APRENDIZAJE COMPARTIDO.

NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA; MARTA BEATRIZ GRANDE ARNESTO,; BEATRIZ NIETO PEREDA; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ,; MARIA JESÚS RUANO SANTA ENGRACIA; ALICIA DÍAZ REDONDO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6909*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Joint Commission International, Prevención y Control de la Infección, Proyecto de acreditación*

JUSTIFICACIÓN

Los estándares de gestión relacionados con la prevención y control de la infección (PCI) constituyen un bloque fundamental en la acreditación según el modelo Joint Commission International. La puesta en marcha, implantación y seguimiento de los estándares y elementos medibles es un reto mutidisciplinar e integral que requiere también el apoyo incondicional del equipo directivo.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de implantación de los estándares PCI, y de higiene de manos (HM) (IPSG.5) en un hospital de tercer nivel. Analizar las fortalezas y debilidades evidenciadas durante el proceso de preparación y obtención de la acreditación JCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se constituyó un subcomité de PCI en el Hospital Materno Infantil, como grupo integrado en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Los servicios participantes fueron Ginecología y Obstetricia, UCI Neonatal, UCI Pediátrica, Pediatría, Enfermería, Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Farmacia, Prevención de Riesgos Laborales, Limpieza, Cocina, Ingeniería, Subdirección Médica y de Enfermería y Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Se realizó un mapa de riesgos para priorizar los objetivos anuales. Se revisaron los estándares y elementos medibles, se organizó la documentación exigida, se realizaron visitas de auditoría, y se estableció un cuadro de indicadores propio de PCI.

RESULTADOS

Tras el mapa de riesgos se establecieron objetivos anuales enfatizando la educación a profesionales en recomendaciones de PCI, la mejora de reprocesamiento de equipos, y el impulso del PROA. Se actualizó la documentación requerida, un total de 18 protocolos y procedimientos. El cuadro de indicadores incluye indicadores de resultado, como las tasas de prevalencia de IRAS global, densidad de incidencia (DI) de microorganismos multirresistentes, de infección asociada a dispositivo en UCI Neonatal y Pediatría, COVID-19, brotes nosocomiales, EDOs, adecuación del tratamiento y consumo de antibióticos, y bioseguridad ambiental, entre otros. Y también de proceso, como cumplimiento mediante observación directa de HM, auditoría de infraestructuras de HM, limpieza, cocina, obras, residuos, esterilización y asesoría sobre utilización de antimicrobianos. La dificultad, una vez conseguida la acreditación, estriba en el mantenimiento de su cumplimiento y la actividad de un grupo estable PCI.

CONCLUSIONES

Enfocar el PCI con una perspectiva integral y multidisciplinar permite identificar áreas de riesgo prioritarias, definir objetivos anuales, y aunar en un marco global, el trabajo de todos aquéllos que directa o indirectamente impulsan y promueven la lucha contra la infección relacionada con la asistencia sanitaria, indicador de calidad y seguridad del paciente de primer orden en la organizanzión. La puesta en marcha ha supuesto un reto de coordinación, y la acreditación es el primer paso para su consolidación en la agenda de los próximos años.

LABORATORIO DE CUIDADOS. CREAR UNA CULTURA DE INNOVACIÓN EN SALUD

ESTEBAN GOMEZ SUÁREZ [1]; PATRICIA SIRGO GRANDA [2]; MARIA GONZALEZ GARCIA [3]; TATIANA CUARTAS ALVAREZ [4]; ALBERTO ALONSO PEREIRAS [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GRANDE COVIAN, [2] AREA SANITARIA V, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, [4] SAMU, [5] HOSPITAL SAN AGUSTÍN

ID: *6911*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Innovación, pensamiento creativo, laboratorio de cuidados, enfermeras*

JUSTIFICACIÓN

Nuestra organización tiene entre sus propósitos atender a las necesidades de los socios y ser un vínculo entre profesionales y sociedad. Informes internacionales hablan de la capacidad de las enfermeras no solo como agentes de mejora de los resultados en salud, también de reducción de la brecha de género o el desarrollo económico de las comunidades.

Nuestra organización ha adoptado la innovación como un valor prioritario y desarrollamos una estrategia para que la innovación sea un motor de cambio en nuestro sistema sanitario y sociosanitario.

OBJETIVOS

Crear cultura de innovación en cuidados. Disponer de una plataforma referente en innovación en cuidados que permita experimentar a los profesionales con nuevas formas de organización, nuevos paradigmas y nuevas tecnologías que impulsen mejoras en la atención y cuidado de las personas.

MATERIAL Y MÉTODO

1. La creación de sinergias es la herramienta principal empleada. Alojarnos en la milla del conocimiento en Gijón propicia contactos con organizaciones y empresas tecnologicas e innovadoras. El entorno ideal para desarrollar contactos y aprender.
2. Formación alternativa, centrada en el desarrollo de las ideas. Necesitamos aprender a desarrollar ideas y hacerlas proyectos sostenibles, sólidos y confiables. Más allá de cursos apostamos por un modelo de “consultoría” que permita acompañar a las personas en sus proyectos con desing thinking, ecodiseño, financiación…
3. Desarrollo de proyectos con diferentes metodologías, utilizamos modelos como el de “retos a la comunidad” con Impulsa, convenios con Medialab o el acceso a subvenciones con empresas con las que desarrollamos proyectos concretos.

RESULTADOS

- Proyectos de innovación tecnológica.
  - Sistemas de uso de VR y AR para la formación.
  - Web cuidalab.
  - Repositorio OECA.
  - APPs de seguridad.
- Proyectos financiados
  - Enfermeras 4.0 “Otra forma de cuidar a la comunidad” tiene subvención del Ayto. de Gijón a través de los incentivos al ecosistema de desarrollo empresarial.
- Proyectos premiados y seleccionados.
  - Coronacheck. Premiada en los premios ASPID.
  - Enfermeras 4.0. Seleccionada en la convocatoria PIA del COTEC 2022.
- Formación.
  - Jueves de innovación en los que se trabajaron diferentes temas relacionados con la innovación y el emprendimiento.
  - Jornadas de innovación y emprendimiento en cuidados. En marzo de 2022

CONCLUSIONES

El esfuerzo en innovación, ha generado un interés incluso mayor del esperado no solo entre los profesionales sino además en la comunidad empresarial. Esto ha influido en una mejor reputación social de la organización y profesionales más motivados

y orientados. Esta respuesta hace urgente trabajar sobre la organización del laboratorio y algunas cuestiones de importancia como la gestión de patentes o la financiación de los proyectos. Es prioritario mejorar nuestra cultura de innovación y emprendimiento.

INCIDENTES LIGADOS A LA ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

DOLORES BETETA FERNANDEZ [1]; JULIAN ALCARAZ MARTÍNEZ [2]; CARLOS PÉREZ CÁNOVAS [1]; ANA MIRIAM SEVA LLOR [3]; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN [1]; MANUEL PARDO RIOS [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, [2] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, [3] HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA., [4] GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061 REGIÓN DE MURCIA

ID: *6913*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *INCICENTES, URGENCIAS PEDIÁTRICAS, SEGURIDAD DEL PACIENTE, HERRAMIENTA DE MEDICIÓN INCIDENTES*

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de urgencias pediátricas (SUP) son servicios de alto riesgo potencial de aparición de incidentes de seguridad ligados a la asistencia, por los diferentes modelos organizativos, así como por la vulnerabilidad de los niños al daño iatrogénico.

Una mejor comprensión del alcance y la carga del daño pediátrico es esencial para diseñar y efectuar acciones de seguridad dirigidas a reducir las enfermedades prevenibles y canalizar recursos hacia las mejoras necesarias del sistema.

OBJETIVOS

Identificar incidentes de seguridad en los SUP: frecuencia, factores causales y consecuencias. Diseñar una herramienta de evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal, en un SUP. La muestra se seleccionó mediante aleatorización por oportunidad en turno de mañana, tarde y noche. , se recogieron datos durante la asistencia y una semana después por encuesta telefónica, entre diciembre 2018 y enero 2019. La metodología se basó en el estudio regional de incidentes derivados de la atención en urgencias –ERIDA-, basado a su vez en el estudio ENEAS y EVADUR. Cada incidente fue revisado por un evaluador externo. Previo al estudio se realizó validación de herramienta de medición mediante grupo Delphi.

RESULTADOS

Se incluyeron 204 casos. En 25 casos se detectó al menos un incidente, 3 casos tuvieron 2, con una tasa total de 12,3%. 12 incidentes se detectaron en la asistencia, resto en la llamada. El 10% no afectaron al paciente, el 7,1% afectaron, pero sin daño y 82,1% afectaron con daño. En 13 incidentes (46,4%) la atención no se vio afectada, en 8 (28,6%) precisaron nueva consulta o derivación, en 6(21,4%) precisaron más observación y en 1(3,6%) tratamiento médico o quirúrgico. Los factores causales más frecuentes fueron los relacionados con los cuidados 11(39,3%) y con la medicación 10(35,7%). Los efectos derivados de los procedimiento y medicación fueron los más usuales. El 78,6% de los incidentes se consideraron evitables, identificándose el 50% como fallo claro de actuación.

CONCLUSIONES

El 12,3% de los niños atendidos en SUP sufrieron un incidente de seguridad, teniendo una evitabilidad del 78,6%.

La adaptación de un formulario de evaluación de incidentes al entorno pediátrico, mediante grupo Delphi, permitió obtener datos de modo estandarizado, rápido y eficaz.

Tras el estudio se establecen como acciones de mejora prioritarias: mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios, revisar protocolo de analgesia, prescripción informatizada de tratamientos así como doble check, formación en procedimientos y cuidados específicos, disminuir la variabilidad en la práctica clínica habitual mediante la protocolización actualizada y desarrollar cultura de seguridad entre los profesionales que trabajan en los SUP, que facilite la comunicación, notificación de errores y su discusión franca y honesta con la intención de aprender para mejorar.

ANTIBIÓTICOS CON MECANISMO TIEMPO DEPENDIENTE: ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDADES EN LA ADMINISTRACIÓN EN Y

MARIA PÉREZ MORENO; RAFAEL HUARTE LACUNZA; LUCÍA CAZORLA PODEROSO; ANDREA PINILLA RELLO; CARMEN MARTÍNEZ JIMÉNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6927*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *perfusión extendida, beta-lactámicos, compatibilidad, estabilidad*

JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia acerca de la optimización de la eficacia de los antibióticos con mecanismo de acción tiempo dependiente al perfundirlos en un periodo extendido de tiempo. Es por ello que resulta de interés ver cuánto tiempo son estables estos preparados y sus posibles contabilidades para administración intravenosa en Y.

OBJETIVO

Describir la estabilidad diluida de diversos fármacos principalmente beta-lactámicos, que por su mecanismo de acción tiempo dependiente mejoran su perfil de eficacia con el uso de la perfusión extendida. Revisar la compatibilidad de administración de estos antibióticos con otras medicaciones intravenosas.

MÉTODO

El estudio consta de dos partes. Primero se realizó una revisión bibliográfica acerca de los datos disponibles de estabilidad en disolución de los antibióticos susceptibles de mejorar su perfil de eficacia en relación a la ampliación del tiempo de perfusión. Se revisó la dosificación habitual, así como la necesidad o no de la administración de dosis de carga, y las recomendaciones de tiempo de administración en perfusión extendida. Por último, se revisó la estabilidad a temperatura ambiente (24ºC) de las diferentes mezclas. Posteriormente se realizó una segunda revisión analizando la compatibilidad de estos antibióticos con otros fármacos de elevado consumo hospitalario y susceptibles de necesitar administrarse de manera conjunta.

RESULTADOS

En la primera parte del estudio se obtuvieron datos relativos a la dosis de carga (usada en un 75% de los fármacos), de mantenimiento, el volumen de reconstitución (mediana de 100ml) y tiempo recomendado de perfusión extendida (mediana 3 horas). Además, se revisó el tiempo de estabilidad a temperatura ambiente, encontrándose un 83,0% de los antibióticos con estabilidades iguales o superiores a 24 horas.

En la segunda parte, se revisaron las compatibilidades de los 12 antibióticos con un total de 43 fármacos, por su uso frecuente intravenoso en el ámbito hospitalario, con el fin de ayudar a una administración segura; ya que un inconveniente de la perfusión extendida de antibióticos es la ocupación por un periodo prolongado de tiempo de la vía venosa del paciente. Además, también se estudió la compatibilidad con preparados de nutrición parenteral terciaria o binaria. Así, se realizó una matriz con 540 análisis cruzados de compatibilidad que resultó en un 48,0% de casos compatibles, un 8,3% de casos incompatibles y un 43,7% de casos sin datos en los estudios.

CONCLUSIONES

Se proporciona una información actualizada sobre fármacos de extendido uso habitual y también de fármacos de reciente comercialización, con la intención de mejorar la seguridad de las preparaciones, así como de las administraciones en los pacientes hospitalizados.

INTEGRAR VALORES Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

PERCY EFRAIN PANTOJA BUSTILLOS [(1)]; KARLA SALAS-GAMA [(1)]; ANDREEA CIUDIN MIHAI [(2)]; GEORGINA MARTINEZ [(1)]; SOLEDAD ROMEA [(1)]; ANA MARTI DELGADO [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DIRECCIÓ QPI - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [(2)] UNIDAD DE OBESIDAD - HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON, [(3)] HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

ID: *6936*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *DECISIONES COMPARTIDAS, OBESIDAD*

JUSTIFICACIÓN

En la toma de decisiones compartida (TDC) los valores y preferencias hacen referencia a la importancia que le otorga el paciente a los potenciales beneficios y riesgos que pueden resultar de una prueba diagnóstica o un tratamiento. Este estudio se realiza en el contexto del pilotaje de un ensayo clínico para el desarrollo de un modelo de TDC en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVO

Explorar los valores y las preferencias de los pacientes con obesidad clase 3 en el desarrollo de un modelo de TDC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio en el que se incluyeron adultos, con obesidad clase 3 (IMC ≥40Kg/m2) en donde los participantes decidieron en consulta, utilizando el modelo propuesto para la TDC, entre habitos saludables (HS) y la cirugía bariátrica (CB). El modelo incluía tres fases: elección, opciones y decisión; y un documento de ayuda a la TDC con un apartado específico de valores y preferencias.

Se pidió a los participantes que puntuaran en una escala del 1 al 5 qué la importancia que implica para ellos alcanzar un beneficio o evitar un riesgo propuesto. Los participantes también tenían la opción de añadir y puntuar ítems (valores y preferencias individuales) que no estuvieran incluidos en el listado.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes del grupo intervención, con una edad media de 47,7 años (DE 8,9), 15 (68,2%) eran mujeres, 12 (54,6%) decidieron por HS. No se encontraron diferencias entre las caracteristicas demográficas de los pacientes que optaron por HS y la CB.

Los valores y preferencias de mayor importancia para los pacientes en la TDC fueron obtener un menor dolor de articulaciones y espalda (media 4,72; desviación estandar 0,46), alcanzar un mejor control de la apnea del sueño (4,59; 0,59), y ser capaces de poder cumplir con los cambios en la dieta y ejercicio (4,55; 0,60).

En el grupo de personas que optaron por HS, se consideró de mayor importancia disminuir el dolor en articulaciones y espalda (4,75; 0,45), el control de la apnea del sueño (4,58; 0,67) y asumir los riesgos de la cirugía (4,50; 0,67). En el grupo de personas que optaron por la CB, la motivación para cumplir con la dieta y ejercicios (4,80, 0,42) y disminuir el dolor en articulaciones y espalda (4,70; 0,48) .

Entre los valores propuestos por los pacientes, los más frecuentes fueron: aumentar la autoestima (n=3; 13,6%), incrementar capacidad física y agilidad (n=2; 9,1%) y, disminuir el riesgo cardiovascular y oncológico (n=2; 9,1%).

CONCLUSIONES

Comprender e incorporar el análisis de los valores y preferencias de los pacientes en la práctica clínica es esencial para fomentar cualquier modelo de TDC a cualquier escala. Las herramientas de ayuda a la TDC que incluyan la identificación de los valores y preferencias individuales, facilitan al paciente elegir la mejor decisión posible y a los sanitarios realizar una práctica asistencial centrada en la persona.

DEPRESCRIPCIÓN EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS ATENDIDOS POR UN ESAPD

CARMEN DOMÍNGUEZ LORENZO; PILAR AIRA FERRER; CONSUELO TOSAO SÁNCHEZ; ISABEL GARCÍA VERDE; M MAR VICENTE AEDO; CRISTINA GONZALVO TOJAR
CENTRO DE TRABAJO: ESAPD

ID: *6945*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Deprescripción*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Situación de últimos días, deprescripción, cuidados paliativos*

JUSTIFICACIÓN

Las decisiones sobre adecuación de un tratamiento aumentan cuando la persona se acerca al final de la vida, ya que una esperanza de vida muy corta o una situación de deterioro funcional o mental graves obligan a redefinir el objetivo del tratamiento. La evidencia actual defiende que la población diana de la deprescripción (DP) deben ser los ancianos/pacientes frágiles, las personas con enfermedades crónicas avanzadas/complejas y los pacientes con enfermedades en fase terminal.

Disponemos en los últimos años de herramientas validadas para identificar medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) en esta población, como los criterios de Beers, los STOPP/START y los criterios STOPP-Pal, la versión española de los criterios STOPP-FRAIL, dirigidos específicamente a mejorar la prescripción en personas que reciben cuidados paliativos.

Cuando la supervivencia estimada es menor o igual a 15 días (la llamada situación de últimos días/SUD), lo habitual es que se deprescriba porque la vía oral está comprometida, y además se indiquen medicaciones potencialmente inapropiadas en otras fases de la enfermedad.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los pacientes en SUD atendidos en un Equipo de soporte de cuidados paliativos domiciliarios (ESAPD). Conocer la prevalencia de deprescripción global e indicación de otros fármacos en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos por el ESAPD en 2019 y fallecidos en domicilio durante el seguimiento.

RESULTADOS

De los 137 pacientes, el 57.7% fueron hombres, media de edad 82,09 años, 62.8% residentes en domicilio. El 51.8% fueron pacientes en SUD, con una mediana de permanencia en programa de 13 días. A la entrada en programa la media del Índice de Charlson no corregido por edad fue de 6.48, la media del Barthel de 27,10, el PPS 38,39, ECOG 3.18 y del FRAGIL–VIG 0.527. Un 60.6% presentaron algún grado de deterioro cognitivo y el 73% algún tipo de disfagia. La prevalencia de PIM fue del 61,3% y de DP en la 1ª visita 65,5%, siendo en 83,3% de los casos por pérdida de la vía oral asociada a SUD. En pacientes en SUD se prescribió Buscapina en 62.8% (el 93% por vía subcutánea (SC), antieméticos en un 19% (26.9% por vía SC), corticoides en un 35.8% (38% por vía SC), 94.9% opioides (cerca de un 80% por vía SC), y benzodiacepinas en un 88.3%, con casi un 90% por vía SC.

CONCLUSIONES

Un porcentaje importante de pacientes atendidos por el ESAPD son derivados en una fase muy avanzada de la enfermedad, con supervivencias inferiores a 15 días, con altos porcentajes de polifarmacia y PIM, y en los que la deprescripción se produce fundamentalmente por la pérdida de la vía oral. Se objetiva además un alto porcentaje de fármacos que según los criterios BEERS o los criterios STOPP-START no estarían indicados, pero que su adecuación cambia en la fase final de vida, estando justificado mantenerlos e incluso iniciarlos para el control sintomático del paciente.

ATENCIÓN PRIMARIA: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID 19

NÚRIA HERNÁNDEZ VIDAL [1]; MONTSERRAT GENS BARBERA [2]; IMMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA [3]; EVA OYA GIRONA [4]; YOLANDA MENGIBAR GARCIA [2]; MARIA MORENO GOMEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL, [2] UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL CT_ICS, [3] CAP SARRÓ VALLS, [4] CAR SALOU

ID: *6985*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *seguridad del paciente, pandemia COVID19, atención primaria*

JUSTIFICACIÓN

la pandemia de la COVID19 impactó con fuerza cambiando el paradigma de la atención sanitaria en Atención Primaria y poniendo en tensión todo el sistema sanitario sin excepción. Los programas de calidad y seguridad (PCSP) que se venían desarrollando sufrieron también su impacto y tuvieron que adaptarse a la situación. En un entorno de incertidumbre y de gran presión asistencial, nuestra Unidad de Calidad Asistencial (UCA) reforzó las estrategias dirigidas a mantener y reforzar la seguridad del paciente.

OBJETIVO

priorizar y potenciar las estrategias de seguridad del paciente durante la pandemia COVID-19 dirigidas a ofrecer una atención segura en nuestros centros de salud.

MATERIAL / METODOS

Nuestro PCSP consta de diez ejes. El eje de seguridad del paciente contiene estrategias proactivas y reactivas. En 2021 durante la pandemia, ante la certeza que la seguridad del paciente estaba en riesgo, se decidió priorizar y reforzar estas estrategias frente a otros ejes. Entre las estrategias proactivas, se adaptó la aplicación PROSP Cat para hacer el seguimiento del proceso de "vacunación segura", modelo organizativo de los centros de salud y brotes en residencias. Se trabajó colaborativamente con la Dirección de Atención Primaria en el diseño e implantación de los procesos asistenciales. En relación a las estrategias reactivas, se mantuvo la política de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente (UFSP), haciendo el análisis de los incidentes notificados e implantando practicas seguras.

RESULTADOS

Se consiguen el 81% de los objetivos del eje de seguridad del paciente. Se mantienen las reuniones mensuales de la Comisión de Calidad y Seguridad con los responsables de los centros de salud. Se diseñan e implantan en la aplicación proactiva PROSP Cat 10 Listas de verificación relacionadas con procesos propios de los centros de salud (uso seguro del medicamento, área administrativa, unidad de segundas víctimas) y 8 con procesos COVID19 (proceso de vacunación COVID19, Residencias i organización en el centro de salud). Se mantienen el número de notificaciones de incidentes de seguridad (651 frente a los 654 del año anterior). Se publican 5 boletines de seguridad del paciente (general, eventos adversos, laboratorio, vacunas, uso seguro del medicamento), 4 micropíldoras (uso seguro del medicamento y vacunas), se realizan 8 ACR de eventos adversos graves que generan la publicación de 5 casos que enseñan.

CONCLUSIONES

La pandemia COVID19 ha provocado cambios profundos en el modelo asistencial y organizativo de los centros de salud, apareciendo nuevas áreas críticas con impacto directo en la seguridad del paciente. La priorización de los objetivos del eje de SP y el trabajo colaborativo con la DAP, ha sido clave para el desarrollo e implantación de estrategias proactivas y reactivas con el objetivo de potenciar una atención segura y facilitar el trabajo a los profesionales.

LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL INTEGRADA EN LA COMUNIDAD. 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE ASOCIACIÓN AFDA

JAVIER MEDIEL COBO [1]; JAVIER GARCÍA CAMPAYO [2]; MARIA LUISA VELA MARQUINA [3]; LUIS CORTES GONZALEZ [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] AAFDA, [2] SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL MIGUEL SERVET / COORDINADOR MASTER MINDFULNESS, [3] UCA TÉCNICO FUNCIÓN ADMINISTRATIVA, [4] AFDA

ID: *6998*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *depresión, ansiedad, apoyo, cooperación, alfabetización sanitaria, reciprocidad, comunitario.*

JUSTIFICACIÓN

En los últimos 20 Años AFDA (Asociación de apoyo al tratamiento en ansiedad y depresión en Aragón) ha trabajado para abordar los problemas mentales y emocionales de la población desde una perspectiva integradora en la comunidad, supliendo las carencias y necesidades existentes en el sistema.

OBJETIVOS

Proporcionar tratamiento especializado, interdisciplinar, comunitario y asequible para para la depresión, ansiedad, estrés y procesos vitales complicados

Crear espacios de encuentro para compartir experiencias entre personas asociadas y Propiciar la integración social y la participación entre personas asociadas, rompiendo la soledad, el aislamiento y favoreciendo el intercambio.

MATERIAL Y MÉTODOS

AFDA cuenta con un equipo interdisciplinar de 40 profesionales sanitarias y sociales para ofrecer la mejor atención interdisciplinar y especializada con una formación continuada a través de programas de formación interna.

La participación entre personas afectadas, familiares y profesionales como punto de inicio para abordar las necesidades y realidades que se dan. Con cauces de comunicación directa en grupos de trabajo y de comisiones específicas.

Nuestro empeño en integración del centro con la sociedad nos ha llevado a diseñar espacios que permitan la participación de otras entidades. Nuestro principal proyecto es el centro asociativo de salud para el tratamiento de la ansiedad y depresión, un centro de apoyo y tratamiento interdisciplinar abierto a colaboraciones sanitarias, empresariales, educativas y sociales y a propuestas que den mayor amplitud y un tratamiento más integral.

RESULTADOS

Evolución de consultas. 16000 consultas individuales en 2021. 2003 participaciones en talleres, 11 grupos terapéuticos continuos. 24 encuentros familiares al año. 12 programas por área de intervención (discapacidad / mujer / inclusión / promoción de la autonomía en personas mayores)

Colaboraciones con entidades sociales (120 entidades), sanitarias (AP, AE, Hospitales) y educativas (centros educativos primaria, secundaria, FP y 10 Universidades)

CONCLUSIONES

De los resultados objetivos, nos llevan a la conclusión que el trabajo conjunto con las familias, personas afectadas, los profesionales, otras entidades, centros de salud, centros formativos, empresas y el entorno del barrio, es fundamental para obtener los resultados deseados.

Tras 20 años de intervención en apoyo el futuro cercano de la asociación pasa por abrir un área de promoción y prevención de la salud emocional, un área de investigación para mejorar los tratamientos y seguir afianzando el trabajo en red transversal y colaborativo.

EVOLUCIONANDO EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: BLOQUE QUIRÚRGICO

CARMEN JIMÉNEZ JIMÉNEZ [1]; MONTSERRAT GENS BARBERA [2]; CARMEN JIMÉNEZ JIMÉNEZ [3]; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN [4]; JUDIT SALUDES SERRA [4]; MARIA PILAR FORTUNY TAPIAS [4]; JOAN REVERTE CALULL [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII, TARRAGONA, [2] DIRECCIÓ ATENCIO PRIMÀRIA CAMP TARRAGONA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII TARRAGONA, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII TARRAGONA

ID: *7100*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Aumentar la Seguridad del Paciente, Promover la cultura en Seguridad del Paciente, Nuevas tecnologías, Círculo de mejora, Disminuir riesgos innecesarios*

JUSTIFICACIÓN

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 eventos 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:

- Aumentar la Seguridad del Paciente en el Bloque Quirúrgico.
- Promover la cultura en Seguridad del Paciente al personal del Bloque Quirúrgico.

Específicos:

- Actualizar los procedimientos normalizados de trabajo estandarizando el contenido y planificando los controles con el fin de garantizar el correcto funcionamiento.
- Implementar listados de verificación (LV), en el bloque quirúrgico, mediante la aplicación PROSP Cat al término del 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para estandarizar los procedimientos, se crea un grupo de trabajo multidisciplinar en el cual se incluye la Unidad de Calidad y Servicios Generales (Electromedicina) se definieron y crearon los listados de verificación en la aplicación inteligente PROSP Cat.

RESULTADOS

Redacción y aprobación de los procedimientos normalizados de trabajo. Implantación de 16 listados de verificación en la aplicación PROSP Cat.

Creación de un cuadro de mando con las incidencias detectadas y revisadas que podrían impactar en la Seguridad del Paciente.

CONCLUSIONES

Debido a las condiciones del paciente en el Bloque Quirúrgico, con un nivel elevado de estrés y disminución de consciencia secundaria a la anestesia y/o sedación, aumenta la vulnerabilidad y deben extremarse la vigilancia proactiva poniendo todas las barreras posibles para evitar o minimizar el riesgo evitable.

La utilización de las nuevas tecnologías, es éste caso de la herramienta proactiva en seguridad del paciente (PROSP Cat), en las que realizar, los check list de verificación trabajando sobre los casos evitables y reducibles así como, la obtención de datos y resultados.

La aplicación PROSP Cat, está en constante evolución, adaptándose continuamente y ayudando a los profesionales a mejorar el círculo de mejora, disminuyendo riesgos innecesarios en la atención al paciente.

PRIMEROS RESULTADOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ASBV EN LAS COHORTES DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

MARÍA CONSÚELO SANZ FERRANDEZ [1]; BLANCA BASELGA PENALVA [2]; GEMA USANO GARCÍA [3]; LUÍS MANSO SANCHEZ [3]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 OCTUBRE, [2] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

ID: *7139*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Asistencia Sanitaria Basada en Valor, cáncer de mama y cáncer de pulmón, costes, PROM, CROM*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2018 el Hospital Universitario 12 de Octubre comenzó a trabajar en Asistencia Sanitaria Basada en Valor, concretamente en los procesos asistenciales de atención a pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón, dentro de la iniciativa internacional promovida por ICHOM pero actualmente desarrollada por la Comunidad de Hospitales VOICE.

OBJETIVOS

Definir e identificar a la cohorte de pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón para introducir los aspectos fundamentales de la Asistencia Sanitaria Basada en Valor. Habilitar las herramientas necesarias para facilitar el registro sistemático de CROM y PROM, así como la medición de costes sanitarios directos desde la perspectiva del proveedor sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó el plan de implementación de innovaciones asistenciales de medición de resultados en salud y asistencia sanitaria basada en valor desarrollado en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Durante un periodo de cuatro años (2019 al 2022) con un periodo realmente operativo de implementación de dos años (descontando el 2020 y 2021 por pademia COVID). El primer contacto con los pacientes se realizaba en la consulta del facultativo o en la consulta de enfermería. Los pacientes recibían formación en el uso de la herramienta PROM de la enfermera que les atendia, además de contestar las dudas. El seguimiento inicial y la depuración de la base de datos fue realizado por una data manager experta en datos y bases de datos y familiarizada con el proceso asistencial

RESULTADOS

Se presentan los datos descriptivos, de resultados en salud (CROM y PROM) y de coste de las primeras 42 pacientes reclutadas para la cohorte de cáncer de mama (aproximadamente un 15% del total de pacientes) y con un seguimiento completo de los PROM durante el primer año; y los 35 pacientes reclutados para la cohorte de pacientes con cáncer de pulmón (aproximadamente un 9% del total de los pacientes) y con un seguimiento completo de seis meses. Se perdieron más de la mitad de los pacientes candidatos por falta de datos, especialmente PROM fundamentalmente por sobrecarga asistencial estructural y la falta de gestora de casos en el proceso de cáncer de pulmón que hace mucho más compleja la identificación y etiquetado de pacientes. Otros factores fueron el liderazgo clínico, la comunicación interna, falta de integración entre herramientas TIC. Los principales facilitadores fueron la presencia de un gestor de datos (durante la implementación y tras los primeros 12 meses); un coordinador de proyectos durante la implementación, un gestor de casos por proceso asistencial y la creación ágil de herramientas TIC integradas.

CONCLUSIONES

La implementación de iniciativas de ASBV es una realidad cada vez más generalizada que permitirá mejorar la asistencia a los pacientes, y probablemente aumentar la satisfacción de los profesionales y optimizar los costes de la organización, maximizando el aporte de valor.

ESTUDIO DE COSTE-UTILIDAD DE LAS PLATAFORMAS DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN CÁNCER DE MAMA

MARÍA CONSÚELO SANZ FERRANDEZ [1]; CARMEN ROMERO FERREIRO [2]; LUÍS MANSO SANCHEZ [3]; EVA CIRUELOS GIL [3]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 OCTUBRE, [2] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

ID: *7144*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Coste utilidad, Markov, cancer de mama, plataforma genómica, prosigna*

JUSTIFICACIÓN

Las plataformas genómicas para el cáncer de mama son herramientas de ayuda a la decisión de importancia en la medicina personalizada ya que sobre la muestra tumoral analizan la expresión de un grupo de genes, que junto con las variables clínicas del tumor, permite caracterizar de forma más precisa el tumor, su biología y su riesgo de recidiva.

Toda prueba diagnóstica tiene un coste monetario para el proveedor de los servicios sanitarios y un coste emocional para los pacientes, por tanto es importane evaluar su pertinencia. Se presenta un estudio de coste-utilidad realizado en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de coste-utilidad a través de un modelo de Markov con el que se determinó la probabilidad de metástasis (o recurrencia) y se estimó los costes y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) en un horizonte temporal de 5 y 30 años de seguimiento . Las probabilidades del modelo se obtuvieron a través de una búsqueda bibliográfica y se elaboró la matriz de transición. Los tres estados que se utilizaron fueron: sano, metástasis y muerte. En cuanto a los costes del modelo solo se consideraron los costes sanitarios directos , ya que el modelo se elaboró desde la perspectiva del proveedor de servicios. Los costes modelados incluyeron los asociados a la prueba, el tratamiento adyuvante, el seguimiento y el coste del tratamiento de las recidivas. La utilidad en cada estado del modelo medida como AVACs se obtuvo a partir del estudio de Vogan & Schubert (2018).

El modelo de markov se realizó en el software estadístico r con la librería heemod (os adjunto una imagen con el esquema del modelo con los 3 estados y las transiciones). Tras correr el modelo se obtuvo el ICER que nos indica el coste que conlleva ganar 1 AVAC.

RESULTADOS

Encontramos asociación estadística entre alto Grado histológico , proliferación celular >20% y afectación ganglionar y el grupo de alto riesgo por Prosigna™.

Prosigna™ ha demostrado ser coste –útil a 5 y 10 años con un ICER menor a 33000 € .

El uso de PEG (Prosigna™) aumenta AVAC ,disminuyendo el número de consultas , ingresos hospitalarios, aceptación y adherencia al tratamiento.

CONCLUSIÓN

Las plataformas genómicas permiten una toma de decisiones personalizada que resulta coste-util.

APLICACIÓN DE LA EUTANASIA EN LA PRAXIS ASISTENCIAL: HISTORIA DE UN CASO

Mª CARMEN BERBÍS MORELLÓ [(1)]; LAIA QUERAL LLABERIA [(1)]; ANNA PELLISE GUINJOAN [(1)]; NURIA NAVARRO CASALS [(2)]; JESÚS ESTEVE FERRAN [(1)]; MONTSERRAT GUARDIA FACI [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII, [(2)] HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ

ID: *7148*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Eutanasia. Cuidados. Acompañamiento*

JUSTIFICACIÓN

La ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por ésta la actuación que produce la muerte de una persona de manera directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, exprés y reiterada en el tiempo de esta persona, y que se lleva a cabo en un contexto de padecimiento debido a una enfermedad o un sufrimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no se ha podido mitigar por otros medios. El modelo de despliegue de esta ley se basa en los principios de autonomía personal en la toma de decisiones, la equidad territorial, accesibilidad, acompañamiento de la persona y de su entorno, seguridad asistencial y jurídica y confidencialidad.

OBJETIVOS

Conocer las percepciones y vivencias de la familia involucrada en el proceso de ayuda a morir. Identificar los sentimientos del equipo asistencial implicado en el mismo proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó el protocolo de despliegue de la eutanasia en un paciente con médico responsable y entorno asistencial del ámbito hospitalario. Las intervenciones a realizar antes de la prestación incluyeron información de los trámites administrativos y del proceso, presentar al equipo asistencial implicado, ayudar en la toma de decisiones, identificar las necesidades del paciente y famíla, acondicionar el entorno asistencial y elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades de la persona. Los cuidados realizados el día de la prestación fueron la acogida del paciente y familia, acompañamiento durante todo el proceso, administrar el tratamiento, cuidados post-mortem y acompañamiento al duelo. Transcurridas 48 horas, se contactó con la familia, para seguimiento del duelo y asimismo explorar cómo habían vivido el proceso. Posteriormente se realizó “debriefing” con los profesionales asistenciales implicados y así poder valorar qué intervenciones realizadas, podían ser superables.

RESULTADOS

La duración total del proceso, la franja horaria de la realización de la prestación y el entorno asistencial asignado, fueron aspectos que la familia identificó como mejorables. Asimismo, percibió muy satisfactoriamente el trato y la atención recibida durante todo el proceso, sintiéndose en todo momento acompañados por el equipo asistencial. El trabajo en equipo, la buena coordinación entre el equipo multidisciplinar, el apoyo institucional, el no presentarse complicaciones en la administración del tratamiento y la actitud de la persona atendida y familiares, son aspectos que han influido positivamente en la gestión de emociones de los profesionales asistenciales implicados.

CONCLUSIÓN

El conocer cómo viven los profesionales, pacientes y familias implicados en un proceso de eutanasia, ayuda a adecuar las intervenciones asistenciales según las necesidades específicas de las personas atendidas, contribuyendo a mejorar la calidad asistencial.

TECIPOT: INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LEAN HEALTHCARE APLICADAS A LA OPTIMIZACIÓN DE TRASLADOS HOSPITALARIOS

ALBERTO MORENO CONDE; JESÚS MORENO CONDE; SAMUEL SALAS FERNÁNDEZ; MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ; LOLA GÓMEZ JEMES; CARLOS MÍGUEZ SÁNCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *7170*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Traslados, ambulancias, optimización, nuevas tecnologías, LEAN Healthcare*

JUSTIFICACIÓN

Debido al envejecimiento poblacional, se prevé un aumento de la presión asistencial en los próximos años, lo cual puede comprometer la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. La optimización de circuitos y procesos asistenciales en base a nuevas tecnologías y metodologías de optimización de procesos permite reducir costes sin comprometer la calidad asistencial. La metodología Lean Healthcare en particular, se centra en la eficiencia y en la satisfacción de los pacientes, reduciendo ineficiencias que causen un incremento en los costes del proceso y la calidad del servicio. El principal objetivo de TECIPOT es evaluar si la aplicación de Lean Healthcare y nuevas tecnologías pueden mejorar la eficiencia en la gestión de pacientes en el hospital.

OBJETIVOS

El principal objetivo del proyecto es evaluar si la optimización de los procesos de traslados de pacientes de urgencias, observación y alta hospitalaria aplicando Lean Healthcare y nuevas tecnologías puede mejorar la eficiencia en la gestión de pacientes en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras analizar los factores asociados a la generación de tiempos de espera y retrasos evitables en los circuitos, se han tomado las siguientes medidas:

1. Mejoras organizativas
2. Incorporación de equipamiento
3. Desarrollo de soluciones informáticas.

Siguiento este marco, se ha desarrollado un gestor de peticiones para ambulancias que facilita su trazado desde que se presenta la solicitud hasta que es validada, eliminando las peticiones en fax y papel y agilizando el flujo de trabajo de todo el personal involucrado.

Además, se ha desarrollado un sistema de cuadro de mandos para analizar los tiempos más representativos con el fin de evaluar de forma directa el impacto de las medidas implantadas. Por otra parte, se planea también la adquisición de 300 camas eléctricas para minimizar las transferencias de pacientes en los circuitos de traslados hospitalarios.

RESULTADOS

Tras la implementación de mejoras en los flujos y la incorporación del gestor de petición y notificaciones para ambulancias, se ha reportado una disminución del 13% en los tiempos promedios de espera y una disminución del 43% en la tasa de pacientes con un tiempo de espera superior a 2 horas para el traslado al alta de Urgencias que requiere el uso de una ambulancia. El impacto económico estimado supone un ahorro de 9,22 €/paciente para el periodo observado.

CONCLUSIONES

Estos datos preliminares apuntan a una tendencia en la disminución de los tiempos de espera para el traslado a Urgencias, no obstante, es necesario disponer de datos en un periodo de tiempo mayor para poder realizar un análisis con significancia estadística. La escalabilidad del sistema desarrollado permitirá su extensión a otras áreas (por ejemplo, el alta de hospitalización) una vez se compruebe el impacto beneficioso de esta iniciativa sobre la optimización de los traslados hospitalarios.

ACREDITACIONES EN CALIDAD ASISTENCIAL, ¿CAUSA O CONSECUENCIA?

LUÍS FRANCISCO TORRES PÉREZ; ISABEL M. DE LA TORRE GÁLVEZ; FRANCISCO MANUEL RODRÍGUEZ ARIZA; JAVIER FUENTES GÓMEZ; BÁRBARA TORRES VERDÚ TORRES VERDÚ; MONTSERRAT GARCÍA GRIJALBA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

ID: *7196*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Indicadores de calidad, acreditación*

JUSTIFICACIÓN

Desde la publicación de "Evaluating the quality of medical care" (2) la relación entre acreditación y los resultados es una cuestión por resolver. Las organizaciones sanitarias y los poderes públicos parecen haber tomado ya partido en la certeza de los beneficios de este enfoque centrado en la calidad, pese a que las evidencias aun no son concluyentes (3).

OBJETIVO

Estimar la relación entre la evolución de los indicadores de calidad y el proceso de acreditación de las unidades asistenciales.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal retrospectivo centrado en el análisis de las unidades asistenciales a través de indicadores relacionados con aspectos básicos de control de gestión y de calidad entre los años 2017 a 2020. Los registros seleccionados tenían que cumplir dos características, su robustez y su permanencia. Tenían que ser elementos contrastados y de larga implementación en el centro, y era necesario que estuvieran representados en todo el período analizado.

Se ha establecido una medida global de número de indicadores que superan el percentil 75 de la máxima cifra alcanzada, en cada uno de los 4 años. Como medida de agregación, se ha establecido el sumatorio de indicadores que han superado ese dintel en los cuatro años (en azul las unidades asistenciales acreditadas en 2020), permitiendo general un "ranking" de unidades.

El contraste de medias ofreció una diferencia significativa de indicadores por encima del percentil 75 en las unidades acreditadas: 14,9 (4.26) versus 18.0 (4.24), p=0.036.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Respecto a los resultados, como en los proyectos comparados, si bien no se puede aseverar con rotundidad la relación entre acreditación y la mejora de resultados si que existe en este estudio preliminar, cierta tendencia a la mejora de algunos de los indicadores seleccionados para comparar a las unidades. De la misma manera que el posicionamiento dentro del hospital a través del ranking elaborado de las unidades acreditadas y no acreditadas posiciona en la parte alta a más unidades acreditadas. A partir de aquí, se puede concluir que es una realidad que las unidades acreditadas presentan características diferenciadoras con las no acreditadas más allá del hecho de estar certificadas. Implantar, por tanto, en un centro asistencial y de manera pragmática una estrategia de calidad total y excelencia asistencial como si de su ADN se tratara, no es tarea fácil y solo estamos dando los primeros pasos.

COMPROMETIDOS CON LOS PACIENTES MÁS VULNERABLES: OFICINA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN A LA CRONICIDAD (OCACT)

NÚRIA HERNÁNDEZ VIDAL [1]; JORGE DELAGNEAU GONZALEZ [2]; LIDIA FLORIT SERRA [3]; MONTSERRAT GENS BARBERA [4]; MARIA DEL PUY MUNIAIN DIAZ DE CERIO [5]; TERESA CANELA ARMENGOL [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL, [2] CAP TARRACO, [3] HOSPITAL JOAN XXIII, [4] UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL CT_ICS, [5] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA CT_ICS, [6] UNIDAD GESTIÓN DE CASOS

ID: *7215*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *cronicidad, continuidad asistencial, seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la transición entre niveles supone para el paciente frágil un mayor grado de vulnerabilidad y riesgo. En la mayoría de procesos asistenciales hay muchos pasos y profesionales que intervienen, lo que facilita la aparición de problemas de seguridad. Los ingresos hospitalarios no planificados se deben principalmente a una exacerbación aguda de la enfermedad crónica, falta de respuesta y coordinación efectiva. El mayor número de eventos adversos notificados en los centros de salud de nuestro territorio en 2021 están relacionados con la continuidad asistencial.

OBJETIVOS

Proporcionar al Paciente crónico complejo (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA) en situación de descompensación, el dispositivo asistencial más adecuado en función de sus necesidades, garantizando la transferencia segura en todo el proceso de atención.

MATERIAL Y METODOS

Existencia de una gerencia única que gestiona el hospital de agudos, socio-sanitario y 9 centros de salud. En 2019 se aplica la metodología de gestión por procesos para diseñar e implantar el nuevo modelo de coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales alternativos a la hospitalización convencional. Se crea un grupo de trabajo:responsable de cronicidad de atención primaria,hospitalización a domicilio,hospital de día de medicina interna,PADES,unidad de subagudos,unidad de psicogeriatría.Se consensua un modelo organizativo de ventana única mediante la creación de una oficina de coordinación y atención a la cronicidad (OCACT) gestionada por una gestora de casos.Se diseña una aplicación informática que incluye:información del paciente(identificación, procedencia,complejidad,cuidador),identificación del profesional solicitante, motivos de la consulta(según patología MPOC reagudizado, Insuficiencia cardiaca, enfermedad oncológica avanzada, infección urinaria, ulceras, demencia,eutanasia) y el recurso asistencial preferente solicitado a criterio del profesional. Se define como respuesta óptima la realizada antes de 48h.

RESULTADOS

De 2019 a 2021 se han gestionado 455 solicitudes, de las cuales 292 (64%) se ingresaron en el destino preferente: 27,7% hospitalización a domicilio, 54,4% PADES, 3,4% hospital de día interna,11% subagudos, 3,4% a psicogeriatría.Gestionadas directamente por la gestora de casos 84(18,4%).Derivados urgencias hospitalarias 32(7%), el 10% restante fue derivado a otro recurso más adecuado a su situación o se realizó una adecuación terapéutica. El tiempo medio de respuesta fue inferior a 30h.

CONCLUSIONES

La OCACT ha permitido proporcionar el dispositivo asistencial más adecuado cumpliendo el tiempo de respuesta pactado. La participación de profesionales de todos los niveles asistenciales que intervienen es clave para la implantación del proyecto. La aplicación informática facilita la comunicación efectiva y la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales de alternativas a la hospitalización.

PERCEPCIÓN DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y BURNOUT EN PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H.U. 12 DE OCTUBRE

LAURA SANTOS BECERRA [(1)]; CAROLINA VARELA RODRÍGUEZ [(1)]; CRISTINA MARTÍN-ARRISCADO ARROBA [(1)]; TOMÁS PALOMO ÁLVAREZ [(1)]; JULIO ZARCO RODRÍGUEZ [(2)]; ANA CERRADA-CUESTA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS

ID: *7246*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanismo, comunicación, burnout*

JUSTIFICACIÓN

La comunicación es elemental para ejercer una medicina humanista. El objetivo de este estudio es estimar las habilidades de comunicación autopercibidas de los profesionales y sus niveles de burnout y establecer si existe relación entre ambas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo y analítico transversal en una muestra de 50 médicos del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Doce de Octubre. Se emplearon los cuestionarios “Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud” (EHC-PS) y “Copenhagen Burnout Inventory” (CBI).

RESULTADOS

Se obtuvo una puntuación media-alta en las dimensiones del EHC-PS y alta en las del CBI, sin diferencias significativas entre variables sociodemográficas excepto en la variable “asertividad” del EHC-PS entre médicos internistas y residentes. Se observó una relación negativa estadísticamente no significativa entre cada una de las dimensiones del EHC-PS y el burnout total, relacionado con el trabajo y con los pacientes.

CONCLUSIONES

Parece existir una relación inversa entre las habilidades comunicativas y el burnout. Son necesarios más estudios para determinar las características y repercusión de esta posible asociación.

INTEGRACIÓN DE LAS NORMAS UNE-EN-ISO-15189:2013 Y UNE-EN ISO 9001:2015 PARA SU APLICACIÓN EN UN SERVICIO CON ÁREAS CLÍNICA Y DE LABORATORIO

DANIEL PÁRRAGA GARCÍA [(1)]; FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ MARTÍNEZ [(1)]; CAROLINA VARELA RODRÍGUEZ [(1)]; PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [(2)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12

ID: *7247*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ISO 9001, ISO 15189, integración, sistemas de gestión de la calidad*

INTRODUCCIÓN

UNE-EN-ISO-15189:2013 es una norma de acreditación específica para los laboratorios clínicos, mientras que la UNE-EN ISO 9001:2015 es una norma de certificación de carácter general para sistemas de gestión de la calidad en cualquier tipo de organización.

La norma ISO 15189 tiene un enfoque de acreditación de pruebas, de manera que no cubre la necesidad de aquellos servicios de laboratorio que realicen, además, actividades clínicas, como genética, inmunología o hematología.

Es por ello que las sociedades científicas como la de genética recomiendan trabajar con ambos sistemas, la parte de la ISO 9001 para los procesos de gestión de las consultas y la ISO 15189 para la acreditación de las pruebas e informes emitidos.

OBJETIVO

Realizar punto por punto la comparación entre las normas para poner en común las similitudes y diferencias de manera que se puedan detectar aquellas tareas comunes a ambas y las diferentes, con los objetivos de no duplicar el trabajo, adaptar la documentación y conocer la carga extra de incluir los aspectos de ISO 9001 no existentes en ISO 15189. Asimismo, se pretende diseñar una lista de verificación ("checklist") con los ítems a analizar en las auditorías de ambas normas en conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una tabla donde se comparan los puntos de ambas normas, revisando la documentación y requisitos exigidos por cada una de ellas.

La comparación es realizada por dos personas diferentes con amplia experiencia en formación, implementación y auditorías en ISO 9001 e ISO 15189.

RESULTADOS

Como "entregables" del proyecto, se dispone de:

- Una tabla con todos los ítems de ambas normas y su comparación, determinando los puntos comunes y diferentes, así como el análisis de la carga extra que supone incluir ISO 9001 en ISO 15189. En total, los ítems comunes son (32) y los no comunes (10). Los principales aspectos a añadir de ISO 9001, que no están incluidos en ISO 15189 son:
    - Incluir procesos estratégicos, de apoyo y operativos
    - Análisis DAFO
    - Planificación de cambios grandes
    - Control de los procesos, productos y servicios proporcionados externamente
- Una lista de verificación ("checklist") con los ítems a analizar en las auditorías de ambas normas en conjunto

CONCLUSIONES

Las dos normas tienen un número considerable de aspectos comunes. El hecho de incorporar los ítems diferentes de ISO 9001, aporta un valor añadido considerable, por la importancia y actualidad de los mismos.

IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO TRAUMA: REDISEÑO DEL PROCESO MEDIANTE LEAN HEALTHCARE

MARIA CONCEPCIÓN FARIÑAS ALVAREZ; ANA RUIZ RUIZ; MARÍA ANGELES BALLESTEROS; MARÍA ANDRÉS GÓMEZ; MANUEL REQUENA PARRA; VIRGINIA FLOR MORALES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *7255*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Lean Healthcare, Trauma Grave, Mejora Continua*

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad traumática grave asistencialmente es un proceso complejo, dinámico y tiempo dependiente que requiere la actuación sincronizada de diversos servicios/unidades.Lean permite mejorar la gestión de los procesos, creando el máximo valor posible para el cliente con el menor consumo de recursos.

OBJETIVOS

Rediseñar el proceso de atención a los pacientes con trauma grave incorporando la cultura Lean y orientándolo hacia la mejora continua.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Hospital U. de tercer nivel (centro de trauma nivel I).Alcance: desde preaviso del 061 hasta alta del paciente. Duración: octubre 2021-mayo 2022. Se creó un grupo de trabajo con todos los servicios/unidades implicados y la dirección.Se usó la metodología DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) y diversas herramientas Lean: Value Stream Mapping (VSM), 5 Whys, A3, Patient Journey Map, matriz de priorización. Se realizaron 10 workshops de 1:30 h desde calidad y con los profesionales implicados: 061, urgencias, UCI, Rx, todos los s.quirúrgicos, anestesia, rehabilitación, medicina interna, geriatría, infecciosas, hematología.Los “wastes” identificados en el VSM se priorizaron mediante matriz de riesgos.Se seleccionaron las oportunidades de mejora (OM) y se construyó un A3 de seguimiento con cada una de ellas.Se elaboraron el nuevo proceso del Código Trauma, cuadro de mando y registro específico en Historia Clínica Electrónica.Se implantó el 1 de abril.Se monitorizaron incidencias y análisis de casos y se realizaron cambios tras reevaluación.

RESULTADOS

Participaron 43 profesionales. Se analizaron 3 subprocesos: preaviso 061-recepción-transferencia-1ª valoración, atención diagnóstica-terapéutica, evolución-estancia en hospitalización. Se identificaron 138 “wastes”, y tras priorización: 12 rojos, 35 naranjas, 32 amarillos y 6 verdes.Tras agruparse, se seleccionaron 12 OM: 1:criterios activación Código Trauma, 2:sistema de preaviso y aviso en hospital, 3:ubicación a la llegada, 4:transferencia de información/comunicación, 5:equipos de inmovilización, 6:variabilidad clínica, 7:código hemorragia masiva, 8:diagnóstico RX, 9:coordinación UCI-s.quirúrgicos, 10:traslado/coordinación UCI-planta, 11:traslados, 12:formación. Datos abril-mayo:activación del código en 22 pacientes; hubo 60 pacientes en urgencias por politraumatismo de los que se activó el código en 5 (8%) y de los 55 sin activar debería haberse activado en 3 (5%).Las incidencias detectadas se focalizan en no activación del código estando indicado, no acuden especialistas a la activación, trasferencia de información no adecuada, seguimiento en planta no coordinado.Se plantearon cambios en el listado de servicios a activar según subtipo de código, seguimiento compartido y reforzar formación

CONCLUSIONES

La cultura y herramientas Lean han permitido rediseñar el proceso de atención al paciente con trauma grave, identificando un elevado número de OM, con un alto grado de participación y motivación de los participantes

MEJORANDO LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL (IN) EN UN SOCIOSANITARIO

EMMA FOLCH FERRÉ; PILAR AMIGÓ CORREIG; JACKELINE MARTTINI ABARCA; ÀNGEL POBO PERIS; GEMMA SERRA RECASENS; LORETO VECIANA BALSEBRE
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ, HSS FRANCOLÍ, HSS FRANCOLI

ID: *7265*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

En nuestra comunidad autónoma existe un programa que establece un sistema de vigilancia estandarizado de las IN en los hospitales. Se obtienen datos sobre prevalencia de IN, tasas y tipos más prevalentes, microorganismos multiresistentes, uso de dispositivos invasivos, uso de antibióticos y lesiones por presión (LPP). Nuestro Hospital Sociosanitario (HSS) participa en el programa desde 2011. En 2021 se revisa el procedimiento de recogida de datos, evidenciando importantes aspectos de mejora.

OBJETIVO

Mejorar el procedimiento para la recogida de la información requerida, que garantice la eficiencia en el proceso y la fiabilidad de los datos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2021, la Unidad de Calidad describe el procedimiento de recogida de información que incluye:

1. Organización de los profesionales: una farmacéutica, dos médicos de la comisión de infecciones, una nutricionista, el responsable de Calidad y dos enfermeras.
2. Datos historia clínica, cuadro de mando y aplicación de farmacia: censo pacientes ingresados (habitación, nombre, CIP, NHC, fecha ingreso, tipo estancia), lista de pacientes con antibioterapia y antibióticos (ATB), clasificación uso del ATB (empírico, dirigido, profiláctico), clasificación infección (Infección urinaria, respiratoria, etc.), IN, microorganismo causante de la IN.
3. Datos a pie de cama: complejidad (desorientado, gran dependiente, disfagia, LPP, incontinencia, intervención quirúrgica (IQ)); uso de dispositivos (catéter urinario, catéter venoso (CVP) periférico o central(CVC), traqueotomía, sonda gastrostomía (PEG), sonda nasogástrica(SNG)).
4. Coincidencia con otros cortes de prevalencia: el procedimiento de recogida de información para el programa de vigilancia de IN se hace coincidir con los cortes de prevalencia de LPP para mejorar la eficiencia del proceso. Con la información recopilada de manera coordinada obtenemos en el mismo día un informe global del HSS e informe de las cuatro unidades de hospitalización.

RESULTADOS

Procedimiento consensuado e implantado. Disminución del tiempo de recogida de información de tres semanas a dos días. Censo(131 pacientes); Desorientación(45,8%); Gran dependiente (67,7%); Disfagia(21,4%); LPP (17,6%); LPP nosocomiales (6,1%); Incontinencia (62,6%); IQ (16,8%); Catéter urinario(20,6%); CVP (36,6%); CVC(9,9%); Traqueotomía(0,8%); PEG(4,4%); SNG(0%); Pacientes con antibioterapia(20,6%) de los cuales: Empírico(55%), Dirigido(30%) y Profiláctico(15%); Tasa IN(6,9%) de la cual: Tracto urinario(66,7%), Infección respiratoria (11,1%) y Partes blandas (22,2%).

CONCLUSIONES

La implantación del nuevo procedimiento ha impactado directamente en la mejora de la eficiencia con la disminución del tiempo requerido. La observación a pie de cama garantiza la fiabilidad de la información y permite el análisis cruzado de datos para diseñar acciones de mejora de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

PROCESO DE GESTION Y EVALUACION DE INCIDENCIAS: COBERTURA CON "PLANTILLA POOL" EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LAURA SERAL PIMENTEL; MIRIAM MARTINEZ VERA; ALBERTO LABRADOR SALVADOR; JESICA MONTERO MARCO; MARTA CHARLO BERNARDOS; ELENA ALTARRIBAS BOLSA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA)

ID: *7271*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

En los grandes hospitales existe una plantilla de personal destinada a la cobertura de necesidades existentes en las distintas unidades. Estos profesionales los denominamos "plantilla pool".

Para su gestión es importante la organización y el registro de la demanda por parte de las unidades solicitantes.

OBJETIVOS

Elaborar el proceso de gestión con la "plantilla pool" para la cobertura de incidencias en las distintas unidades del hospital Cuantificar e identificar los diferentes motivos de cobertura por los profesionales de pool y el número de efectivos para ello Identificar unidades que han requerido mayor cobertura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del proceso llevado a cabo en la gestión de profesionales de Enfermería para la cobertura de incidencias en un hospital de tercer nivel, desde 2019 hasta la actualidad.

Paralelamente, estudio observacional descriptivo que expone los motivos de cobertura de incidencias (enero 2022-mayo 2022). Se recogieron las variables: tipo de incidencia (categorizado en 21 motivos: ausencia por enfermedad, asunto familiar, refuerzo, libranza, formación, exención de noches…), unidad solicitante y situaciones coyunturales que han podido producir un aumento de demanda.

Para ambos se trabajó con Microsoft Excel, tablas dinámicas para las categorías profesionales y recuento del personal invertido en cada motivo.

RESULTADOS

Para llevar a cabo el proceso de gestión se dividió en 3 fases: i) Elaboración de Excel con "plantilla pool" disponible por día, categoría, ubicación, unidad que lo precisa y motivo de cobertura, ii) Realización de tabla dinámica por mes para conocer las principales razones por las que se ha realizado la cobertura y unidades demandantes, iii) Registro de factores internos o externos que hayan podido producir la demanda.

La muestra total para el estudio descriptivo de los profesionales de pool fue de 25 enfermeros/as que cubrieron un total de 787 incidencias y 26 TCAEs que cubrieron un total de 925 incidencias. El mes que requirió más personal fue mayo. En la categoría de enfermeros/as, el motivo más habitual fue ausencia por enfermedad con un 40,66% (n=320), al igual que en la categoría TCAE con un 33,40% (n=309). Por el contrario, el mes que requirió menos personal fue febrero coincidiendo con menor número de días en el mes y con la disminución de ausencias tras la oleada COVID (diciembre 2021-enero 2022) y previa a la retirada de mascarillas en interiores (20 abril 2022).

Las unidades más demandantes fueron del área médica en ambas categorías con un 52,60% (n=414) en categoría enfermeros/as y con un 39,78% (n=368) en categoría TCAE.

CONCLUSIONES

La gestión y registro de incidencias puede iniciar un estudio de predicción de tendencias y valorar las variables de contexto que pueden repercutir en el aumento de la demanda para cubrir las incidencias solicitadas por las unidades con "plantilla pool" y con ello poder plantearse acciones de mejora en la planificación y adecuación de los puestos.

MEJORA ORGANIZATIVA EN LA ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE LA DEMANDA

NEUS CAMAÑES GARCIA; MARIA MORENO VALENZUELA; ANGELA CORTES CORTES; ISABEL ZUÑIGA MEDINA; OLGA MARTIN LORENTE
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT CAMP DE TARRAGONA

ID: *7275*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Profesionalización; Eficiencia; Resolución; Proactividad*

JUSTIFICACIÓN

Previamente a la pandèmia por SARS-COv-2 se habian detectado elementos en el modelo de atención y gestión de la demanda de los equipos de Atención Primaria (AP) que generaba variabilidad en la respuesta dada al ciudadano.La situación sobrevenida con la pandemia nos ha condicionado a revisar nuevas formas de atender las demandas asistenciales de la población. El crecimiento exponencial de casos positivos por COVID provocó una congestión en AP. Como consecuencia se hizo necesario priorizar el abordaje de pacientes relacionados con Covid-19, así como la descongestión de la vía telefónica que se convierte en la vía prioritaria de contacto de la población con los centros de salud. Se constituye el Area de Gestión de pacientes (AGP), con la finalidad de gestionar todas las demandas asistenciales y administrativas que entraban vía telefónica.

OBJETIVOS

1.Dar soporte a los equipos de AP en la gestión de la demanda asistencial y burocràtica así como en el seguimiento de casos COVID.2.Estandarizar la gestión de la demanda 3.Mejorar la capacitación de los profesionales de Atención a la ciudadania. 4.Incrementar la accesibilidad telefónica.

MATERIAL Y MÉTODOS

En diciembre de 2020 y ante el incremento exponencial de la demanda telefónica de entrada en los equipos de AP y la imposibilidad de dar una respuesta adecuada, se apuesta por una reforma tecnológica y organizativa que supone la puesta en marcha del Área de Gestión de pacientes (AGP). La AGP la forma un equipo de 42 gestores de pacientes y tres profesionales asistenciales. Gestionan simultáneamente toda la casuística Covid y el resto de demandas asistenciales y de información que entraban vía telefónica. Implica establecer circuitos de coordinación con todos los equipos de AP, con la finalidad de dar la misma respuesta que daría el equipo directamente.

RESULTADOS

A día de hoy la AGP gestiona la actividad telefónica de 18 equipos de AP, y además se ha convertido en un centro de formación y habilitación de perfiles profesionales de Atención al ciudadano más preparados, resolutivos y autònomos para gestionar cualquier demanda realizada por la población de referencia. Se han integrado progresivamente en los equipos a los que dan soporte, dando cobertura a vacantes puntualmente, participando de formaciones y actividades compartidas con el resto del equipo. Desde la puesta en marcha de la AGP el número de llamadas perdidas pasó de un 65% a un 7% de media.

CONCLUSIONES

La posibilidad de gestionar y resolver la demanda telefónica desde un centro como la AGP nos permite ser más eficientes y resolutivos, a la vez que facilitar impulsar estrategias de estandarización de gestión de la demanda.Permite desarrollar competencialmente perfiles profesionales que previamente a la pandemia habian quedado relegados a la mera gestión de trámites y dar espacio a los profesionales que trabajan en los equipos de AP para especializar y profesionalizar su función en la gestión de pacientes.

DIMENSIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO: NUEVAS DIRECCIONES

DAVID MARTÍN DE LA MOTA SANZ [(1)]; PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ [(2)]; AITANA MORANO VAZQUEZ [(1)]; CAROLINA VARELA- RODRÍGUEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [(2)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12

ID: *7291*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad, seguridad, innovación, marco conceptual.*

JUSTIFICACIÓN

La reciente crisis y la progresiva evolución de los paradigmas asistenciales hacia la Asistencia Sanitaria Basada en Valor, la medicina personalizada y la gestión basada en la evidencia, han disparado una reflexión conceptual en las sociedades científicas de Calidad sobre el futuro de las mismas.

El presente trabajo presenta los resultados del dimensionamiento de una unidad de calidad integrando los marcos conceptuales del Nationa Health Services (NHS) y la National Agency for Healthcare Quality (NAHQ) con la realidad asistencial y de dotación de recursos de una unidad de calidad en fase de reorganización estructural y funcional.

OBJETIVOS

Consensuar las líneas estratégicas que debe desarrollar una unidad de Calidad en el momento y coyuntura actual. Dimensionar los recursos necesarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica de literatura científica y literatura gris sobre marcos conceptuales y líneas estratégicas del ámbito de la calidad, dentro y fuera de la asistencia sanitaria.

Primera ronda de consenso con expertos de calidad y ciencias de datos, así como clinico-asistenciales y gestores, sobre las principales dimensiones de la calidad que deben ser gestionadas en las unidades de calidad.

RESULTADOS

Se identificaron ocho líneas fundamentales

- LT1 – Efectividad clínica y estandarización: línea en la que se aborda la calidad científico-técnica (cómo se debe hacer) y la adecuación de la práctica clínica (cuándo y a quién se debe hacer.
- LT2 – Seguridad: línea en la que se incluye el registro, análisis y gestión proactiva y reactiva de riesgos e incidentes de seguridad.
- LT3 – Perspectivas de los clientes internos y externos: línea centrada en el análisis y mejora de la experiencia del paciente y de la experiencia del profesional y trabajador, del clima laboral y de la satisfacción.
- LT4 – Cultura de calidad y apoyo metodológico
- LT5 – Calidad total y gestión por procesos (clave, operativos, de apoyo y estratégicos):
- LT6 – Evaluación y mejora continua de los resultados en salud: línea transversal que prioriza la mejora de los resultados en salud y la eficiencia de los procesos (en funcionamiento y en pertinencia), teniendo en cuenta la asistencia sanitaria basada en valor.
- LT7 – Docencia y formación continuada (estudiantes, residentes y profesionales):
- LT8 – Investigación, innovación y apoyo metodológico: línea para el desarrollo de I+D+i propio del área de conocimiento.

CONCLUSIONES

Las unidades de calidad, reciban el nombre que reciban tienen un papel importante que jugar en el desarrollo de nuevos marcos asistenciales y en la sostenibilidad y mejora del sistema de salud.

PHARAON, ATENCIÓN LÍQUIDA PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

GORKA SÁNCHEZ NANCLARES [1]; SERGIO MANZANO FERNÁNDEZ [2]; FRANCISCO PASTOR [2]; AMPARO MARTÍNEZ LÓPEZ [2]; MARÍA JOSÉ CARAVACA BERENGUER [3]; JUANA FERNÁNDEZ CUENCA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROYECTOS E INNOVACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, [2] H. ARRIXACA, [3] ÁREA 5 - ALTIPLANO, [4] CS MORATALLA

ID: *7295*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *asistencia líquida, cronicidad, insuficiencia cardíaca, envejecimiento activo y saludable.*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto europeo PHARAON, acrónimo en inglés de pilotos para el envejecimiento activo y saludable, se enmarca en una estrategia con la que la Comisión Europea (CE) afronta el reto poblacional más importante a nivel sanitario, económico y social. Se trata de un gran proyecto financiado por la CE a través de Horizonte 2020, con una duración de 4 años. El consorcio está compuesto por 41 socios de 14 países, dividido en 6 ecositemas autónomos, que intentan aplicar tecnologías disruptivas para mejorar la vida de nuestros mayores en aspectos sociales o sanitarios.

OBJETIVOS

Un total de 2.500 usuarios y 350 profesionales participarán en el testeo y validación de plataformas tecnológicas abiertas que integren servicios avanzados y soluciones digitales en el ámbito del Internet de las Cosas (IoT), Inteligencia Artificial, robótica, computación en la nube y Big Data y que permitirán que la población más envejecida pueda vivir de manera más activa, saludable, e independiente en sus propias casas. Estas experiencias pilotos, que se realizarán a gran escala, definirán cómo han de ser las características tecnológicas y funcionales de aquellos sistemas. Además, definirá los estándares que deben cumplir las diferentes plataformas a las que se conectarán todos los equipos y sistemas para que la compatibilidad entre todos ellos sea máxima.

MATERIAL Y MÉTODOS

El piloto murciano está dedicado a la insuficiencia cardíaca (IC) como patología más prevalente en el envejecimiento, probando un nuevo modelo de asistencia “líquida” cercana al paciente, basada en tele-monitorización por sensores IoT y en la comunicación a través de una solución app/web entre paciente, cuidador y un call center en el SMS. Dicho call center contactará con cada recurso asistencial (hospitalario, primaria o urgencias) según la situación, aplicando la vía clínica de IC del SMS.

En el SMS el piloto se aplicará a 150 pacientes mayores de 55 años con IC, repartidos en 3 grupos: 30 Premium (vulnerables que viven solos), 40 Gold (limitados en su domicilio, pero acompañados) y 80 Silver (ambulantes).

El impacto se medirá en 3 dimensiones de calidad: resultados en salud, eficiencia y satisfacción, comparando con un grupo control idéntico en los factores de confusión, en forma de ensayo clínico controlado no aleatorizado.

RESULTADOS

Todas las tecnologías fueron validadas este invierno por 10 pacientes, 10 cuidadores y 15 profesionales. La fase de reclutamiento comenzó este marzo priorizando Premium y Gold, para coordinar las instalaciones en sus domicilios. El proyecto plantea que los pacientes prueben esta tecnología al menos 12 meses, entre abril 2022 y noviembre 2023.

CONCLUSIONES

Se trata de una nueva capa de servicios para IC basada en signos, objetiva y proactiva, que se integra con las actuales, potenciándolas, y que puede ampliarse más adelante a otras enfermedades, evitando complicaciones mediante la detección e intervención temprana (prevención secundaria).

MEJORANDO EL PROCESO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

HELENA ASCASO TIL [1]; IONE MONTALVO AGUIRREZALAVA [2]; MONTSERRAT GENS [3]; DAVID AYALA VILLUENDAS [3]; NIEVES CAMAÑES GARCIA [3]; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLEN [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIA JOAN XXIII, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII, [3] GERENCIA CAMP DE TARRAGONA, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII

ID: *7336*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La dirección del hospital, desde hace cinco años, tiene como objetivo estratégico implantar de forma progresiva la gestión por procesos. Hacerlo de forma participativa, multidisciplinar, a partir del conocimiento de los profesionales, incorporando la tecnología y la innovación nos guía hacia un camino de mejora de la calidad y seguridad de los pacientes, la eficiencia y la satisfacción de las necesidades de todos los actores implicados.

OBJETIVO

Implementar un proceso quirúrgico seguro a partir del conocimiento y participación de los profesionales, la tecnología y la innovación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Crear un grupo de trabajo (GdT) multidisciplinar. Analizar punto partida. Detectar áreas de mejora. Definir preconfigurados (PCF) y estandarizar peticiones; crear una herramienta visual que recoge datos de los PCF y facilita la planificación quirúrgica; crear una mesa quirúrgica multidisciplinar; geolocalizar a los paciente en tiempo real; informar a la familia/entorno; implantar una app para gestionar las tareas para celadores y limpieza; identificar indicadores clave de rendimiento(KPI); diseñar un programa formativo y difundir el proyecto a todos los profesionales.

RESULTADOS

GdT creado. Value Stream Mapping(VSM) del proceso quirúrgico y de los subprocesos realizados. Número de peticiones de intervenciones quirúrgicas(IQ) realizadas utilizando PCF (20%_2021 al 73%_2022). Uso del planificador: Nº de IQ planificadas respecto a las realizadas (01/2022 27%_05/2022 56%). 100% reuniones semanales mesa quirúrgica realizadas (asistencia >90% de los profesionales). Datos registrados con el sistema RTLS o sistema de geolocalización del paciente: 69% (ideal 88.4%), el % de datos no registrados de manera manual 17.4%, y 11.5% los datos no registrados automáticamente RTLS. Lista de verificación prequirúrgica incorporada en RTLS, si no se realiza, no se inicia la IQ. “Infofam” implantado, reciben información on time de las fases: preparación quirúrgica, pendiente entrar en quirófano, en quirófano, en recuperación post-quirúrgica, salida y destino del área quirúrgica. KPI identificados. Formación realizada. Espacio intranet específico del proyecto.

CONCLUSIONES

El diseño del proceso quirúrgico mediante la participación de los profesionales, la incorporación de la tecnología y la innovación, nos permite avanzar en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Los PCF han sido creados y consensuados por los servicios, nos permiten mejorar la calidad de las peticiones y su uniformidad, facilitando el análisis posterior de datos. Destacamos la mesa quirúrgica como un elemento clave de consenso y de entorno participativo que nos permite revisar y validar la planificación quirúrgica programada. El registro automático de los tiempos, nos permite tener datos reales, cuyo análisis permitirá conocer el punto de partida actual y así poder valorar la mejora de eficiencia del bloque quirúrgico.

PROGRAMA DE TUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES DE RECIENTE INCORPORACIÓN “ACOMPAÑAME”

ANTONIA GARCIA PINO; JESUS ESTEVE FERRAN; CARMEN FLORES MOYA; ANNA FERRÉ BORONAT; MPILAR ESTUDILLO VIZCAINO; LAIA QUERALT LLABERIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL JOAN XXIII

ID: *7342*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *EPA’S, CALIDAD, FORMACIÓN, TUTORIZAR, MENTORING*

JUSTIFICACIÓN

La Enfermería es una profesión de servicios que tiene como principal misión el cuidado de las personas. Es necesario trabajar para dar soporte a los profesionales que van incorporando a su practica cotidiana el rol autónomo de forma progresiva, procurando evolucionar hacia un modelo de colaboración con el resto de profesionales que integran los equipos de salud.

Dentro del marco de prestacions de cuidados y de gestión de cures del Instituto Catalan de Salud, parten varias líneas estratégicas, una de ellas basada en potenciar el conocimiento y el desarrollo profesional. La reciente incorporación de las enfermeras de práctica avanzada(EPA’s), con capacidad y formación para ofrecer cuidados de alta calidad, realizando un análisis y juicio crítico previo a la toma de decisiones, aporta un valor añadido. Dentro de sus competencias, está realizar mentoring, como estrategia educativa para guiar a nuevos profesionales .

OBJETIVOS

Guiar, acompañar,mentorizar y proporcionar formación de calidad, a profesionales de enfermería de nueva incorporación. Asegurar la adquisición de conocimientos básicos sobre la organización y funcionamiento del sistema, favoreciendo la adaptación a los equipos de enfermería y la integración en el proceso de atención y prestación de cuidados de alta calidad.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo quantitativo y qualitativo(informes de cada profesional tutorizado). La duración de los tutorajes es de 4 meses, con un total aproximado 10 horas a cada profesional. Se realiza la escala de evaluación de competencias COMVAT®, con una evaluación de competencias inicial y otra al final de la tutorización. En la selección de tutores se incorpora las EPA’s, y se realiza una selección de los tutorizados por àreas específicas de profesionales de nueva incorporación.

RESULTADOS

Se realizan un total de 15 tutorizaciones. En el total de los casos, se incrementa de la escala COMVAT®. En los informes de los profesionales se puede concluir que de forma común todas tenian un déficit de conocimientos en ciertos protocolos específicos, y en algunas escalas utilizadas. En la totalidad de los tutorizados, manifiestan como positivo el mentoring. El hecho de individualizar el acompañamiento potencia las habilidades personales y les motiva en su aprendizaje y mejora la calidad profesional y asistencial.

CONCLUSIONES

La tutorización es una estrategia efectiva utilizada para la formación de nuevos profesionales. Este acompañamiento debe ser realizado por profesionales con habilidades de comunicación, construyendo un feed-back efectivo y poniendo énfasi en la reflexión y el pensamiento crítico. En todos los casos, la escala de evaluación COMVAT® se incrementa tras el tutoraje e incrementa la calidad de la formación proporcionada.Como línia de trabajo para futuros estudios se podría incorporar al programa una evaluación del tutor para aportar más valor sobre las habilidades, conocimientos y o carencias que se puedan presentar.

IMPLANTANDO EVIDENCIA DESDE EL CONSENSO

YOANA MARTINEZ LOPEZ; ALBERTO ALONSO PEREIRAS; CARMEN MARIA FERNANDEZ GARCIA; LORENA ALVAREZ ESCOBAR; NATALIA ALVAREZ RODRIGUEZ; MARIA ASUNCION GONZALEZ FIDALGO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SAN AGUSTIN

ID: *7348*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*

JUSTIFICACION

Mejorar la calidad de los cuidados, implantando prácticas seguras y basadas en evidencia es uno de los principales objetivos de cualquier organizacion de salud. Siguiendo esta línea de trabajo, en nuestro área sanitaria nos adherimos al proyecto “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” con la implantación de la Guía “Valoración del riesgo y prevención de las Lesiones por Presión”. La elección de las recomendaciones a implantar es uno de los puntos clave dentro de este proyecto y si esta elección se realiza en base al consenso de los profesionales que van a participar en la implantación aporta valor y facilita dicha tarea, por lo que se decidió implicar al mayor número posible de profesionales mediante actividades inclusivas.

OBJETIVOS

Principal: Seleccionar las recomendaciones que implantaremos en la institución. Secundarios: Empoderar a los profesionales en la toma de decisiones y difundir las recomendaciones basadas en evidencia entre los profesionales.

MATERIAL Y METODOS

Se elaboró una estrategia con actividades inclusivas que se desarrolla en 5 fases: 1) Preselección de recomendaciones, desestimando las que no se aplican en el ámbito de hospitalización y las que por sus características no dependen de los profesionales. 2) Elaboración de un formulario de Google por cada una de las recomendaciones, que contiene la recomendación, su justificación y cinco cuestiones. 3) Creación de grupo de profesionales que voluntariamente se sumaron al proyecto tras las actividades de difusión, a los que se les envió el formulario. 4) Creación de un entorno de trabajo en red: grupo de wasshap con enlace al formulario de Google diseñado para este proyecto. 5) Análisis de los resultados y selección de las recomendaciones a implantar.

RESULTADOS

El 90% de los profesionales que se interesaron por el proyecto participaron en la elección de recomendaciones. Se han recibido más de 2500 respuestas y aportaciones para la selección. La multidisciplinariedad de los participantes ha permitido recoger diferentes perspectivas. 12 recomendaciones finales consensuadas por los profesionales, que serán los que tengan que incorporarlas a su práctica diaria. Aportaciones para futuras estrategias de implantación de las recomendaciones.

CONCLUSIONES

La implicación de los profesionales en la mejora de la calidad asistencial , seleccionando las recomendaciones basadas en la evidencia que cada uno valoró como necesarias y prioritarias, proporciono por un lado un conjunto de profesionales con los conocimientos y recursos para ser referentes dentro de la institución. Y por otra parte asegura la adhesión de los profesionales a los cambios de la práctica diaria que va a generar la implantación de las recomendaciones ya que ellos mismos son los que las seleccionaron.

PLAN DE MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CONSULTA DE ACOGIDA ENFERMERA.

ANA MARÍA REALES ARROYO; FRANCISCO MANUEL CARRASCO CEBOLLERO; LUIS GABRIEL LUQUE ROMERO; FRANCISCO DE BORJA LOPEZ CASANOVA; JOSE MARÍA JIMENEZ AGUADO; MARÍA DEL HERNÁNDEZ-SOTO
CENTRO DE TRABAJO: [1] DISTRITO SANITARIO ALJARAFE-SEVILLA NORTE

ID: *7783*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Accesibilidad, resolución, nuevo rol*

JUSTIFICACIÓN

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario público y se ha visto especialmente tensionada en los dos últimos años, ocasionando una disminución de la accesibilidad.

Objetivo estratégico: mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención percibida por la ciudadanía

Objetivo de investigación: evaluar el nivel de implantación de la consulta de acogida en las distintas unidades, monitorizando la tasa de consultas de acogida y midiendo la capacidad resolutiva de las mismas

MATERIAL Y MÉTODOS

estudio observacional descriptivo transversal donde se analizan las características de la nueva consulta de acogida por enfermería implantada desde enero 2021 en los centros cabecera de cada zona básica de salud.

RESULTADOS

La Consulta de Acogida está implantada en 74 CAPs de los 88 CAPs. En el primer semestre de 2022 se realizaron 81515 consultas de acogida en comparación a las 33131 consultas de acogida que se realizaron en el año 2021. La tasa por 100.000 habitantes en el primer semestre de 2022 es de 2519 ocupando el 7º lugar en Andalucía. En el año 2021 la tasa por 100.000 fue de 427 ocupando el DSASN el 12º lugar de Andalucía. La resolución en el primer semestre de 2022 fue del 49% frente al 45,9% del año 2021.

CONCLUSIONES

La consulta de acogida es un nuevo modelo organizativo que da respuesta eficaz a la ciudadanía, reorienta la demanda al profesional más adecuado y disminuye la demora en el acceso a la atención. Se convierte, por tanto, en una herramienta muy eficiente y debemos fomentar su mayor implementación.

SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL GRADO EN MEDICINA: INFLUENCIA DE LA METODOLOGÍA DOCENTE EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

ASIER ULIBARRENA GARCÍA [(1)]; BORJA HERRERO DE LA PARTE [(2)]; MIGUEL ULIBARRENA SÁINZ [(3)]; CRISTINA PERUCHO FONT [(4)]; VÍCTOR ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI [(4)]; IGNACIO GARCÍA-ALONSO MONTOYA [(5)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA, [(2)] UPV-EHU, DPTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y M. FÍSICA, [(3)] MUTUALIA. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL, Nº2, [(4)] MUTUALIA, [(5)] UPV-EHU FACULTAD DE MEDICINA, DPTO DE CIRUGÍA, RADIOLOGÍA Y M. FÍSICA.

ID: *8525*
Tipo de comunicación: *Oral Larga*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente. docencia. grado de Medicina. Guía curricular OMS*

JUSTIFICACIÓN

la OMS señaló en su último informe que la docencia en seguridad de paciente (SP) es un objetivo prioritario para minimizar los daños en los pacientes. En el Dpto de Cirugía de nuestra Universidad, impartimos docencia en SP desde hace 10 años, siguiendo la guía curricular de la OMS. Debido a la pandemia Covid19, tuvimos que adaptarnos a nuevas formas de docencia, pasando a sistemas online y/o duales.

OBJETIVOS

analizar el impacto de la modalidad docente (online, dual o presencial) en la adquisición de conocimientos en materia de SP en alumnos del grado en medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos los resultados sobre los conocimientos en SP obtenidos en las encuesta realizadas durante los cursos 2019/2020 (docencia online), 2020/2021 (docencia dual) y 2021/2020 (docencia presencial), en la asignatura Cuidados Perioperatorios (3º del grado en Medicina). La encuesta, con 12 ítems, divididos en 5 áreas temáticas (terminología de SP, cultura en SP, facilitación del error, localización del error e impacto del error), se cumplimentó al inicio de la docencia y, de nuevo, al finalizar la misma, evaluándose el porcentaje de acierto en cada una.

RESULTADOS

Tras impartirse la docencia, de forma global, las respuestas positivas se incrementaron del 54,49% al 75,88% ($p<0,0001$), en los tres cursos. Analizando cada modalidad docente (online, dual y presencial) observamos como, la docencia online obtuvo el menor aumento de respuestas acertadas (57,51 vs. 66,12%); sin embargo, las respuestas positivas en los grupos docencia dual y presencial, se incrementó hasta el 81,87% y 76,02%, respectivamente.

Por bloque, el bloque cultura en SP alcanzó el mayor porcentaje de aciertos en las encuentras pre-curso (81,5%), aumentando hasta el 95,1%, independientemente de la modalidad docente. Por el contrario, el bloque localización del error obtuvo en menor porcentaje inicial de aciertos (27,3%). Este bloque es donde se refleja de forma más evidente la influencia de la metodología docente en la evolución de los resultados post-curso. Mientras que con la docencia online, los resultados post-curso fueron del 27,1%, con la dual y presencial aumentaron 3 y 1,8 veces, hasta el 63,9% y 46,7% de aciertos, respectivamente.

Los bloques terminología de SP y facilitación del error mostraron un comportamiento similar en la docencia dual y presencial, elevándose sustancialmente el porcentaje de aciertos en la encuesta post-curso, entorno al 80% (20 puntos más que en las encuestas pre-curso). En el bloque impacto del error, la modalidad presencial es la única que consigue alcanzar el 80% de respuestas positivas; la online y la dual alcanzaron un 67,2% y 61,7%, respectivamente.

CONCLUSIONES

la docencia en SP, tal y como está estructurada en el grado en Medicina en la Universidad de nuestra Universidad, consigue aumentar los conocimientos del alumnado. Además, la modalidad docente que demostró tener mejores resultados en la encuesta realizada, fue la docencia 100% presencial.

PROPUESTA DE MEJORA EN LAS DERIVACIONES DE PACIENTES INSTIUCIONALIZADOS A UNIDADES DE SALUD BUCO DENTAL DE AP

MARIA CLAUDIA TÉLLEZ BARRAGÁN [1]; MARIA ELENA AGUILAR HURTADO [2]; JUANA MARÍA MOLINA RAMOS [2]; MARTA NEVADO GUZMÁN [3]; MARÍA PILAR SÁNCHEZ-PAUS SÁNCHEZ [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ, [2] DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE, [3] C-.S. DR. LUENGO RODRÍGUEZ, [4] C.S. DR. LUENGO RODRÍGUEZ

ID: *4136*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Pacientes derivados residencias sociosanitarias*

JUSTIFICACIÓN

Gran número de los pacientes derivados de las residencias socio sanitarias a las unidades de salud buco dental, acuden a consulta con personal de acompañamiento transitorio, que desconocen el curso del episodio, motivo de la consulta. Éstos pacientes derivados, presentan diferente grado de deterioro cognitivo, además de tener boca séptica, lo que impide:

- Realizar una anamnesis correcta por parte del facultativo
- Localizar el foco que origina el episodio, motivo de la consulta.

OBJETIVOS

Elaborar un documento destinado a las residencias socio sanitarias de la zona, para que se registre en él, los datos clínicos del solicitante de la prestación bucodental con el objetivo de aportar:

- Claridad clínica en signos y síntomas que acompañan al episodio motivo de consulta
- Localización del origen del episodio - Conocer las prescripciones previas del episodio agudo en tiempo y principio activo.
- Mejora en la práctica clínica
- Mejora la calidad asistencial Método Realizamos protocolo de Londres para analizar las actuaciones en los procesos de las derivaciones a las unidades de salud bucodental, USBD.

RESULTADOS

Se describe el circuito con las actuaciones recomendadas en cada uno de los procesos: Paciente afectado con signos y/o síntomas bucodentales, acude al médico de la residencia socio sanitario.

Registrar:

- La descripción de la lesión: dental, mucosa o encías, Así como su ubicación. Indicado la arcada afectada, derecha o izquierda
- Informar si es portador de prótesis dental.
- Si prescribe antibióticos y/o analgésicos, informar por escrito fecha de inicio del tratamiento.
- La residencia solicitará cita con la Unidad de Salud Buco Dental que le corresponde.
- La información registrada en el documento se aportará a la USBD en el momento de la cita. Conclusión Ofrecer información escrita clínica no registrada en la aplicación AP
- Facilita la consulta clínica y la actividad asistencial.
- Promueve una mejora en la calidad asistencial.
- Ofrece una mejora en el juicio clínico.
- Aporta datos claros y reales del estado de salud.
- Se concede una continuidad en la atención entre el facultativo de la residencia socio sanitaria y odontólogo AP.
- Se evitan desplazamientos innecesarios del paciente por falta de una acertada intervención inicial.

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL: UN TRABAJO COLABORATIVO ORIENTADO A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

EMILIO JESÚS APARICIO GUERRA [(1)]; BEATRIZ MENDOZA PÉREZ DE MENDIGUREN [(2)]; LAMBARRI IZAGUIRRE MIKEL [(3)]; ELGEZABAL INTXAURRAGA IANIRE [(4)]; GRUPO DE TRABAJO PROGRAMA DE SALUD INFANTIL [(5)]; JANIRE PORTUONDO JIMÉNEZ [(6)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] PEDIATRA DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA BOMBERO ETXÁNIZ, BILBAO, OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD, [(2)] ENFERMERA DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA IZARRA-URCABUSTAIZ, ÁLAVA, OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD, [(3)] PEDIATRA DEL CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BEASAIN, GIPUZKOA, OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD, [(4)] ENFERMERA DE PEDIATRÍA DE CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ZALDIBAR, BIZKAIA, OSAKIDETZA -SERVICIO VASCO DE SALUD, [(5)] SUBDIRECTORA PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD, [(6)] ENFERMERA DE LA SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSAKIDETZA - SERVICIO VASCO DE SALUD

ID: *4629*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA ESTANDARIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES EQUIDAD TRABAJO MULTIDISCIPLINAR DIGITALIZACIÓN ORIENTACIÓN A LAS FAMILIAS EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD*

JUSTIFICACIÓN

El Programa de Salud Infantil (PSI), vigente desde hace más de 30 años, es el conjunto de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. Su revisión se justifica por la variabilidad apreciada en:

- El calendario de actividades por edades del PSI
- Los roles de los profesionales del equipo
- El registro en la historia clínica (HªC)
- La información dirigida a las familias Todo ello afecta a la equidad.

OBJETIVOS

- Revisión sistemática de la evidencia científica para actualizar las actividades del PSI y sus recomendaciones.
- Estandarización de las actuaciones para mejorar la equidad.
- Cohesión del equipo a través de actuaciones consensuadas y de la mejora en la información mediante los nuevos sistemas de registro en la HªC.
- Formación de grupos focales con profesionales externos relacionados con las actividades del PSI (neonatología, salud pública, salud mental infanto-juvenil, asistencia dental infantil, medicina de familia, matronería, pediatría social, entre otras), para garantizar la atención integrada y la continuidad asistencial.
- Actividades de Educación Para la Salud (EPS) comunitaria.
- Digitalización de la información a las familias.
- Orientación holística del PSI, con atención a la diversidad cultural, social, familiar y personal, para favorecer el empoderamiento y las prácticas clínicas de valor

MATERIAL Y MÉTODOS

Formación del grupo de trabajo en mayo del 2020: 24 profesionales de los equipos de pediatría de Atención Primaria (AP) de la comunidad (facultativos y enfermería), y 6 profesionales de la Dirección General del Servicio Público de Salud (SPS). Reparto de tareas para:

- Revisión bibliográfica sistemática, con revisión posterior por pares y revisión final por grupo editor
- Nuevos sistemas de registro en la HªC para favorecer la trazabilidad y el acceso a la información posteriormente
- Actualizar la información y documentación a las familias en 7 idiomas y su digitalización mediante escuela web
- Establecer indicadores de calidad, para la revisión y mejora continua

RESULTADOS

1ª edición del PSI en junio de 2021; finalización posterior de los sistemas de registro, información a familias e indicadores de calidad; inicio de grupos focales, digitalización, grupos de trabajo para las sesiones de EPS comunitaria.

Difusión del programa a los equipos de pediatría de AP del SPS, e implementación a partir del 04.04.2022.

CONCLUSIONES

El nuevo PSI se basa en: la revisión bibliográfica sistemática de sus actividades; la estandarización para la equidad; la cohesión del equipo y mejora de la información con los sistemas de registro informático; la creación de grupos focales multidisciplinares estables; la digitalización para el conocimiento y experiencia de la salud positiva por la población; la orientación a las familias del programa, y la revisión y mejora continua del mismo por parte del grupo de trabajo.

ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA

SILVIA RODRIGO DURÁN; DE ANDRÉS ANA; GARCIA MARIA; ALBERTO JIMENEZ; ALBERTO PRADO; AITZIBER IZARRA
CENTRO DE TRABAJO: ASTRAZENECA, ASTRAZNECA, ASTRAZENCA

ID: *x4788x*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ERC, SALUD PUBLICA, GESTIÓN*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta a más del 10-15% de los españoles. A pesar de su elevada prevalencia, la ERC es una enfermedad infradiagnosticada y se asocia a una elevada mortalidad al progresar y a un incremento de costes. Por ello, el presente estudio analiza cómo mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con ERC.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio está basado en un análisis DAFO (identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con ERC en España. Las 11 variables analizadas fueron escogidas a partir de una revisión de la literatura y categorizadas como facilitadores (6) o bloqueadores (5) en un cuestionario distribuido a 120 nefrólogos de 11 comunidades autónomas. Los nefrólogos evaluaron cada variable con una puntuación del 0 (nada bloqueador o facilitador) al 3 (muy bloqueador o facilitador). Por cuestiones de formato, en el presente abstract solo se mostrarán las tres variables más votadas.

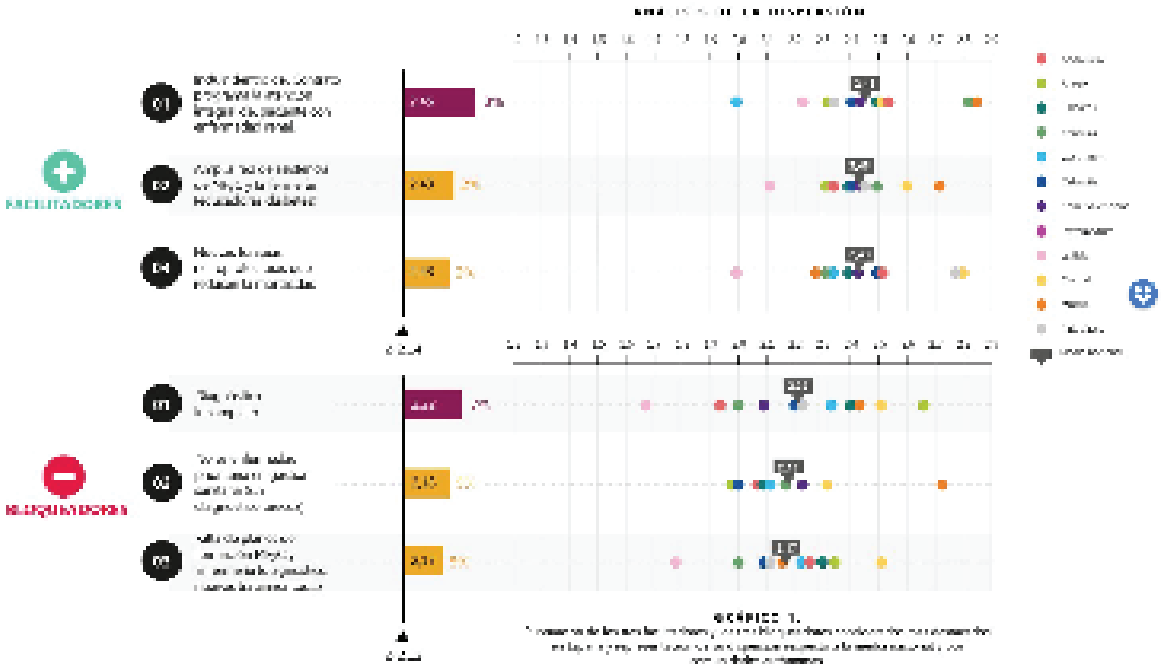
RESULTADOS

Los resultados muestran el peso de los distintos facilitadores y bloqueadores a nivel nacional y su dispersión entre comunidades autónomas. El facilitador más destacado es la necesidad de incluir dentro del contrato programa la atención integral del paciente con ERC. El bloqueador más significativo es no disponer de un diagnóstico completo.

Algunas de estas variables, como la necesidad de tener una amplia red de asistencia de MFyC, muestran un consenso intercomunitario muy elevado. Otras, como el diagnóstico incompleto, presentan un mayor grado de dispersión entre comunidades.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio no solo ayudan a focalizar qué aspectos son clave para poder mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con ERC a nivel nacional, sino que proporcionan información relevante para cada comunidad analizada.



GESTIÓN DE LA POLIFARMACIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS MEDIANTE HERRAMIENTAS DIGITALES

IRATI ERREGUERENA REDONDO [(1)]; ANE FULLAONDO ZABALA [(2)]; MARIA DOLORES MARTINEZ GARCIA [(3)]; ELENA VALVERDE BILBAO [(4)]; RICARDO SAMPER OCHOTORENA [(3)]; CARMELA MOZO AVELLANED [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD KRONIKGUNE, [(2)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD KRONIKGUNE, [(3)] OSAKIDETZA, [(4)] OSAKIDETZA

ID: *4893*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Deprescripción*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *deprescripción , polimedicación, adherencia, revisión tratamiento, TICs, nuevos roles, integración, equipos de AP*

JUSTIFICACIÓN

Debido al envejecimiento de la población y a los avances de la ciencia médica, las personas con enfermedades crónicas y polifarmacia viven más tiempo. El reto es cómo los sistemas sanitarios pueden hacer frente a este reto y garantizar la calidad y sostenibilidad de los sistemas de asistencia sanitaria. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y sus aplicaciones en la práctica sanitaria se perfilan como una alternativa para afrontar este reto.

OBJETIVOS

En el proyecto GATEKEEPER, financiado por la UE, se pretende dar respuesta a la elevada prevalencia de pacientes polimedicados y los problemas derivados de la polifarmacia y uso inadecuado de medicamentos. El objetivo principal del caso de uso “gestión de personas con enfermedades crónicas y polifarmacia” de Euskadi es valorar la efectividad y experiencia de la intervención del uso de una App móvil (Mi Tratamiento) para mejorar la adherencia, y el uso de una plataforma web (CheckTheMeds) para optimizar la prescripción farmacológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio cuasi-experimental (estudio no aleatorio, concurrente y controlado) se está llevando a cabo en los centros de Atención Primaria de 11 Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza, por equipos formados por personal médico, enfermería y farmacia. El objetivo es analizar datos de 1.000 personas mayores (500 grupo de intervención y 500 grupo de control) que cumplan con los criterios de inclusión (65 años o más, con 2 o más enfermedades crónicas y 9 o más medicamentos crónicos o a demanda prescritos).

Profesionales sanitarios de AP formados, están reclutando a 500 pacientes que cumplen los criterios de inclusión. Tras la firmar del consentimiento informado, se revisa su estado de salud (test Barthel), fármacos prescritos (plataforma CheckTheMeds) y adherencia al tratamiento (test Morisky Green). Al paciente se le invita a descargarse la App Mi Tratamiento de Osakidetza. Se realizará un seguimiento de los pacientes durante 6 meses, pasando de nuevo los test y revisando su tratamiento. La evaluación se realizará con un enfoque de métodos mixtos, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas. El pilotaje, cuenta con la participación de 250 profesionales sanitarios de Osakidetza.

RESULTADOS

Lograr la optimización y deprescripción del tratamiento del paciente mediante la integración en los sistemas de Osakidetza de la plataforma CheckTheMeds, e incorporar un nuevo rol a farmacia AP de la revisión de tratamiento.

Mejorar la adherencia al tratamiento de paciente mediante el fomento del uso de la App Mi Tratamiento de Osakidetza.

CONCLUSIONES

Este estudio pretende evidenciar cómo la utilización de aplicaciones ayuda a la adecuación del tratamiento y a incrementarla adherencia terapéutica del paciente dando lugar a tratamientos más eficaces y seguros, y evitando complicaciones de salud, y por tanto un uso de los recursos sanitarios más eficiente y un aumento de la calidad de vida de estos pacientes.

REVISIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN PACIENTES FRÁGILES MAYORES DE 80 AÑOS

ÁNGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMÍREZ; MARÍA DOLORES CÓRDOBA SOTOMAYOR; CARMEN LUCÍA MUÑOZ CID
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

ID: *4916*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *diabetes mellitus adecuación de tratamiento seguridad en el uso uso de medicamentos*

JUSTIFICACIÓN

Las recomendaciones para la selección del tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2 (DM2), publicadas en 2020 por el Grupo de Trabajo Uso Adecuado del Medicamento (UAM) en Diabetes dentro del Plan Integral de Diabetes, recogen que en personas con DM2, frágiles, de 80 años o más y con esperanza de vida limitada, debe evitarse fijar un valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) objetivo, y prescribir sólo el tratamiento hipoglucemiante necesario para minimizar síntomas relacionados con la hiperglucemia y disminuir el riesgo de hipoglucemias.

OBJETIVOS

Evaluar la revisión de pacientes diabéticos mayores de 80 años en nuestro centro, un hospital de tercer nivel, y compararla entre los diferentes servicios médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el mes de junio de 2021, los farmacéuticos hospitalarios de UAM, presentaron en las unidades clínicas implicadas este indicador, que forma parte de sus objetivos, así como la forma de registro.

Cada facultativo puede ver en la herramienta Portal Farmacia los pacientes que tiene pendientes de revisar, y puede registrar la revisión una vez realizada, especificando: no cambios, cambio de dosis, nuevo/s tratamiento/s y anulación tratamiento.

Se recogen todos los pacientes diabéticos mayores de 80 años, que de junio a noviembre de 2021 están en tratamiento con insulina y/o un antidiabético oral secretagogo (sulfonilureas y glinidas) y/o dos o más antidiabéticos no insulínicos y se analiza en cuántos de ellos se ha llevado a cabo la revisión de su tratamiento, comparando los diferentes servicios y comprobando si esta revisión ha implicado cambios.

RESULTADOS

En este periodo se revisaron 59/93 pacientes (63,5%). La revisión por servicios médicos fue: Endocrinología 32/42 (76,2%), Cardiología 14/24 (58,3%), Nefrología 12/12 (100%), Urgencias 1/3 (33,3%) y Medicina Interna 0/12 (0%).

Las acciones llevadas a cabo tras la revisión son: sin cambios 46/59 (78%), cambio de dosis 9/59 (15,3%), nuevo tratamiento 5/59(8,5%), anulación tratamiento 4/59(6,8%).

Del total de pacientes revisados, hubo cambio de prescripción en 18/59(30,5%).

CONCLUSIONES

Este indicador forma parte de un objetivo estratégico compuesto de Seguridad que pretende optimizar el tratamiento y mejorar la seguridad de pacientes con DM2, frágiles, en los que el control glucémico debe ser individualizado para mejorar la calidad de vida, preservar la funcionalidad y evitar eventos adversos como hipoglucemias y caídas.

En el periodo evaluado, se han revisado el 63,5% de los pacientes y ha habido cambios en la prescripción del 30,5% de los pacientes revisados.

Es necesario continuar con la formación a los profesionales y mantener la monitorización de este indicador para mejorar los resultados, haciendo el tratamiento antidiabético de estos pacientes más eficiente y seguro.

EVALUACIÓN DEL USO DE MASCARILLAS EN TIEMPO DE COVID

MARÍA LUISA LOZANO DEL HOYO; ALVARO FERNANDEZ ALVAREZ; ELIA REYES TENA
CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

ID: *4965*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *COVID, MASCARILLAS, ATENCIÓN PRIMARIA*

INTRODUCCIÓN

Nuestra hipótesis fue que la utilización de mascarillas, en nuestra zona básica de salud (ZBS) fue minoritaria y cuando la utilizaban no siempre era adecuada y en muchos casos se sigue utilizando de forma inadecuada.

OBJETIVO

informar y promover la correcta utilización de mascarillas por parte de la población de nuestra ZBS

MATERIAL Y MÉTODOS

Variables del estudio descriptivo a lo largo de la pandemia: edad, utilización y clase de mascarillas

RESULTADOS

Acuden al CS: Extracción de sangre: el 100 % llevan mascarillas (el 7,2% FFP2, el 7,8% de tela y el 75% quirúrgica). Consultas: el 82,4% llevan mascarilla (el 83,9% bien puesta). El 16,1% la llevan mal puesto(33,3% debajo de la nariz, el 44,5% en la garganta y el 22,2% no es la cara). Urgencias del CS: llevan la mascarilla el 81,6% (14,3% FFP2, el 59,2% quirúrgicas y el 26,5% de tela). El 27,5% mal puesta, el 44,4% debajo de la nariz, el 33,3% en la garganta y el 22,3% no es la cara. En la calle: El 51,6% no llevan mascarillas. Del 48,4% que llevan, el 82,4% son quirúrgicas, el 14,8% de tela y el 2,8 FFP2; el 45,6% bajo la nariz, el 27,2% en la garganta y el 27,2% no en la cara. Por grupos de edad: De 0 a 11 años no llevan mascarillas el 45,5%, el 100% de tela; de 12 a 18 años no la utilizan el 72,7%, el 26% las llevan bien puestas (17,4% FFP2, el 74% quirúrgica y el 8,6% de tela); de 19 a 59 años, el 40% que las usan, las llevan bien puestas el 37,5%, cuando las llevan mal el 45% es bajo la nariz, el 40% en la garganta, el 5% en la frente y el 15% no en la cara. El 21,8% FFP2, el 65,7% quirúrgico y el 12,5% de tela; de >60 años el 46,3% usan, bien puestas el 48%, el 53,8% es bajo la nariz, el 30,7% en la garganta, el 15,4% no en la cara, el 16% son FFP2, el 64% quirúrgico y el 20% de tela. En diciembre de 2021: De 7 a 8 horas no llevan mascarilla el 21%, de 15 a 16 horas el 32,4% y de 20 a 21 horas el 57,3%

DISCUSIÓN

Cuando nuestros pacientes acuden al CS a extraerse sangre el 100 % vienen con mascarillas, pues saben que van a entrar y que se les va a exigir usarla, el porcentaje bajo cuando acuden a consulta por estar citados, la percepción de peligro disminuye. El grupo de adolescentes utiliza muy poco las mascarillas y mal colocadas, suponemos que su edad no les hace conscientes del riesgo que supone para ellos y para su familia. Nuestra población utiliza de forma mayoritaria la mascarilla quirúrgica. Desde el 19 de abril de 2022, España deroga la mascarilla obligatoria en interiores, aunque su uso seguirá siendo necesario en espacios como centros sanitarios, socios-sanitarios y medios de transporte, avanzando un paso más hacia el sistema de “gripalización”. En nuestra zona básica de salud hay un bajo e incorrecto uso de mascarillas. Nuestro plan de mejora fue y sigue siendo, educar a la población en la buena utilización de las mascarillas, con la realización de un póster, que se colocará en diferentes lugares del CS, en el Blog, la página web y Facebook del centro. . socio-sanitarios y medios de transporte, avanzando un paso más hacia el sistema de “gripalización”. En nuestra zona básica de salud hay un bajo e incorrecto uso de mascarillas. Nuestro plan de mejora fue y sigue siendo, educar a la población en la buena utilización de las mascarillas, con la realización de un póster, que se colocará en diferentes lugares del CS, en el Blog, la página web y Facebook del centro. . socio-sanitarios y medios de transporte, avanzando un paso más hacia el sistema de “gripalización”. En nuestra zona básica de salud hay un bajo e incorrecto uso de mascarillas. Nuestro plan de mejora fue y sigue siendo, educar a la población en la buena utilización de las mascarillas, con la realización de un póster, que se colocará en diferentes lugares del CS, en el Blog, la página web y Facebook del centro. .

DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA OBTENER UNA RED DE AUDITORES COMPROMETIDOS

SILVIA LÓPEZ DÍAZ-ROBLES; JUAN MANUEL GONZÁLEZ LORENZO; ALICIA FERNÁNDEZ LÓPEZ; JULIANA MARTÍNEZ ESPIÑEIRA; BELÉN MILLOR SANESTEBAN; DIEGO ALBERTO PÉREZ AMOR
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

ID: *5004*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad, Gestión, Formación*

JUSTIFICACIÓN

El mantenimiento de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) supone necesariamente poder disponer y contar con profesionales que estén implicados. Se evidenciaba una especial dificultad a la hora de conseguir profesionales formados para la realización de las auditorías internas, relacionadacon el tiempo que esa actividad requiere y la necesaria motivación para poder asumir una nueva carga de trabajo a mayores del trabajo ya inherente al puesto que esa persona desempeña. A esto hay que añadir la futura certificación de unidades asistenciales conforme a otras Normas diferentes a la ISO 9001. lo que creó la necesidad de reforzar la formación y la motivación del personal mediante la creación de una formación específica, implementando medidas de ajuste de tiempos y dedicación que mejorase su compromiso y su adherencia con el área sanitaria, en general, y con el SGC en particular.

OBJETIVOS

- Implantar acciones formativas para asegurar la competencia de las personas implicadas en el Sistema de Gestión de Calidad.
- Conseguir el compromiso y la adherencia con el SGC de las personas que reciban la formación. Crear una red de auditores que responda a las necesidades del Área Sanitaria.
- Promover y mejorar la cultura de calidad existente.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Alcance de la propuesta formativa. Criterios de prelación y riguroso orden, para la adjudicación de la formación es:
    1. Responsables de calidad de los servicios del SGC
    2. Resto del personal de los servicios del SGC
    3. Jefes de servicio y supervisores/coordinadores de área/centro de salud
- Estrategia:

Duración trienal.

Inclusión de 10 personas, mínimo

Compromiso del área sanitaria a promover, sufragar y facilitar la realización de formación acreditada.

Compromiso por escrito de la persona trabajadora de realizar periódicamente las auditorías según la norma en la que esté formado, además de participar en las actividades de promoción de la calidad.

Compensación con días libres de los días de realización de auditorías. Acreditación como mérito.

Participación en una Sesión clínica general al inicio de curso de los residentes, para trasladar a los futuros profesionales la importancia de ahondar en temas referentes a la Calidad y Normas de Seguridad del paciente.

RESULTADOS

Se seleccionaron 3 cursos: Máster en Gestión de Calidad ISO 9001:2015 y auditor interno, Curso de auditor interno de calidad ISO 9001:2015 y La seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios: Norma UNE 179003.

6 personas cursan actualmente el Máster en Gestión de Calidad y 5 el curso sobre la Norma UNE 179003. Estos profesionales tendrán la posibilidad de participar como observadores en las auditorías realizadas en el Área Sanitaria y una vez finalizada la formación, deberán participar como auditores en prácticas, siendo de esta forma, evaluada su capacidad por los profesionales de la Unidad de Calidad.

CONCLUSIONES

Buena acogida del programa formativo por parte de los Servicios certificados, que está recién iniciado en 2022.

MEJORA DEL AMBIENTE LABORAL ANTE EL DESGASTE PROFESIONAL EN EL CENTRO DE SALUD

MARIA CLAUDIA TÉLLEZ BARRAGÁN; MARIA DEL MAR PIQUERAS VILLALDEA; ANA LAURA LAFRAYA PUENTE; ROSARIO CARRILLO EGEDA; RAQUEL VENTERO FERNANDEZ; MARIA JESUS GUTIÉRREZ LORENZO
CENTRO DE TRABAJO: [1] C.S. DR. LUENGO RODRIGUEZ

ID: *5021*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Desgaste profesional*

JUSTIFICACIÓN

Todos los profesionales al servicio de la sanidad, han sido sometidos a diferente grado de tensión asistencial, a consecuencia de la situación sanitaria de la pandemia. La incertidumbre, diversos cambios, frecuentes y repentinas disposiciones emitidas por el ministerio, han desencadenado sufrimiento emocional. Algunos se han visto desbordados, obligados a solicitar una ITs, aumentando la carga y responsabilidad asistencial al resto de compañeros por falta personal suplente.

OBJETIVOS

Determinar el grado de desgaste profesional entre los componentes del equipo del Centro de Salud, permite realizar un análisis de la situación para elaborar actuaciones y actividades destinadas a aliviar o disminuir el agotamiento con la finalidad de: • Reforzar el sentimiento de pertenencia al equipo entre todos los profesionales • Fomentar el trabajo en equipo estableciendo sinergias • Reconocimiento mutuo del trabajo desarrollado entre los diferentes estamentos • Fortalecer la vocación a la asistencia ciudadana • Compartir inquietudes o dudas del trabajo habitual, argumentando sin combatir • Humanizar el trabajo asiduo, compartiendo las motivaciones internas y externas de cada profesional • Enriquecer las actividades de ocio

MÉTODO

Para cuantificar el desgaste profesional, hemos empleado la encuesta de Maslach constituida por 22 preguntas de escala, con 6 rangos de frecuencia y que aportan información sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, midiendo 3 aspectos del síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal. La encuesta fue respondida por el 70% de los profesionales.

RESULTADOS

El resultado global obtenido en las respuestas de la encuesta, según las tablas establecidas por la encuesta y aplicado a las diferentes escalas fue: Agotamiento emocional 23,36. Despersonalización: 5,17. Realización personal 34,33. Los valores obtenidos, determinan un nivel medio-alto de burnout Una vez analizados los resultados, se dispuso a: • organizar diversas actividades lúdicas, tanto presenciales como virtuales con diferentes temáticas. • Diversificación de temas clínicos organizando sesiones de autoformación. • Impartición de charlas informativas acerca de las actividades laborales y competencias de varios estamentos..

CONCLUSIÓN

Reforzar el sentimiento de pertenencia al equipo entre todos los profesionales Establece sinergias, aumenta el reconocimiento mutuo del trabajo realizado, la empatía y solidaridad, consolida los objetivos del equipo fortaleciendo la vocación y humanización a la asistencia ciudadana mejorando la calidad asistencial.

PRESENCIA DEL ALELO HLA DQA1*05 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS TRATADOS CON ANTI-TNF.

SILVIA IZQUIERDO ÁLVAREZ; NURIA GOÑI ROS; CLAUDIA ABADÍA MOLINA; TERESA GARCÍA DE CARELLÁN MACIA; NIEVES HERRERO BLASCO; MARÍA ÁNGELES ARROYO ALGARATE; ELENA GARCÍA GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5050*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *HLADQA1*05; IMID; antiTNF*

JUSTIFICACIÓN

Entre las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID), que comparten una inflamación crónica sistémica, destacan la artritis reumatoide, colitis ulcerosa y psoriasis entre otras. En cuanto al uso de fármacos anti-TNFα para su tratamiento, la respuesta inadecuada no es tan rara y parece debida a diversas causas. El desconocimiento de factores predictores de su eficacia y seguridad en el paciente individual resulta algo limitante, y disponer de ellos supondría un avance en el camino de la medicina personalizada. Recientemente, se ha identificado un marcador genético que podría ayudar a individualizar la terapia con anti-TNF, describiéndose una asociación significativa entre la presencia del alelo HLA-DQA1*05 y el desarrollo de anticuerpos anti-TNF (AAF), con la consiguiente disminución de los niveles del fármaco y pérdida de respuesta.

OBJETIVOS

Calcular la prevalencia del alelo HLA-DQA1*05 en nuestros pacientes con IMIDs tratados con anti-TNF y compararla en dos grupos de pacientes: con y sin AAF.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron 981 pacientes durante el período de enero2018-marzo2022. Como criterios de inclusión se establecieron: presencia de IMID y tratamiento con Adalimumab/Infliximab. Los datos se obtuvieron del Sistema de Información de Laboratorio. Se consideraron variables de estudio: edad, sexo y raza (caucásica/asiática/africana) del paciente; servicio clínico de procedencia; tipo de anti-TNF administrado; presencia de AAF (si/no); realización de estudio genético del alelo HLA-DQA1*05 (si/no); y en los casos positivos, motivo de la solicitud y resultado (presencia/ausencia). Los datos se procesaron y analizaron con Excel. Se estudiaron 981 pacientes (667 Adalimumab+314 Infliximab). Con una media de edad de 47 años, 47,8% (469/981) eran mujeres y 52,2% (512/981) varones. De ellos, únicamente se había estudiado genéticamente al 17,7% (174/981), ya que la determinación de la presencia del alelo HLA-DQA1*05 se implementó en nuestro laboratorio en 2021. En la población estudiada, se observó una prevalencia del alelo del 39,7% (69/174; 44/110 Adalimumab, 25/64 Infliximab).

RESULTADOS

El desarrollo de inmunogenicidad se estudió en el 15,8% de los pacientes (155/981; 74/667 Adalimumab, 81/314 Infliximab). La presencia de AAF se observó en el 50,3% de ellos (78/155; 50/74 Adalimumab, 28/81 Infliximab). De estos, sólo se disponía de estudio genético en el 21,8% (17/78; 10/50 Adalimumab, 7/28 Infliximab). La presencia del alelo HLA-DQA1*05 en pacientes con AAF se estimó en un 41,2% de los que disponían de estudio genético (7/17; 5/10 Adalimumab, 2/7 Infliximab).

CONCLUSIÓN

La prevalencia del alelo HLADQA1*05 descrita en este estudio se acerca mucho a la estimada para la población europea (40%). El bajo porcentaje de pacientes estudiados genéticamente representa una limitación del estudio y podría explicar la mayor prevalencia del alelo en el grupo de pacientes sin AAF con respecto al que sí desarrolla inmunogenicidad.

ANÁLISIS DE LA RADIACIÓN EN VIDEOFLUOROSCOPIAS PEDIÁTRICAS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

ANDRÉS DOMINGO BELANCHE; RUTH GARCÍA ROMERO; IGNACIO ROS ARNAL; MARIA JOSÉ ROMEA MONTAÑÉS; CRISTINA GUTIERREZ ALONSO; BEATRIZ IZQUIERDO HERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5059*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *radiación, videofluoroscopia, pediatría, seguridad, dosis radiación*

JUSTIFICACIÓN

las consecuencias de los trastornos deglutorios pueden afectar gravemente la salud: desnutrición, por la incapacidad de poder ingerir la cantidad del alimento adecuado a la edad, deshidratación, por la incapacidad de ingerir los líquidos adecuadamente, problemas respiratorios como neumonías de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con la comida o los líquidos. Existe un alto porcentaje de niños que presentan trastornos deglutorios los cuales están sin diagnosticar y sin rehabilitar, ni con adecuado tratamiento.

Antes de llegar a medidas más cruentas y menos fisiológicas de alimentación existe la posibilidad de hacer un adecuado estudio de la deglución mediante la prueba complementaria “patrón oro” para su evaluación: la videofluoroscopia (VFC). Se trata de una técnica radiológica dinámica en la que se obtienen secuencias de perfil lateral mientras el paciente ingiere un contraste, a diferentes texturas y volúmenes, para evular la deglución. En función del tipo de alteración detectada y su gravedad, se propone un tratamiento: dieta adaptada y/o gastrostomía.

Dado que se trata de una prueba que utiliza radiación ionizante, es una prioridad disminuir tanto el tiempo de exposición como la radiación que reciben los pacientes, ya que los pacientes pediátricos tienen una mayor radiosensibilidad.

OBJETIVOS

sobre la hipótesis de tratar de disminuir la radiación que reciben los pacientes se pretende desarrollar el trabajo: el objetivo final principal es evaluar y analizar la dosis-radiación y el tiempo de radiación durante la realización de las videofluoroscopias en un centro de tercer nivel.

Asimismo, como objetivos secundarios, se pretende conocer la relación entre las variables clínicas y el riesgo de exposición a la radiación, así como describir los factores ambientales que condicionan las variables de dosis y tiempo de radiación.

También se trabaja con la hipótesis de que los pacientes de este estudio reciben menos radiación que los niveles de referencia de diagnóstico sobre videofluoroscopias para poblaciones pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

es un estudio retrospectivo descriptivo, con los datos pseuanonimizados de las videofluoroscopias realizadas en un centro de tercer nivel durante aproximadamente 7 años, disponiendo de 322 casos.

RESULTADOS

se encontró una clara relación entre la dosis recibida y el tiempo de exposición, así como entre dosis y edad. Hubo diferencias entre la dosis que recibían en función de su patología de base, gravedad y tipo de alteración de la disfagia. Nuestros casos recibieron mucha menor radiación que la recogida en otros centros, siendo la nuestra equivalente a aproximadamente la dosis efectiva de dos radiografías de tórax.

CONCLUSIONES

La dosis de radiación de este trabajo es mucho inferior a la de otros estudios, aunque hay que tener en cuenta factores como el número de imágenes por segundo, la colimación y la adecuada colaboración de los pacientes.

INSTAURACIÓN DE REGISTRO DIARIO DE PACIENTES LET Y SISTEMA IDENTIFICATIVO RÁPIDO EN HISTORIA CLÍNICA.

CARMEN DUARTE DIÉGUEZ; MARINA LÓPEZ CARRIÓN; MARTA PRADOS MERCHÁN; CRISTINA LARA BUSASCA; MARÍA VICTORIA SÁNCHEZ SIMONET; JOSEFINA PINEDO RODRÍGUEZ; JOSE CARLOS MARTÍN SANTOS; CARMEN CORTES MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: VITHAS MÁLAGA

ID: *5075*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Palabras clave: *Adecuación esfuerzo terapéutico. Libertad de decisión individual. Participación en decisiones tratamiento. Manejo decisiones individuales al final de la vida. Detención servicios resucitación. Marco hospitalario toma decisiones.*

JUSTIFICACIÓN

La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debería guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida.

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es la retirada de medidas terapéuticas de soporte vital porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles.

Los pacientes, o aquellos que toman las decisiones por ellos, pueden decidir suspender la atención o tratamiento tras ser iniciado incluyendo detener los servicios de resucitación o renunciar o retirar el tratamiento de soporte vital. Es importante que el hospital desarrolle un marco para la toma de este tipo de decisiones difíciles, el desarrollo de este marco es además, a juicio de la Joint Commision, un criterio de calidad (Estándar COP.7, Estándar PCC.2.1).

Para respetar la decisión de detener los servicios de resucitación es necesario que todos los interlocutores implicados tengan un conocimiento rápido y exacto de la misma,

Hemos creado una acción que implica a los profesionales afectados y que se actualiza en tiempo real para evitar vulnerar los derechos del paciente.

OBJETIVOS

- Evitar la confusión del equipo de actuación en parada cardiorrespiratoria cuando acude a la cabecera de la cama y necesita saber, de manera rápida, como actuar.
- Respetar los deseos de los pacientes y su derecho a una atención respetuosa al final de la vida incluyendo la denegación de los servicios de resucitación y la renuncia o retirada de los tratamientos de soporte vital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional analítico. La población son todos los pacientes hospitalizados en nuestro hospital. Se realiza un Excel diario que se actualiza en tiempo real y se comunica a todos los profesionales implicados. El paciente se identifica mediante una cartulina amarilla como primera hoja de su carpeta y con la colocación de las siglas LET en la historia electrónica.

RESULTADOS

Análisis trimestral de las tasas de cumplimiento del registro en la historia, de concordancia entre los casos de exitus y los LET y de evitación de RCP en pacientes LET.

CONCLUSIONES

La existencia del registro diario LET y del sistema de identificación rápido en la historia clínica contribuye a evitar la confusión de los profesionales sanitarios cuando acuden de forma rápida a la cabecera del paciente y evita maniobras de resucitación cardiopulmonar y acciones terapéuticas agresivas respetando los deseos de aquellos pacientes que han decidido detener los servicios de resucitación. proteger sus deseos y su derecho a la atención respetuosa y compasiva al final de la vida.

APROXIMACIÓN A LA VALORACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD

GUILLERMO EMBID SÁEZ [1]; ÁLVARO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ [1]; CARMEN SANTA EULALIA GONZALVO [1]; RAQUEL CANTÍN BARRERA [1]; SILVIA MARÍA MARCO SEVILLA [2]; MARÍA LUISA LOZANO DEL HOYO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE, [2] GRADUADO EN ENFERMERÍA

ID: *5107*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Vacunación, Covid-19, enfermería.*

OBJETIVOS

- Aproximación a la valoración de la campaña de vacunación del COVID-19, por la población de un Centro de Salud (CS).
- Describir la experiencia subjetiva percibida por la población.
- Conocer posibles puntos de mejora para próximas campañas de vacunación.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, con valoración subjetiva de la vacunación de COVID-19.

Muestra obtenida durante 2 semanas en la zona de medicina general, pediatría y extracciones del CS.

El SALUD abrió las citas para la vacunación contra el COVID-19, por franjas de edad, por medio de la APP Salud informa o en la web www.saludinforma.es , excepto en las primeras vacunas a mayores de 80 años y en residencias institucionales, que se ofrecieron desde los CS. El resto de la población se tenía que citar por este método. Se ofertaron teléfonos de atención al ciudadano.

Limitaciones: la muestra no es representativa de la población general; no estratifica por edad y sexo; se valora la opción de que las personas no recuerden las circunstancias de la primera vacunación.

RESULTADOS

La edad media de los encuestados fue de 55,1 (mas-menos 21) de los cuales el 61,3% fueron mujeres. Un 2,8% eran negacionistas.

Del resto de los encuestados: el 97% tenían la vacuna completa. El 56,1% se citaron por la aplicación, un 16,1% por medio del personal sanitario, el 13,5% a través de un familiar, el 8,7% en admisión el 3,8 en su puesto de trabajo y el 1,6% en la farmacia.

De los vacunados un 67,7% refieren que fue fácil, sin contabilizar los mayores de 80 años, al ser citados desde enfermería.

El 41,6% expresaron su opinión subjetiva. De ellos un 52,7% se refiere a la plataforma de citación: un 58,2% ha tenido problemas con ella, frente a un 14,5% que expresa la facilidad de acceso, el 10,3% comentó la dificultad para elegir horario, el 9,7 la imposibilidad de descitarse. El acto de vacunación supuso un 38,3%, de ellos el 57,5% dicen que enfermería realizó un gran trabajo, el 25,8% la rapidez, el 10% que había mucha fila. El 5,2% y el 3,8% dio ideas, de estos últimos el 75% expuso que hubiera sido más sencillo dar el certificado europeo a la vez y el 25% animaban a la gente a vacunarse.

DISCUSIÓN

Se recibió feedback sobre las dificultades de obtener y modificar cita vía APP o web en los primeros meses de vacunación.

Las personas mayores de 80 años fueron citadas desde la consulta de enfermería, no con la celeridad que ellos requerían, por falta de vacunas, en los primeros meses.

Las personas más jóvenes o con manejo de dispositivos electrónicos, se muestras muy satisfechas con esta opción, aunque dicen que se podría facilitar el certificado europeo y el cambio de citaciones.

Desde Servicios Centrales nos reportan la cantidad de incidencias que les enviaron los usuarios y que coinciden con las dificultades aquí expuestas.

Mucho de los encuestados aprovecharon la oportunidad para expresarnos su agradecimiento.

Plan de mejora: Mantener el sistema de citación online, facilitando la citación en el centro de salud.

ESTUDIO DE DOSIFICACIÓN POR PESO AJUSTADO DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

ANA PEÑAS FERNÁNDEZ; CRISTINA VICENTE ITURBE; ÁNGEL ESCOLANO PUEYO; ANA LÓPEZ PÉREZ; ELENA HERRANZ BAYO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5173*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Inmunoglobulinas, Dosificación, peso real, peso ajustado*

JUSTIFICACIÓN

El uso de inmunoglobulinas intravenosas (IVIG) es habitual en patologías hematológicas. En la actualidad su disponibilidad es limitada debido a una situación de desabastecimiento global, lo que hace necesario la optimización de su utilización en términos de efectividad, seguridad y eficiencia. Para ello es necesario conocer exahustivamente su perfil de uso y el ajuste de dosis según peso de dosificación.

OBJETIVO

Analizar el perfil de utilización de IVIG en hematología y la adecuación de su dosificación en sobrepeso u obesidad, así como su impacto económico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte descriptivo de pacientes hematológicos en tratamiento activo con IVIG en 2022 elaboradas en el Servicio de Farmacia. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (indicación, dosis, pauta posológica e índice de masa corporal [IMC]) y económicas (precio del gramo de IVIG). Fuente de datos: módulo de dispensación de pacientes ambulantes y gestión económica de Farmatools© e Historia Clínica Electrónica. Para calcular el peso ajustado de dosificación de IVIG en pacientes con sobrepeso u obesidad se utilizó la calculadora del Ontario Regional Blood Coordinating Network, considerando sobrepeso u obesidad cuando el IMC era mayor o igual a 25 kg/m2. El análisis de los datos se llevó a cabo con Microsoft Excel©.

RESULTADOS

37 pacientes en tratamiento activo con IVIG, el 54% mujeres. La media de edad fue de 65,0 ± 17,2 años. La indicación principal fue inmunodeficiencia secundaria a leucemia linfática crónica (35,2%) seguida de inmunodeficiencia primaria (27,1%), inmunodeficiencia secundaria a trasplante alogénico de médula ósea (24,2%), inmunodeficiencia secundaria a mieloma múltiple (5,4%), inmunosupresión en paciente trasplantado (5,4%) e hipogammaglobulinemia post CART (2,7%). Las dosis prescritas se ajustaron a 0,4 gramos de IVIG por kg de peso cada 4 semanas, 3 semanas u otra posología, siendo la pauta de administración mayoritaria cada 3 semanas (67,6%). El 43,2% de los pacientes presentaron un IMC mayor o igual a 25 kg/m2 encontrándose en situación de sobrepeso u obesidad, por lo que se consideraron susceptibles de ajuste de dosis de IVIG por peso de dosificación. Si se realizara dicho ajuste la reducción media de gramos de IVIG por administración supondría una reducción media por paciente de 4,7 ± 2,6 g conllevando un ahorro de 247,8 ± 137,4 € por administración.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los pacientes son candidatos a ajuste de dosis de IVIG por peso de dosificación. Esto reduciría las dosis utilizadas, disminuyendo reacciones adversas, acortando tiempos de administración en hospital de día y generando ahorro económico. Este estudio permite conocer el estado actual de prescripción de IVIG para afrontar el cambio.

ESTUDIO DEL RENDIMIENTO DE UN NUEVO PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE DE LAS HIPERFERRITINEMIAS Y HEMOCROMATOSIS HEREDITARIAS

SILVIA IZQUIERDO ÁLVAREZ; CLAUDIA ABADÍA MOLINA; NURIA GOÑI ROS; PAULA SIENES BAILO; Mª DEL VALLE RECASENS FLORES; RICARDO GONZÁLEZ TARANCÓN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5236*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Hemocromatosis hereditaria, protocolo, evaluación, indicadores, rendimiento.*

JUSTIFICACIÓN

En febrero de 2021 desde Genética del HUMS se diseñó un protocolo de abordaje diagnóstico de las hiperferritinemias y hemocromatosis hereditarias (HH) en el sector Zaragoza II (Z2-1028-21), con Hematología, Digestivo y M. Interna, para adecuar la demanda de los estudios genéticos.

OBJETIVO

medir el rendimiento del protocolo tras su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen pacientes con solicitud de estudio genético de HH tipo 1 solicitados entre el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2021.

Se analizaron los indicadores propuestos en el protocolo para cada año (2020, 2021).

- Indicador A. Número de estudios genéticos de HH tipo 1 que no cumple criterios entre el total (Estándar: < 10%)
- Indicador B. Porcentaje de informes de HH tipo 1 con tiempo respuesta <14 días entre el total (Estándar > 95%)
- Indicador C. Porcentaje de estudios genéticos de HH tipo 1 remitidos desde Atención Primaria (AP) entre el total (Estándar <2%)
- Indicador D. Porcentaje de estudios genéticos de HH tipo 1 con hallazgos positivos entre el total (Estándar > 70%)

RESULTADOS

La solicitud de estudios genéticos de HH tipo 1 ha aumentado en un 38% en 2021 con respecto al 2020.

El resultado del indicador A es de 38,73% en 2020 y 43,63% en 2021, muy superior al estándar fijado, lo que indica que más de 1/3 de las solicitudes no cumplen criterios de estudio (Ferritina >500 ng/ml, IST>45%). El indicador B es de 97,80% en 2020 y 98,80% en 2021, ambos años se cumplió con el estándar, y para la mayoría de los informes el tiempo de respuesta fue menor a 14 días. El indicador C es de 4,68% en 2020 y 4,78% en 2021, el número de solicitudes desde AP no vario tras aprobación del protocolo. El indicador D es de 11,85% en 2020 y 10,76% en 2021, muy inferior al estándar fijado, solo 1/9 solicitudes realizadas obtuvieron resultados positivos.

CONCLUSIONES

El aumento en las solicitudes de estudios genéticos, y los resultados de los indicadores demuestran que el protocolo no está siendo eficaz. Se plantean acciones para mejorar su utilidad (mayor difusión, consulta virtual con atención primaria, rechazo de solicitudes que no cumplan criterios estrictos, rechazo de estudios predictivos en familiares…)

TERAPIA OCUPACIONAL NUEVO ROL CONSULTOR A TRAVÉS DE LA ECONSULTA

MARGARITA PORTERO DÍAZ [1]; JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [2] CONSEJERÍA DE SANIDAD - DG DE ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO - UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ID: *5267*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *eConsulta Terapeuta ocupacional Comunicación Actividades de la Vida Diaria*

JUSTIFICCIÓN

Los desafíos actuales en el sector salud están propiciando la mejora de la comunicación entre profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales. La eConsulta (eC) como interconsulta clínica no presencial dará una respuesta ágil a múltiples dudas clínicas en relación a las actuaciones relacionadas con la Terapia Ocupacional (TO) evitando desplazamientos innecesarios por parte de los pacientes a los servicios hospitalarios, mejorando la atención del paciente y reduciendo las listas de espera. Esta eC mejora de la comunicación interámbitos, mejora la coordinación y la continuidad asistencial al dar respuesta a los pacientes que presentan dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).

OBJETIVOS

Mejorar la comunicación entre profesionales en relación a las competencias derivadas de la TO.

Mejorar calidad de vida del paciente a través de la resolución de dudas de los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales donde no exista el profesional de TO.

MATERIAL Y MÉTODO

Todos los profesionales asistenciales con dudas relacionadas con actuaciones más adecuadas a realizar sobre pacientes con dificultad en la realización de las AVD ya sean básicas (aseo, alimentación. vestido) instrumentales (ir de compras, conducir) de trabajo (desempeño trabajo), de ocio y/o de participación social (familia, comunidad, amigos), tendrán la posibilidad de realizar interconsultas clínicas no presenciales a los profesionales de TO de su área de referencia.

Estos profesionales tras revisión y valoración de la interconsulta, responderán en un plazo inferior a las 72 horas hábiles incluyendo las recomendaciones o actuaciones más adecuadas a seguir. En el caso de precisar una valoración presencial, el TO se comunicará vía telefónica con el paciente, le citará y realizará las intervenciones que precise. Tras finalización de las mismas, informará mediante informe al profesional de Atención Primaria de las actuaciones realizadas.

Se incluirán indicadores:

- % eC resueltas TO: nº de eC TO con seguimiento en AP/nº total eC enviadas a TO
- % eC con necesidad presencial en TO: nº de eC TO con seguimiento en AH/nº total de eC enviadas a TO
- % eC con actuación compartida entre ámbitos: nº de eC TO con seguimiento en AP-AH /nº total eC enviadas a TO

RESULTADOS

Actualmente no se tienen resultados al ser un proyecto, pero tras su implantacuión se prevé una mejora en la calidad asistencial, en la accesibilidad, en la adecuación de las actuaciones a seguir, así como una reducción de los tiempos de espera para ser valorados por el TO.

CONCLUSIÓN

Creemos que la eC de TO generará un canal de comunicación entre profesionales que mejora la asistencia de los distintos niveles sanitarios, resolviendo problemas de accesibilidad a estos especialistas hospitalarios, dando lugar a una mejora en la continuidad y la calidad de la asistencia de los pacientes con disminución de su capacidad funcional para la realización de sus actividades cotidianas.

DE LA NOTIFICACIÓN AL APRENDIZAJE. PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

ANA JIMÉNEZ ZÁRATE; TÀRSILA FERRO GARCÍA
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

ID: *5271*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *incidente, sistema notificación, notificación, evento adverso*

ANTECEDENTES

La notificación de incidentes en la atención de la salud es un medio para mejorar la seguridad del paciente. Su esencia es detectar los riesgos que la atención sanitaria puede implicar y desarrollar intervenciones para eliminarlos o mitigarlos y reducir su impacto en el paciente. Nuestra institución cuenta con instrumentos tecnológicos para facilitar la notificación y gestión de los acontecimientos adversos (TPSC Cloud™) desde hace más de una década. Sin embargo, recientemente se observa una asimetría entre las notificaciones y el nivel de su análisis, siendo éste parcial y con bajo seguimiento de las acciones de mejora cuando éstas son propuestas.

OBJETIVO

Identificar las barreras y los facilitadores en la gestión de las notificaciones de incidentes, y establecer un Plan de intervención para la mejora del análisis y la gestión de los incidentes notificados.

Métodos: Se realizaron entrevistas individuales a las gestoras del sistema de notificación institucional TPSC Cloud™. Las respuestas se clasificaron en función de barreras, facilitadores y propuestas y fueron codificadas según su agrupador conceptual. La recopilación de datos relativos al nivel de análisis y gestión de los eventos adversos notificados en TPSC Cloud™ se obtuvo de la base de datos del aplicativo. El análisis pre y post intervención se realizó mediante tablas de contingencia, utilizando el test de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se identificaron cuatro tipos de barreras y tres de facilitadores para la gestión de los incidentes. Las barreras identificadas son de carácter organizativo, falta de conocimientos, falta de reconocimiento del rol y baja cultura de seguridad del paciente. Los facilitadores están relacionados con el liderazgo, el conocimiento del funcionamiento de la institución y la mejora de la cultura de la seguridad. Se planifican cinco intervenciones, de las cuales tres se pueden llevar a cabo. Se observa una mejora del porcentaje de notificaciones gestionadas en el período post-intervención, así como de aquellas de riesgo alto que han sido analizadas en un período inferior a un mes desde la notificación, aunque puede ser mejorable.

CONCLUSIONES

Las acciones realizadas dirigidas a mejorar el conocimiento y desarrollo del rol de las gestoras han supuesto una mejora en la gestión de los incidentes notificados. Debe considerarse la formación específica continuada y especialmente en las nuevas incorporaciones de profesionales que tienen asignado este rol, tanto para la gestión de los incidentes como para impulsar, mantener y mejorar la cultura de seguridad del paciente. Es necesario completar la implementación de la totalidad de las acciones planificadas, para mejorar la transferencia del aprendizaje generado a través del análisis de las notificaciones, desde las gestoras a los profesionales de primera línea asistencial.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA: IMPACTO EN LOS RESULTADOS DOS AÑOS DESPUÉS

ANA JIMÉNEZ ZÁRATE
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

ID: *5273*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *COVID, seguridad del paciente, indicadores*

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 del año 2020 obligó a los hospitales a una adaptación de los espacios y circuitos. Los profesionales centraron su atención en el cuidado crítico de los pacientes afectados por COVID y en la prevención de la infección. La demanda de profesionales creció y fue necesaria la incorporación precoz de profesionales para cubrir los requerimientos asistenciales.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en los indicadores de seguridad del paciente en una unidad de atención al paciente oncohematológico.

MÉTODO

Estudio observacional analítico pre-pospandemia, 2019 a 2021. Población: pacientes oncohematológicos hospitalizados. Variables principales: flebitis según escala Maddox, bacteriemia según criterios VinCat, cumplimiento del procedimiento de manipulación y cuidado de los accesos venosos, riesgo de caída según escala Stratify, tasa de caídas, tasa de caídas con lesión, riesgo de lesión por presión (LPP) según escala Braden, tasa de LPP, grado de las LPP. Recogida de datos retrospectiva mediante explotación de datos primarios procedentes del registro GACELA Care®, así como de la realización de cortes observacionales realizados por equipo referente. Análisis descriptivo.

RESULTADO

Fueron incluidos a estudio un total de 3.933 pacientes. De ellos, 24 pacientes presentaron bacteriemia durante la hospitalización, 5 (0,30‰) en 2019, 11 (0,66‰) en 2020 y 8 (0,46‰) en 2021 ($p<0,001$). La presencia de flebitis en paciente hospitalizado creció del 4,71% (57) al 5,30% (74) en 2021. La manipulación correcta del acceso vascular decayó durante la pandemia, pasando del 90,32% durante 2019, al 56,60% en 2021. El estado del apósito y el punto de inserción de los catéteres empeoraron, pasando del 85,61% (113) al 71,13% (101) en 2021.

El número de oportunidades con realización de higiene de manos también presentó una disminución progresiva, pasando del 76,72% (89) al 70,13% (223) en 2021. Sin embargo, se observó un incremento en el uso de guantes en el periodo 2020 y 2021, lo que se relacionó con un peor porcentaje del desempeño de la técnica de higiene de manos.

Con relación a las LPP se observa una disminución en la valoración del riesgo, pasando del 97,98% en 2019 al 92,08% en 2021. La tasa total de LPP nosocomiales aumenta del 1,56‰ (23) al 4,30‰ (56).

En relación con las caídas, la valoración del riesgo se realizó en el 96,48% de los hospitalizados en 2019 y disminuyó al 79,28% en 2021. La tasa de caídas con lesión se incrementa del 0,41 ‰ (4) en 2019 hasta el 0,77‰ (10) en 2021.

CONCLUSIONES

La formación, experiencia y entorno asistencial tienen un impacto directo en el manejo y prevención de eventos adversos. La pandemia por COVID-19 condicionó el modelo atención de los profesionales como consecuencia de un entorno estresante, con desatención a los procedimientos estandarizados. Dos años después, los indicadores muestran desceleración, alineados a los signos de cansancio de los profesionales.

HACIA LA INTEGRACIÓN DE LA ETICA EN GESTIÓN

CRISTINA MARINO ISIDRO; IGNACIO LEKUNBERRI HORMAETXEA; VÍCTOR ETXENAGUSIA CAPELASTEGUI; MIGUEL ANGEL ULIBARRENA SAINZ; FRANCISCO JAVIER OLEAGA GOYA; MIREN FERNÁNDEZ MÚJICA
CENTRO DE TRABAJO: MUTUALIA

ID: *5286*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*

JUSTIFICACIÓN

Además del cumplimiento de las obligaciones legales vigentes, nuestra organización integra la perspectiva ética en su gestión, que incluye unas normas generales de conducta profesional y ética fundamentadas en el Propósito, la Misión y los Valores y directamente en el Código Ético de la Entidad.

OBJETIVOS

Conseguir la legitimación social, incluyendo todos los grupos de interés.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proceso se ha desarrollado a través de la definición de diferentes proyectos integrados en el Plan Estratégico 2015-2017, PE 2018-2020 y el reciente PE 2021-2025.(1)Revisión de los valores: Elegidos en 2015 por las personas de la Entidad propusieron los valores por los que querían fuese reconocida, los lenguajes y comportamientos asociados a dichos valores.(2)Comunicación y formación: programa de comunicación de los valores, de los lenguajes y comportamientos, y del Código ético.(3)Nuevo Código Ético: La actual versión, aprobada en diciembre del 2021 se inserta en un ambicioso proceso de adecuación ética y gestión de los riesgos morales. A partir de ese momento, un grupo de personas voluntarias redactó un nuevo Código Ético con el asesoramiento experto de profesores del Centro de Ética Aplicada de la Universidad de Deusto.(4)Proyecto BOGA de liderazgo: Espacio de crecimiento y desarrollo de todas las personas que, o bien de forma voluntaria o bien por responsabilidad en la organización, deben desarrollar sus comportamientos y liderazgo en coherencia con los Valores.(5)Manual Normas Generales de Conducta Profesional: Obligan y son aplicables a todos los miembros y personas integrantes de los órganos de gobierno, y personas de la entidad.(6)Canal de Comunicación y Denuncia: Establece un cauce y procedimiento de comunicación para que cualquier persona pueda trasladar una sugerencia, queja o denuncia a nuestro Comité de Cumplimiento Corporativo.

RESULTADOS

En 2021 se realiza una encuesta de adecuación ética, el resultado ha sido 3,73 sobre 5 y, a partir de los ítems con peor valoración, se ha diseñado un plan de mejora, que incluye formación a las personas líderes. En 2020, el proyecto BOGA ha contado con la participación de 208 personas, un 32% de la plantilla media, que han recibido formación mediante un programa llevado a cabo en la Universidad de Deusto, desde su Centro de Ética Aplicada.

CONCLUSIÓN

Se ha desarrollado un proyecto apoyado en la comunicación, formación y servicios de asesoramiento y consultoría cuyo alcance es promover una cultura ética y resolver dilemas que puedan surgir en la praxis profesional, dotando de recursos de gestión ética que definen la toma de decisiones. El liderazgo de la Dirección, así como la inversión en comunicación y formación interna han sido claves en el éxito del objetivo marcado. El desarrollo participativo de este proceso, ha facilitado la percepción de las personas de la organización sobre la integración de la ética en la gestión.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE NIVEL IIIC

PALOMA LOPEZ ORTEGO; ESPERANZA ESCRIBANO PALOMINO; MARTA CABRERA LAFUENTE; BÁRBARA MARTÍNEZ DE MIGUEL; MARIA DOLORES ELORZA FERNÁNDEZ; ADELINA PELLICER MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5312*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Neonatología de nuestro centro es de alta complejidad (nivel IIIC), con 60 camas y abarca a los recién nacidos (RN) sanos (61 camas en Maternidad). Engloba a > 200 profesionales. El trabajo en calidad y seguridad del paciente (SP) es una prioridad

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de gestión de calidad (SGC) y SP en el Servicio de Neonatología

MÉTODO

De acuerdo a un SGC se localizaron riesgos y se implantaron, definieron, evaluaron y mejoraron los flujos de trabajo entre servicios y profesionales, priorizando la visión del paciente y su familia

Descripción del mapa de procesos y análisis de contexto mediante DAFO Descripción del proceso: 3 subprocesos

- Atención al RN hospitalizado
- Atención al RN en Maternidad
- Centro Satélite del Banco Regional de Leche Materna (CSBR-LM) Desarrollo de un Mapa de Riesgos
- Pérdida de la continuidad asistencial y coordinación con Atención Primaria
- Infraestructuras antiguas
- SP: identificación del paciente y errores de medicación
- Pérdida de control de los procesos: políticas arraigadas y rotación del personal elevada
- Pérdida de información y documentación (papel)
- Pandemia COVID19

Definición de los indicadores para evaluar el desempeño de los procesos

- Eficacia y actividad: Bacteriemias 2ª a catéter, supervivencia libre de secuelas, mortalidad < 1500 g, tramitación de citas AP, donantes de LM aceptadas, volumen de LM donada
- Indicadores de satisfacción del cliente
- Reducción de estancias
- Cumplimiento: identificación correcta del RN, implantación de historia clínica electrónica, listados de verificación, pérdida de cribados rutinarios, adherencia a protocolos, registros de temperatura

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

- % de citas para RN sano en AP tramitadas desde el hospital, pacientes con CIPA antes del alta
- Relacionados con SP : tasa de reingreso en primeros 10 días, incidentes relacionados con medicación o trazabilidad de alimentación, conservación LM

RELACIONADOS CON SATISFACCIÓN DEL CLIENTE RESULTADOS

El desarrollo de esta metodología de trabajo ha desembocado en una serie de planes de acción que dan respuesta a la mejora continua del servicio:

- Continuidad de cuidados en domicilio (ConCuidaDo)
- Integración de la familia en los cuidados (FICare)
- Atención integral al RN sano

- Alta Precoz postparto con continuidad de los cuidados en domicilio
- Recogida de LM a domicilio

Estandarización de los protocolos y documentación del servicio. Desarrollo de plan de formación de los profesionales

Reforma arquitectónica

Formación continuada. Simulación clínica

Adaptación de la HCE y desaparición del papel

Prescripción electrónica: reducción de errores

CONCLUSIONES

La implantación del SGC y seguridad ha llevado a la extensión de la cultura de SP, es uno de los servicios con más declaraciones de incidentes relacionados con SP. La inmersión en este ciclo de mejora continua ha llevado a la certificación según la norma ISO9001:2015 y UNE179003 del S. Neonatología y del CSBR-LM.

ALTA PRECOZ VISITA A DOMICILIO

ESPERANZA ESCRIBANO PALOMINO; PALOMA LÓPEZ ORTEGO; JESÚS SANCHEZ LARRED; JOSE LUIS BARTHA RASERO; ROSA MARÍA DE ALBA DIEGO; ADELINA PELLICER
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5315*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Recién nacido Alta precoz Visita domiciliaria*

ANTECEDENTES

La continuidad asistencial de la diada madre-hijo tras parto eutócico es una prioridad asistencial. Desde 2017, desde nuestro centro trabajamos estrechamente con las Direcciones Asistenciales (DA) correspondientes para coordinar, desde Maternidad, la cita precoz (<72h) o preferente (<48h) en Atención Primaria (AP) del recién nacido (RN) sano tras el alta de puerperio (habitualmente, 48h postparto). La Pandemia COVID-19 obligó a reorganizar circuitos para disminuir la exposición hospitalaria.

MÉTODOS

Grupo de trabajo multidisciplinar (neonatólogos, obstetras, administrativos y matronas) para diseñar el Programa de Alta Precoz Postparto con Continuidad de Cuidados en Domicilio destinado a las madres y RN sanos de las DA del área metropolitana nacidos en nuestra maternidad, con capacidad para 6 unidades familiares/día.

Para desarrollar este programa se realizaron los siguientes cambios en los procedimientos habituales:

- Posibilidad de generar Código de Identificación Personal Autonómico (CIPA) del RN 24/7
- Disponibilidad inmediata de grupo y Rh del RN en caso de madre Rh-, grupo 0, o anticuerpos relevantes.
- </= 24h postparto: a) Confirmación del alta materna (obstetra) y del RN (neonatólogo), que activará el protocolo de continuidad asistencial del RN en AP. b) Edición del listado de pacientes dados de alta, con datos de contacto y horario para la visita en las siguientes 24h (neonatólogo). c) Tamizaje auditivo del RN (enfermería Puerperio)
- 48h postparto visita domiciliaria (matrona): valoración clínica de madre y RN, incluyendo screening metabólico, bilirrubina trascutánea, y peso; asesoramiento en lactancia; valoración del estado emocional y del entorno en el domicilio.
- Circuito específico de asistencia en hospital en caso de signos de alarma en la puérpera (Obstetricia) o RN (Neonatología).

RESULTADOS

Durante el mes de mayo de 2020 se constituyó el grupo de trabajo, elaboramos el primer borrado, definimos los circuitos y arrancamos el programa. A continuación, se resumen algunos indicadores relacionados con la seguridad del paciente, calidad percibida y gestión analizados (marzo 2020-diciembre marzo 2022):

- Tasa de reingreso de los RN en los primeros 10 días de vida similar a la observada en el alta convencional.
- Ausencia de extravío/no realización de pruebas de cribado metabólico.
- Satisfacción del usuario (escala 0-10): 84% de los encuestados puntúan el programa por encima de 8; y 96% de los mismos solicitarían ser incluidos en el programa en futuros nacimientos.
- Reducción teórica de 224 días de estancia hospitalaria/mes en 2020 y 145 días/mes en 2021

CONCLUSIONES

El Programa de alta precoz con continuidad asistencial tras parto eutócico ha sido aplicado con seguridad, supone una mejora en la calidad percibida, y ha resultado eficiente desde el punto de vista de gestión, lo que nos ha llevado a consolidarlo como rutina asistencial. Actualmente, nuestro reto es dar alcance al total de la población asistida en nuestra maternidad.

CREACION DE UN TEJIDO CONECTIVO EN HUMANIZACION EN EL HOSPITAL

OSCAR CRUZ SALGADO; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; NATALIA CASASOLA LUNA; MERCEDES ROMAN FUENTES; JESÚS CÁRCAMO BAENA; MARTA DEL NOZAL NALDA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN MACARENA

ID: *5316*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *HUMANIZACION, CALIDAD*

JUSTIFICACION

Impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el sector sanitario es clave en las actuales políticas sanitarias autonómicas. A raíz de la creación de un Plan Estratégico el hospital puso en marcha una serie de acciones alienadas con el mismo.

OBJETIVO

Exponer las distintas acciones realizadas en el hospital para adaptar localmente el Plan de Humanización autonómico

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal de las acciones realizadas en el hospital según directrices del plan de humanización (líneas estratégicas y objetivos específicos) durante 2021 y primer cuatrimestre del 2022.

RESULTADOS

Acciones realizadas Oct 2021-Abril 2022:

- Constitución de la Comisión de Humanización. 20 vocales (incluida Dirección Médica, de Enfermería y Subdirecciones) con representación de Unidades asistenciales de especialidades médicas y de enfermería
- Reuniones: 3 reuniones 2021 + 2 primer cuatrimestre 2022
- Detección de Objetivos y Priorización de los mismos. 2021 (Nº de objetivos identificados 2, consecución del 100%. 2022. En curso)
- Nombrar Referentes de Humanización en todas las Unidades
- Creación de un banco de recogida de “buenas prácticas” relacionadas con la Humanización
- Realización de un Análisis DAFO.
- Revision de encuestas de satisfacción con ítems sensibles a la humanización (confort, intimidad, información, trato, dolor,etc)
- Creación de un Barómetro de Humanización (cuestionario basado en 50 preguntas divididas en 6 secciones : asistencia a pacientes, atención y formación a profesionales, coordinación y seguridad, apoyo emocional y acompañamiento, acceso a la información, estructura (instalaciones y recursos)
- Actualización de Guías de Usuario/ Acogida con normas de acompañamiento
- Formación: curos de Humanización ligados a objetivos.

CONCLUSIONES

Las diversas iniciativas, estrategias y esfuerzos (a nivel estructural, en el área asistencial y en el relacional) que se vienen desarrollando son conducentes a humanizar la atención sanitaria ofrecida a las personas. Esto va a va a permitir impregnar a toda la Organización Sanitaria, consolidar una cultura de humanización, y adaptar y avanzar en el nivel de desarrollo de buenas prácticas de Humanización que ya existen.

APOYO A LA ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

OSCAR CRUZ SALGADO; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; MERCEDES ROMAN FUENTES; NATALIA CASASOLA LUNA; MARTA DEL NOZAL NALDA; JESÚS CÁRCAMO BAENA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VIRGEN MACARENA, HOSPITAL VIRGEN MACARENA

ID: *5317*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Palabras clave: *ACREDITACION COMPETENCIAS PROFESIONALES*

JUSTIFICACION

El Programa de Certificación de Competencias Profesionales se concibe como el proceso que observa y reconoce, de forma sistemática, la proximidad entre las competencias que realmente posee un/a profesional y las definidas en su manual de competencias.

Estos programas de una Agencia de Calidad Sanitaria están diseñados para reconocer los logros del profesional en su práctica real y diaria, impulsándoles hacia un camino de desarrollo y mejora continua.

OBJETIVO

Establecer recursos de apoyo para dar respuesta a las necesidades sentidas de orientación y asesoramiento en los proceso de acreditación de competencias profesionales por el programa de la Agencia de Calidad Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal sobre 3 pilares iniciativas puestas en marcha.

- En el asesoramiento se han creado desde el 01.05.21 Agendas presenciales y telefónicas 2 días en semana en tramos de mañana y tarde con de duración 20 min. Mediante cita previa se solventan cuestiones individuales planteadas por el profesional.
- En la elaboración de Certificados se ha actualizado el petitorio electrónico y agilizado el circuito, creando “flujos” con “receptores” específicos (Dirección Económica, Unidad de Calidad, Atención a la Ciudadanía, Farmacia, Documentación Clínica, Estadística, Unidad de Docencia) de cada petición en función del tipo de certificado y con la firma de los mismos a través de Eco-portafirmas.
- Con respecto a la formación se ha elaborado una actividad formativa acreditada (INTRODUCCION A LA ACREDITACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES) en modalidad Elearning (moodle) de ediciones bimensuales de 5h con el objetivo de explicar que es y en que consiste el modelo de Acreditación de Competencias Profesional.

RESULTADOS

Actualmente el Hospital Universitario Virgen Macarena desde marzo de 2021 hasta abril 2022 dispone de la siguiente actividad en los recursos puestos en marcha:

- Agendas personalizadas se han atendido: 190 profesionales
- Circuitos de petición de certificados: se han pedido y generado 615 certificados
- Cursos básicos de Introducción a la Acreditación de competencias profesionales: 104 alumnos repartidos en 6 ediciones (4 en 2021 y 2 en 2022)

En resumen estos recursos están o han favorecido los datos actividad de los mismos que a fecha de año completo de 2021 fueron: 858 profesionales sanitarios mantiene su proceso (450 en autoevaluación, 6 en evaluación y con su certificación conseguida y vigente 402: 250 certificados en nivel Avanzado, 103 en Experto y 49 en Excelente).

CONCLUSIONES

Estas iniciativas han generado impacto positivo en los profesionales. El proceso se ha agilizado, permitiendo al profesional revisar su práctica diaria determinado un nivel de competencia o a alcanzar un nivel superior, según su propio objetivo marcado, bien sea por interés o como requisito indispensable para alanzar un determinado nivel de carrera profesional.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES SIN DAÑO: UNA DÉCADA DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

JAVIER CANELAS FERNÁNDEZ [1]; MONTSERRAT ALCALDE MARTÍN [2]; NOELIA DE MIGUEL GARCÍA [2]; ESTHER ARRIETA CERDÁN [2]; SOLEDAD MONTERO ALONSO [2]; TOMÁS MATÉ ENRIQUEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, [2] GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN, VALLADOLID, ESPAÑA

ID: *5328*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente tiene una importancia capital en nuestro sistema sanitario. Una forma de reforzarla es identificar sus puntos débiles y trabajar para minimizarlos.

Con este objetivo nació el Sistema de Notificación de Incidentes Sin Daño (SISNOT), una herramienta informática que permite a los profesionales detectar agujeros de seguridad y gestionar las mejoras para prevenir potenciales eventos adversos.

OBJETIVOS

Analizar las notificaciones en SISNOT, los incidentes notificados y las mejoras derivadas de su análisis. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Periodo de estudio: 2011-2021.

Población de estudio: notificaciones de incidentes sin daño y mejoras asociadas.

Instrumento de recogida de datos: SISNOT es accesible únicamente desde la intranet y está diseñado para fomentar y facilitar la notificación de los profesionales; recoge la información más relevante de cada incidente, siendo algunos ítems obligatorios (fecha, lugar, tipo y descripción del incidente). Las notificaciones son voluntarias y anónimas.

RESULTADOS

Se notificaron 11.432 incidentes sin daño (87,8% en atención hospitalaria (AH); 12,2% en atención primaria (AP)), con incremento progresivo anual hasta 2019 incluido (aumento 5,4 veces). Los servicios hospitalarios con mayor número de notificaciones fueron medicina intensiva (16%), medicina interna (10%), urgencias (8,2%) y bloque quirúrgico (5,3%). Con respecto a la categoría profesional de los notificantes destacaron enfermería (AH=52,1%; AP=45,8%), medicina (AH=24,1%; AP=39,6%), técnico de laboratorio (9%) y administrativo de AP (4,5%).

Los incidentes fueron más frecuentes los lunes (AP=21,4%) y miércoles (AH=17,8%) durante el turno de mañana (AP=67,1%; AH=59,6%), estando mayoritariamente relacionados con medicación (25,1%), equipos y dispositivos (13,7%) e identificación de pacientes (11%); entre sus factores contribuyentes se identificaron carencias en la comunicación entre profesionales (16,3%), los equipos y dispositivos (13,5%), el trabajo en equipo (10,5%) y los protocolos y las tareas establecidas (10,5%).

Se propusieron mejoras en el 59% de los incidentes (7.097 mejoras: 85,5% AH; 14,5% AP), fundamentalmente relacionadas con protocolos y tareas (33,2%), equipos y dispositivos (19,2%) y comunicación entre profesionales (15,4%).

CONCLUSIONES

El número de notificaciones fue creciendo de manera sostenida hasta la irrupción de la pandemia de COVID-19. La mayor parte de las notificaciones se realizan en AH, en parte debido al mayor número de profesionales formados en este ámbito. Los médicos notifican menos que los profesionales de enfermería, siendo esta diferencia muy notable en AH (menos de la mitad). Uno de cada cuatro incidentes se relaciona con medicación. Aunque el déficit de comunicación entre profesionales constituye el factor contribuyente más frecuente, hasta un tercio de las mejoras propuestas se centraron en el desarrollo de protocolos y la estandarización de tareas.

BENEFICIO DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN EL PACIENTE LONG-COVID: AFRONTAR LA SOLEDAD CON TRATAMIENTO GRUPAL

JOSE DAVID CERDEÑO ARCONADA [1]; ANA ISABEL SEVILLANO CASTAÑO [2]; RENATA PEROY BADAL [3]; RODRIGO TORRES CASTRO [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CONSEJERÍA DE SANIDAD - DG ASISTENCIA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO - UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR, [3] CENTRO DE SALUD ARROYO DE LA MEDIA LEGUA, [4] PROFESOR ASISTENTE - FACULTAD MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CHILE

ID: *5338*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Soledad en el paciente crónico*
Palabras clave: *Programa de rehabilitación Intervención grupal Soledad Autocuidado*

JUSTIFICACIÓN

El Long-Covid (LC) es un complejo sintomático multiorgánico que afecta a aquellos pacientes que han padecido la COVID-19 (con o sin diagnóstico confirmado por pruebas de laboratorio) y que permanecen con sintomatología tras la considerada fase aguda de la enfermedad, pasadas 4 e incluso 12 semanas, persistiendo los síntomas en el tiempo.

Los Programas de Rehabilitación (PR) han sido considerados por la Organización Mundial de la Salud un derecho universal durante el COVID-19, siendo elemento esencial para superar la situación post-pandémica.

OBJETIVOS

Objetivo principal.

- Mejorar la salud y calidad de vida de la población que presenta secuelas como consecuencia de la enfermedad.

Objetivos secundarios.

- Mejorar la capacidad respiratoria, física y funcional.
- Mejorar las alteraciones cognitivas y trastornos emocionales.
- Mejorar la actitud que los pacientes presentan antes su sintomatología.
- Empoderar y potenciar su autonomía en el manejo de los problemas y secuelas detectadas en la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

En noviembre de 2020 la Unidad de fisioterapia-rehabilitación del nuestro hospital inicia un programa de rehabilitación respiratoria (PRR) intensiva para evaluar el desacondicionamiento al esfuerzo y deterioro funcional, así como el impacto emocional en pacientes LC.

El PRR consta de 10 sesiones, 4 individuales y 6 grupales donde se aborda el trabajo de fuerza de la musculatura periférica, ejercicios respiratorios, ejercicio aérobico y abordaje de la esfera psico-emocional a través de una educación sanitaria y potenciado por las herramientas que nos proporcionan las intervenciones grupales.

Todo ello desarrollado en un ambiente cercano y de confianza para que el paciente pueda resolver sus dudas e inquietudes sobre la enfermedad, fomentando en todo momento la participación activa y el empoderamiento de los pacientes.

RESULTADOS

La implementación del programa mediante un protocolo especifico de fisioterapia basado en el paciente LC realizado en 215 pacientes, ha dado como resultado un aumento de la capacidad física valorado por el test de los 6 minutos marcha y una disminución de la disnea según la escala mMRC. A nivel cognitivo se ha producido una mejoría del 47,9% en relación a la memoria, un 12,8% en el cálculo y la concentración, y un 27% en orientación temporo-espacial, valorado por el examen cognoscitivo de Lobo.

CONCLUSIÓN

Como conclusión, observamos que la intervención grupal favorece la comunicación y el aporte multidireccional de información entre todos los participantes, es menos culpabilizadora y permite la socialización de experiencias en esta enfermedad vírica tan desconocida. Además representa una ayuda en la gestión psico-emocional de las secuelas de la enfermedad dotando al paciente de estrategias de autocuidado.

NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS HOSPITALARIAS EN UN ENTORNO INFORMATIZADO: RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA

MARIA GALISTEO GIMENEZ; CAROLINA BONILLA SERRANO; MARIA DEL CARMEN FRÍAS MARTIN; EMMA GOMÀ FREIXES; MANUELA LEÓN BOLIVAR; ELISABET URIA ÁLVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

ID: *5341*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Caída, complicaciones, seguridad*

JUSTIFICACIÓN

La notificación de caídas es de carácter voluntario. Disponemos de la plataforma de notificación TPSC Cloud® a través de la cual se declaran los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes en la práctica asistencial.

Cumplimentar el registro a través de la plataforma externa, la cual no está integrada en el Sistema de Información Hospitalario (HIS), dificulta la notificación y, por tanto, como consecuencia, minimiza los resultados obtenidos sobre las caídas que se producen.

OBJETIVOS

Facilitar a los profesionales el registro de notificación de caídas a través de un formulario propio y estructurado dentro del HIS del centro, pudiendo realizar seguimiento del estado y evolución de los pacientes que han sufrido una caída para identificar complicaciones tardías y planificar acciones preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los requerimientos del registro de notificación de TPSC Cloud® así como aquellos elementos que permiten llevar a cabo un mejor seguimiento en relación con las caídas, ya existente en el sistema, y construimos, en la cabecera del HIS, un formulario donde recoger toda la información relacionada con las caídas de forma estructurada. Los datos del paciente, así como su ubicación de ingreso, vienen definidos automáticamente para facilitar el registro. El formulario está asociado al icono que identifica el riesgo de caídas del paciente para acceder fácilmente al registro de notificación y consultar el histórico de las caídas sufridas por el paciente en cualquier episodio asistencial en nuestro centro.

RESULTADOS

El formulario se implantó el 1 de enero de 2021; durante ese año se notificaron un total de 462 caídas de las cuales un 82% tenían al menos un factor de riesgo de caídas identificado al ingreso. Casi el 31% fueron debidas a resbalones, y como causas asociadas, el 22% tenía la movilidad alterada y el 19% estado cognitivo alterado. Un 61% no tuvieron lesión y el resto tuvieron un 36% de lesiones menores (hematomas/contusión) y 2,6% mayores (fractura o traumatismo). Comparando con datos de 2019 y 2020, se identificaron 377 y 395 caídas respectivamente, de las cuales no tenemos identificados los motivos y caídas de todas ellas por encontrarse descritas en campo de texto libre. La monitorización en tiempo real de estas caídas se realiza a través del sistema de reporting Microsoft Power Business intelligence (BI).

CONCLUSIONES

Disponer de información estructurada relacionada con las caídas, permite llevar a cabo acciones de mejora para evitar las caídas previsibles. También ha permitido tomar conciencia de la realidad de nuestro centro ya que, al facilitar el registro, los profesionales han integrado la notificación de caídas como parte indispensable del proceso asistencial del paciente potenciando la cultura de seguridad clínica.

Además, se ha diseñado un Registro Especial para que el profesional de referencia pueda llevar a cabo el seguimiento posterior a la caída pudiendo identificar complicaciones tardías.

EVITANDO ERRORES EN LA REPOSICIÓN DIARIA DE MEDICAMENTOS

ANA LÓPEZ PÉREZ; JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA; LUCÍA CAZORLA PODESORO; NATALIA DE LA LLAMA CELIS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5344*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Reposición, seguridad, código.*

JUSTIFICACIÓN

Pyxis® es un sistema automatizado de dispensación de medicamentos que posee estaciones de almacenamiento descentralizadas y ubicadas en distintas áreas del hospital. Se detectaron varios errores relacionados con la medicación originados en la reposición de la medicación contenida en los Pyxis®.

OBJETIVOS

Evitar la repetición de errores relacionados con la medicación originados por errores en la reposición diaria de Pyxis®.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los errores notificados en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), detectándose varios en la reposición de Pyxis®. Se analizaron las causas resultando como principal la similitud de envases de medicamentos con principios activos diferentes, lo que se conoce como isoapariencia farmacéutica. Paralelamente, se decidió priorizar las acciones a realizar sobre "medicamentos de alto riesgo", aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales en pacientes.

Como herramienta para prevenir errores se utilizó DataMatrix®, código único para cada especialidad farmacéutica que identifica: producto, fecha de caducidad, nº de lote y de serie. En 2019 se inició el Sistema Español de Verificación de Medicamentos basado en la Directiva 2011/62/UE de prevención de entrada de medicamentos falsificados. A partir de entonces, los medicamentos vienen seriados con un código DataMatrix®.

RESULTADOS

Como medida de seguridad se activó la lectura obligatoria de código para la reposición de ciertos medicamentos en Pyxis®:

- En nuestro centro se detectaron la mayoría de errores relacionados con la isoapariencia en el grupo de las cefalosporinas (J01D-otros antibacterianos betalactámicos). Por ello, se activaron los códigos de las cefalosporinas siguientes: ceftazidima, cefotaxima, ceftriaxona y cefuroxima.
- Además, de la lista medicamentos de alto riesgo del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos, compuesta por 23 grupos de medicamentos y 12 medicamentos específicos, se activó la lectura obligatoria de código en los siguientes:

De 13 grupos de medicamentos incluidos en Pyxis® se activaron 5 (38.5%): agonistas adrenérgicos iv (noradrenalina), anestésicos generales iv (ketamina y propofol), antiarrítmicos iv (lidocaína), bloqueantes neuromusculares (rocuronio), medicamentos para sedación moderada iv (midazolam). Y de los 4 medicamentos específicos incluidos en Pyxis® se activaron 2 (50%); cloruro potásico iv (solución concentrada) y cloruro sódico iv (20%, solución concentrada).

CONCLUSIONES

La lectura obligatoria de código evita intercambiar la reposición de un medicamento por otro. Tanto los medicamentos de alto riesgo como la isoapariencia son objetivo prioritario de muchas estrategias de mejora de la seguridad y por ello, desde el servicio de farmacia se intentan establecer acciones de mejora en todos los procesos de su utilización.

DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN: PROMOVIENDO UNA ATENCIÓN BASADA EN EL VALOR

VÍCTOR GARCÍA-ALVAREZ; ANNA NOEL PALACIO; JUAN JOSE RODÍGUEZ ROMAN; M. ADELA MARTIN CALVO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE VILADECANS

ID: *5346*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Palabras clave: *no hacer, adecuación, right care, radiodiagnóstico*

JUSTIFICACIÓN

Promover una atención que evite la realización de prácticas que no aportan valor (right care) y, en consecuencia, un cambio en la práctica clínica basado en los procedimientos de evaluación y la cultura de resultados y seguridad es uno de los objetivos del centro.

Por este motivo se implantó en septiembre de 2017 la recomendación Essencial: Radiografía de abdomen simple y dolor abdominal agudo y en abril de 2018 la recomendación Essencial: Radiografía en lesiones traumáticas agudas de tobillo- antepié y rodilla.

OBJETIVO

Valorar el impacto de dos recomendaciones Essencial vinculadas al Diagnóstico por la imagen en el centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la realización de radiografías simples (Rx) de abdomen y de tobillo-antepié solicitadas desde el Servicio de Urgencias del centro, antes y después de la implementación de las recomendaciones.

Determinación de las Rx solicitadas el año previo a la implantación, y comparación con la situación a los 4 años (abdomen) y 3 años (tobillo-antepié) post implantación.

Valoración del impacto a partir de la estimación: de la dosis de radiación ionizante evitada, del gasto evitado y del tiempo de ocupación de sala evitado.

RESULTADOS

Se evalúan cuantitativamente los resultados obtenidos y se observa una reducción del número de Rx realizadas, destacable a nivel de abdomen. Los resultados para tobillo – antepié no muestran un patrón claro de mejora.

Essencial Abdomen. Impacto a los 4 años post implantación:

- Rx realizadas: reducción de 3.717 Rx.
- Estimación de la dosis de radiación evitada: 2.601,9 mSv.
- Estimación del gasto evitado: 33.453 €.
- Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado: 371,7 horas. Essencial Tobillo-antepié. Impacto a los 3 años post implantación:
- Rx realizadas: reducción de 361 Rx.
- Estimación de la dosis de radiación evitada: 3,61 mSv.
- Estimación del gasto evitado: 3.249 €.
- Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado: 42,1 horas.

Evaluación conjunta. Impacto global:

- Rx evitadas: 4.078 Rx.
- Estimación de la dosis de radiación evitada: 2.605,51 mSv.
- Estimación del gasto evitado: 36.702 €.
- Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado: 413,8h.

CONCLUSIONES

La aproximación cuantitativa del grado de implantación de los proyectos muestra una reducción del número de Rx realizadas, con la mejora en la seguridad de los pacientes y el aumento de la eficiencia clínica asociada. Por un lado, las recomendaciones

contribuyen a mejorar la adecuación de las respectivas pruebas, proporcionando una atención personalizada y centrada en el paciente. Por otro lado, optimizan recursos (gasto y tiempo de ocupación de sala evitados) y “sensibilizan” a los profesionales con el right care, principal motor de cambio para evitar la “sobreactuación”.

LIMPIEZA DEL MEDIO HOSPITALARIO: MONITORIZANDO COMO UN TODO Y CON TODOS.

MONTSE OLIVERAS GIL [(1)]; VÍCTOR GARCÍA-ALVAREZ [(1)]; LYDIA MARTÍN GONZALEZ [(1)]; MAR ELVIRA MEIRE [(1)]; GLADYS PRIETO MARTÍNEZ [(2)]; ARACELI NICOLICH VENTURA [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL DE VILADECANS, [(2)] NDAVANT. SERVEIS DE NETEJA, MANTENIMENT I FACILITY SERVICES/MANAGEMENT

ID: *5357*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Limpieza hospitalaria, infección hospitalaria, Bioluminiscencia, calidad.*

JUSTIFICACIÓN

Las superficies del entorno hospitalario pueden actuar como reservorio para los microorganismos y resultar un factor de riesgo para contraer infecciones. Por ello es importante establecer sistemas de limpieza y desinfección que reduzcan la carga microbiana de las superficies.

OBJETIVO

Implantar un sistema de calidad de higienización global.

MATERIAL Y MÉTODOS

P. Plan:

- Coordinación: Dirección Gestión (DG), Unidad Calidad&Preventiva (UCyP) y Empresa Externa Limpieza (EEL).
- Replanteamiento del procedimiento Limpieza del medio hospitalario.

Sistema de calidad:

- Control de limpieza:
- Visual. Registro mensual.
- Microbiológico. Bioluminiscencia (Clean-Trace Surface ATP™). Muestreo representativo por áreas mensual.

*Satisfacción (encuestas):

- Pacientes. Trimestral, presencial.
- Profesionales. Anual, online.
- Facturación variable por consecución adecuada de servicio.

D. Do:

- Ejecución del sistema según cronograma.

C. Check & A. Act:

- Seguimiento operativo por la DG, UCyP y EEL y feedback a la Comisión de Infecciones y a la Comisión de Residuos&Higiene hospitalaria.

RESULTADOS

Control de limpieza:

- Visual: 12 controles, 8 incidencias detectadas y resueltas.
- Microbiológica: 98,8% consecución (480 controles, 474 adecuados).

Satisfacción:

- Pacientes. 733 encuestas. Global: 99% satisfactoria y 1% correcta.
- Profesionales. 59 encuestas. Global: 54% satisfactoria, 21% correcta y 25% mejorable.
- Sin repercusión en la retribución (cumplimiento adecuado).

CONCLUSIONES

La monitorización establecida permite trabajar de forma proactiva y valorar la evolución, retroalimentando el sistema de calidad implantado. La bioluminiscencia es un método rápido, sencillo y sensible para evaluar si la limpieza ha sido adecuada. Es positivo incentivar la garantía de calidad en la limpieza con sistemas de facturación variable. El sistema se acabará de optimizar con la implantación de un aplicativo para la gestión de incidencias, actualmente en desarrollo.

INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN LA MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

ANTONIO MIGUEL ROMEO [1]; NURIA LARA MORENO [2]; MERCEDES NURIA FERRANDO MARGELÍ [1]; FÁTIMA FERNÁNDEZ SIMÓN [1]; AITOR GARAY SÁNCHEZ [1]; YOLANDA MARCÉN ROMÁN [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [3] UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ID: *5358*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Fisioterapia Movilización Precoz UCI*

JUSTIFICACIÓN

El encamamiento prolongado tiene efectos adversos no solo a nivel neuromuscular sino también cardiocirculatorio y respiratorio.

Existe evidencia científica que apoya la seguridad, viabilidad y beneficios potenciales de la Movilización Precoz en Medicina Intensiva.

OBJETIVOS

- Prevenir la Debilidad Adquirida en UCI (DAUCI).
- Evitar complicaciones a nivel neuromuscular y cardiorrespiratorio.
- Disminuir los días de necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI).
- Disminuir la estancia del paciente en UCI y en planta, reduciendo así los costes económicos.
- Mejorar la capacidad funcional al alta a planta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Movilización precoz en las primeras 24-48 horas tras la estabilización neurológica y hemodinámica del paciente.

Las intervenciones del fisioterapeuta se secuenciarán en base al resultado de las escalas funcionales y de fuerza muscular: Escalas de valoración neurológica: RASS/CAM-ICU/GLASGOW

Evaluación musculoesquelética: EMUCI/MRC

El resultado de las escalas y la situación respiratoria, estratifica al paciente en distintos niveles de movilización: I: movilizaciones pasivas y cambios posturales.

II: I más movilizaciones activo-asistidas y activas, y sedestación en cama. III: I y II más sedestación en el borde de la cama y en sillón con uso de grúa.

IV: I, II y III más sedestación sin grúa, bipedestación, ejercicios de propiocepción y deambulación.

RESULTADOS

La intervención del fisioterapeuta en la movilización precoz del paciente crítico, consensuados y unificados los criterios basados en la evidencia, ha tenido como resultado que todos los fisioterapeutas que intervienen en el proceso, dando cobertura a estos pacientes 7 días a la semana 365 días al año, ajusten la intensidad del tratamiento al estado individual de cada paciente, aumentando la eficacia de la intervención y manteniendo la seguridad del paciente, consiguiendo:

- Disminución del número de pacientes con DAUCI.
- Disminución del nivel de desacondicionamiento físico, psicológico y social.
- Disminución de los días con necesidad de VMI.
- Disminución los días de estancia en UCI, liberando camas con el consiguiente ahorro económico.
- Optimización de la capacidad funcional de los pacientes al alta a planta, acortando la estancia hospitalaria y disminuyendo la carga asistencial en planta.
- Mejores resultados en términos de calidad de vida al alta hospitalaria, permitiendo un regreso precoz a las actividades sociales y laborales previas a su ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

La intervención precoz de la fisioterapia en el paciente crítico basada en la evidencia permite su adecuada estratificación, el

inicio de movilización precoz, previniendo y mejorando las secuelas derivadas de la DAUCI, aumentando su capacidad funcional al alta de UCI, disminuyendo los días de necesidad de VMI, de días de ingreso y gasto económico.

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA, COLABORACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

ANTONIO MIGUEL ROMEO [(1)]; NURIA LARA MORENO [(1)]; MERCEDES NURIA FERRANDO MARGELÍ [(1)]; FÁTIMA FERNÁNDEZ SIMÓN [(1)]; AITOR GARAY SÁNCHEZ [(2)]; YOLANDA MARCÉN ROMÁN [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIOS MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [(3)] UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ID: *5360*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Fisioterapia Cirugía Torácica Dolor*

JUSTIFICACIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable. El dolor postoperatorio es agudo, predecible de duración limitada y evitable. Su manejo y control eficaz dependen de la acción coordinada de todos los profesionales, incluido el fisioterapeuta, que intervienen en el proceso del paciente.

OBJETIVOS

- Mejorar la actuación en fisioterapia respiratoria incorporando la evidencia científica sobre la eficacia de la educación en la disminución y control del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de cirugía torácica programada.
- Coordinar la intervención del fisioterapeuta con el equipo multidisciplinar a través de un protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron las herramientas desarrolladas por el Instituto Joana Briggs para mejorar la adherencia a las recomendaciones de Buenas Prácticas. Constan de tres fases:

- **Creación del equipo de trabajo y auditoría basal.**
  Equipo: representantes de dirección de enfermería, cirujanos torácicos, anestesistas, fisioterapeutas, enfermeras y TCAEs.
  Selección de criterios de evaluación: según recomendaciones de la "Guía de buenas prácticas clínicas" para la "Valoración y manejo del dolor" de International Affairs and Best Practice Guidelines.
- **Diseño e implementación de estrategias para mejorar la práctica.**
  Se presentó al equipo la intervención a realizar por parte de fisioterapia.
- **Auditorias de seguimiento.**
  Se realizaron 3 auditorías de seguimiento.

RESULTADOS

Criterios de la guía con Grado de recomendación A, base de la intervención de fisioterapia en el manejo del dolor:

- Educación individualizada sobre dolor postquirúrgico y su manejo antes de la intervención quirúrgica.
- Recibir un plan de manejo de dolor que incluya tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Intervención: educación del paciente en fisioterapia respiratoria desde que es incluido en lista de espera quirúrgica hasta su intervención. Se diseñó el circuito de interconsulta directa desde la consulta de cirugía torácica al fisioterapeuta, permitiendo el inicio inmediato.

Se diseñó un tríptico para ser entregado a los pacientes en consulta, con información del cuidado perioperatorio por parte de fisioterapia e instrucciones para asistir a las sesiones educativas.

Reserva de 1 hora, 2 días por semana para sesiones educativas en el manejo del dolor, del incentivador y fisioterapia respiratoria, para los pacientes desde que son incluidos en lista de espera quirúrgica, hasta el día de la intervención.

Auditorias: Han recibido la intervención de fisioterapia respiratoria 61 pacientes.

CONCLUSIONES

Adelantar la intervención de fisioterapia permite al paciente practicar con antelación técnicas de fisioterapia respiratoria que debe hacer tras la intervención, resolver sus dudas respecto al dolor de la herida durante la tos o la movilización. El paciente consigue así integrar mejor el conocimiento, que le da seguridad disminuyendo su ansiedad.

CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DEL DOLOR SIGUIENDO METODOLOGÍA ISO 9001-2015

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ [1]; ELENA CATALÀ PUIGBÓ [2]; MIREM REVUELTA RIZO [2]; ISABEL MUÑOZ HERNÁNDEZ [2]; IGNACI BOLIBAR RIBAS [2]; XAVIER BONFILL COSP [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (HSCSP), [2] HSCSP

ID: *5368*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Certificación ISO, dolor agudo, dolor crónico, unidad del dolor, clínica del dolor*

JUSTIFICACIÓN

En 2019 la OMS otorga el reconocimiento con categoría de enfermedad al Dolor Crónico (DC). La falta de visibilidad de la dimensión del DC y sus protocolos de tratamiento es también la razón de la falta de reconocimiento de las Unidades del Dolor (UD). Ha sido el motivo de la propuesta de acceso a la certificación ISO para la UD para conseguir mayor empoderamiento de los centros especializados en dolor.

OBJETIVO

Alcanzar la mejor gestión de la calidad asistencial de la UD según sus necesidades

Conseguir la certificación ISO

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2015 hasta 2017 se elaboraron los indicadores propios estándares de la Norma ISO para su certificación. Entre ellos destacamos: la focalización en el paciente (desarrollando el plan de calidad, el mapa de proceso y las encuesta de satisfacción); el liderazgo (plan estratégico, estructura funcional e implicación de la jefatura de la unidad); participación profesional (información y formación en ISO, programa de formación específica, investigación); manual de calidad y procedimientos escritos; inventario y control de material y equipos; ciclo de mejora continua (Planificar-Hacer-Comprobar- Actuar); estudio de riesgos y oportunidades (efectos adversos, cambios planificados, incidencias) y toma de decisiones (objetivos, indicadoras, mejora continua, BBDD y uso de la historia clínica)

RESULTADOS

Se han elaborado y obtenido:

- Objetivos de actividad
- Desarrollo y control de indicadores: definición de priorización de visitas y procedimientos (categorías: urgencia diferida, preferente y visita normal) para el control de las listas de espera; control de la intensidad del dolor; satisfacción y quejas de los pacientes
- Definición de riesgos (escala de la “Joint Comision”) y oportunidades. Registro y resolución de independencias.
- Control de caducidad de material y revisión de equipos.
- Seguimiento del programa de formación en dolor y de los protocolos técnicos (edición del libro: Manual de tratamiento del dolor. 2020)

Obtención de la certificación (ISO/IQNET): “La prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento (farmacológicos, intervencionistas, psicológicos) de dolor agudo y crónico.

CONCLUSIÓN

El certificado ISO/IQNET garantiza que el manejo y control del paciente con dolor crónico se realiza con criterios de calidad y la mejor práctica clínica.

Es un modelo eficiente con capacidad de identificar las expectativas y la actividad funcional de estos pacientes.

La obtención de esta certificación es un buen reconocimiento para empoderar a las Unidades del Dolor tanto desde su perspectiva académica como de su actividad profesional.

IMPLEMENTACIÓN DE TRANSFUSIONES NO URGENTES EN UN CENTRO SANITARIO A 75 KM DE DISTANCIA DE UN HOSPITAL

MARTA VICENTE LOPEZ; SILVIA LORENTE MARTIN; IRENE MATA TREVIÑO; BELEN PASCUAL SALGADO
CENTRO DE TRABAJO: HCU LOZANO BLESA

ID: *5369*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *TRANSFUSIÓN, SEGURIDAD TRASFUSIONAL, HEMODERIVADOS*

JUSTIFICACIÓN

En nuestra sociedad hay pacientes que necesitan como tratamiento una transfusión crónica de hemoderivados. Dichos pacientes deben trasladarse desde sus domicilios a centros hospitalarios de III nivel, los cuales disponen de Servicio de Banco de Sangre.

En el Servicio de Transfusión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza se detectó un número importante de pacientes que venían a transfundirse provenientes del Centro Sanitario Cinco Villas, el cual no disponía de dicho servicio.

Después de entrevistas con pacientes y familiares/acompañantes se observaron los problemas que suponía trasladarse al HCULB desde su domicilio: tiempo de viaje y espera mientras se realiza la transfusión, preparar temprano al paciente (pacientes dependientes), llamar a la ambulancia si se traslada en ella y tiempo de espera de la misma, entre otros.

Se decidió mejorar la calidad asistencial de estos pacientes, evitándoles el tiempo de viaje (2:30h ida/vuelta) y llevando los hemoderivados hasta el Centro Sanitario de la zona.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad asistencial del paciente crónico beneficiario de transfusión de hemoderivados en el Centro Sanitario Cinco Villas.
- Garantizar la seguridad del paciente receptor de tratamiento hemoterápico.
- Establecer normas para garantizar el cumplimiento de los criterios de trazabilidad exigidos por el Real Decreto 1088/2005 por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los Centros y Servicios de Transfusión.

METODOLOGÍA

Se contabilizó a todos pacientes que fueron trasladados para la realización de transfusiones crónicas en nuestro servicio durante el año 2019 (64 traslados mayoritariamente en ambulancia).

Nos desplazamos en tres ocasiones al Centro Sanitario Cinco Villas para valorar los medios/infraestructuras de que disponían para realizar las transfusiones. Tras comprobar las condiciones adecuadas, se elaboró un procedimiento en colaboración con el centro Sanitario Cinco Villas para ver que pacientes podían beneficiarse de esta implementación y el circuito a seguir para garantizar la seguridad transfusional.

Puesta en marcha en febrero de 2021 y posteriormente resolución de incidencias surgidas.

CONCLUSIONES

Desde febrero de 2021 se han enviado desde el HCULB al Centro Sanitario Cinco Villas 86 unidades de hemoderivados en 43 transportes.

Se ha evitado el traslado al HCULB de 46 pacientes que reciben transfusiones de forma crónica, ahorrándoles el tiempo de desplazamiento desde su localidad hasta nuestro Hospital y las consiguientes molestias.

De forma indirecta, hemos disminuido la ocupación de ambulancias de traslado de pacientes. CONCLUSIÓN:

Es un proyecto que beneficia al paciente y a nuestro sistema sanitario.

¿LA ERITROAFÉRESIS TERAPÉUTICA MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DREPANOCITOSIS?

IRENE MATA TREVIÑO; MARTA VICENTE LÓPEZ; SILVIA LORENTE MARTIN; BELÉN PASCUAL SALGADO
CENTRO DE TRABAJO: HCU LOZANO BLESA

ID: *5370*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *ERITROAFERESIS, DREPANOCITOSIS*

JUSTIFICACIÓN

La drepanocitosis o anemia falciforme es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de glóbulos rojos anómalos, drepanocitos, que ocluyen el vaso y son propensos a la hemólisis, lo que provoca crisis de dolor intenso, isquemia orgánica y otras complicaciones. Estos drepanocitos tienen forma de hoz y una vida media menor a los 120 días del eritrocito normal.

Se diagnostica con una analítica de sangre y su posterior observación al microscopio de los drepanocitos.

Cerca del 5% de la población mundial es portadora de genes causantes de hemoglobinopatías (es hereditaria homocigota de genes para la hemoglobina (Hb) S). Cada año nacen aproximadamente 300.000 niños con hemoglobinopatías importantes, de los cuales más de 200.000 son africanos con anemia falciforme.

Las principales complicaciones son la anemia crónica y los eventos isquémicos (accidentes vasculares, úlceras dolorosas en EEII…).

El tratamiento de la drepanocitosis va dirigido a la prevención de complicaciones y mejora de la sintomatología y consiste en soporte transfusional, prevención de infecciones y quelación del hierro, ya que la única forma de curación es mediante el trasplante de médula ósea de un donante compatible.

La eritroaféresis es de elección cuando estos tratamientos fallan o son insuficientes. Normalmente en pacientes con episodio trombótico grave como ACV o síndrome torácico agudo.

OBJETIVOS

- Mejorar la anemia de los pacientes sometidos a este procedimiento
- Disminuir las cifras de HbS tras cada procedimiento
- Evaluar si el tratamiento con eritroaféresis mejora la calidad de vida de los pacientes mejorando sus síntomas, disminuyendo sus complicaciones y reduciendo el número de ingresos hospitalarios

METODOLOGIA Y DESARROLLO

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza durante los años 2020 y 2021. Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal.

Se midieron las hemoglobinas pre y post sesión de eritroaféreis para determinar la efectividad del procedimiento.

RESULTADOS

Durante los años 2020 y 2021 se realizaron un total de 46 eritroaféresis a 3 paciente. Uno de ellos se le realizaban desde septiembre de 2018, otro se comenzó en marzo de 2020 y el tercero en julio de 2021.

La cifra media de HbS inicial es de 35,9% y la cifra media final es 14,6%, lo que supone un descenso del 60% de la HbS después de cada procedimiento, manteniendo siempre cifras de Hb total menores a 11,5%.

La cifra de HbS inicial media anterior al primer procedimiento era del 65%.

Desde el inicio de las eritroaferesis dos de los pacientes no han precisado ningún ingreso por complicaciones de la enfermedad y un paciente ha seguido acudiendo a urgencias por diversos síntomas, pero ha ingresado un 50% menos que antes del procedimiento.

CONCLUSIONES

La Eritroaferesis es un tratamiento efectivo en la mejora la calidad de vida, ya que se realiza de forma ambulatoria, mejora las complicaciones y disminuyes los ingresos hospitalarios debido a la enfermedad.

HEMATIES, UN BIEN ESCASO. MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PERIOPERATORIA.

MARTA VICENTE LOPEZ; BELEN PASCUAL SALGADO; IRENE MATA TREVIÑO; SILVIA LORENTE MARTIN
CENTRO DE TRABAJO: HCU LOZANO BLESA

ID: *5371*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *HEMOGLOBINA, PERIOPERATORIA, HIERRO, ERITROPOYETINA*

OBJETIVOS

En las intervenciones quirúrgicas, a menudo, se asocia una pérdida significativa de sangre, por lo que la necesidad de transfusión es relativamente frecuente. Ésta, a pesar de ser cada vez más segura, comporta una serie de riesgos que, unidos a la existencia de recursos limitados (donaciones insuficientes) han llevado a buscar alternativas que permitan disminuir al máximo su uso, destacando como una de las más eficaces la mejora en los niveles de hemoglobina (Hb) previa a una cirugía en la que se detecta la presencia de anemia (Hb<13 g/dl en hombres, Hb<12g/dl en mujeres).

OBJETIVOS

- Valorar las cifras de hemoglobina preoperatoria del paciente candidato a intervención quirúrgica tras su paso por la consulta de optimización de Hb.
- Valorar el número pacientes trasfundidos.
- Valorar el número de hemoderivados transfundidos/paciente. METODOLOGÍA
- Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre abril de 2021 y mayo de 2022. Es un estudio descriptivo y trasversal. Se remitieron pacientes a la consulta de optimización de hemoglobina perioperatoria que según el tipo de cirugía a realizar y el tiempo que les quedaba hasta la misma, fueron tratados de la anemia que se les había detectado.

Para aumentar dicha hemoglobina se utilizaron distintos métodos:

- Toma de hierro oral.
- Infusión de hierro endovenoso.
- Inyecciones de eritropoyetina subcutánea.
- Y/o vitaminas orales.
- Dieta rica en hierro en todos los casos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se seleccionaron a 89 pacientes que iban a ser intervenidos de cirugías potencialmente sangrantes y con hemoglobinas bajas.

1. Más del 90% de los pacientes tenía valores de Hb previas inferiores a 12gr/dl.
2. El 80,89% había aumentado su hemoglobina tras su paso por la consulta. El 21,3% de 0.1 g/dl a 0.9g/dl; 21.3% de 1g/dl a 1.9g/dl; el 20.2% de 2g/dl a 2.9g/dl; el 7.8% de 3g/dl a 3.9g/dl; el 6.7% de 4g/dl a 4.9g/dl y el 3.3% de 5g/dl a 5.9g/dl.
3. El 16,8% de estos pacientes había tenido que ser transfundido tras la cirugía con una media de 2,4 concentrados de hematíes por paciente.

Los tratamientos para aumentar la hemoglobina fueron el 98,87% hierro endovenoso, 78,65% de inyecciones de eritropoyetina, sólo 1,12% fue hierro oral y el 100% recibió instrucciones para una dieta rica en hierro.

Se demuestra que la consulta de optimización de hemoglobina perioperatoria mejora la calidad y seguridad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente puesto que aumenta su hemoglobina pre-quirúrgica y por ello disminuye la posibilidad de trasfusión sanguínea.

Seguiremos trabajando en ella para mejorarla.

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA: ESTRATEGIAS DE MEJORA EN SU IMPLANTACIÓN O COMO APRENDER DE LOS ERRORES.

MYRIAM SÁEZ DE GUINOA SENTRE
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5388*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de un Sistema de Alerta Temprana (SAT) en el medio hospitalario es una medida rápida, exenta de riesgos y basada en una actividad rutinaria que está recomendada por los principales organismos de calidad asistencial y seguridad debido a su capacidad de detectar signos de empeoramiento que incluso el propio paciente puede no haber percibido todavía. Sin embargo, pese a ser predictiva del deterioro y haber aumentado su uso, la evidencia de su impacto en la salud no es concluyente.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto en la salud que produce implementar un SAT en pacientes con patología vascular hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

Identificar oportunidades de mejora en la implantación de un SAT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que comparó a sujetos pre y post implantación de un SAT de dos grupos distintos y se analizó si está asociada a cambios en las variables que miden la efectividad en los grupos.

Se seleccionaron por muestreo no probabilístico, consecutivamente durante dos periodos de tiempo. El tamaño total fue de 451 pacientes, 226 del periodo pre y 225 del periodo post implantación del SAT.

RESULTADOS

La estancia hospitalaria total y la estancia en UCI de ingresos no programados disminuyeron en el periodo post, pero no obtuvieron significancia estadística.

El número de ingresos en UCI no programados y reingresos fue similar en ambos grupos.

Hubo un incremento porcentual del 300% en la mortalidad en el periodo post. No se atribuye a la intervención.

CONCLUSIONES

No se logra demostrar la utilidad de los SAT debido a las limitaciones metodológicas y la sospecha de una inadecuada implementación. Para futuros estudios se recomienda calcular tasas de mortalidad ajustadas por riesgo según intervención quirúrgica y/o patología.

Pese a esto, existen estrategias de mejora y nuevos planteamientos que deben ser valorados en los próximos intentos de implantación.

- Personalización del SAT a través de un grupo multidisciplinar. Además, sería recomendable incluir como criterio activador de los SAT el juicio enfermero. El grado de preocupación de una enfermera por un paciente predice con precisión el deterioro de ese paciente.
- Programa formativo previo. Concienciar en la necesidad de monitorización de las constantes.
- Aumento de recursos: implantación de equipo específico. Creación de equipos de respuesta rápidos específicos. En el caso de este estudio, el paciente con nivel 3 era atendido por el facultativo especialista vascular de guardia.
- Aumento de recursos: tecnología informática. Registro de constantes a pie de cama o volcado automático. Su utilización evita retrasos en el diagnóstico de deterioro.
- Estandarización de las respuestas clínicas a los niveles de riesgo. En una nueva implantación se aconseja establecer horarios fijos de medición de constantes para cada nivel de riesgo en lugar de recomendar una frecuencia de tomas.
- Programación y desarrollo de auditorías evaluadoras de la implantación.

METODOLOGÍA EN ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE EXPEDIENTES DE COMPRA CENTRALIZADA COMO HERRAMIENTA DE AVANCE EN CUIDADOS

LAURA GARCÍA ÁLVAREZ; LUCÍA GÁRATE ECHENIQUE; INMACULADA MORO CASUSO; MARÍA ÁNGELES CIDONCHA MORENO; SONIA NAVARRO DEL CABO; AINARA ALUTIZ CAÑEDO
CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL

ID: *5410*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Expedientes de compra centralizada, Comisión Técnica de Enfermería, Metodología de elaboración y seguimiento de expedientes, Articulación de evidencia científica y práctica clínica*

JUSTIFICACIÓN

La Comisión Técnica de Enfermería, iniciada en el año 2000, coordina y participa en la elaboración, dentro del marco de la Ley de Contratos del Sector Público 9/2017, de expedientes de compra centralizada de material sanitario.

El desarrollo y la evolución de la práctica clínica enfermera y de los materiales empleados es constante y nos lleva a actualizar los conocimientos de forma continua y a buscar la última evidencia científica.

El trabajo coordinado entre los miembros de la Comisión y la interrelación con otros profesionales sanitarios, permite realizar una valoración, seguimiento y resolución de incidencias de los materiales más efectiva.

OBJETIVOS

Describir la metodología de definición técnica, contratación, aprovisionamiento y seguimiento de los expedientes de compra centralizada de productos sanitarios para el cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la selección de productos y definición de las bases técnicas, se realiza un análisis de los consumos del material relacionado con el expediente mediante la herramienta SAP (Systems, Applications, Products in Data Processing) en los centros. Después, los miembros de la Comisión se reúnen para analizar el uso y necesidades referidas. A su vez, se realiza una revisión de la última evidencia científica y un estudio de mercado que permita actualizar los materiales existentes y disponibles para la compra, así como sus características.

Una vez elaborado y adjudicado el expediente, se aprovisiona a los centros de forma coordinada con el Servicio de Compras. Velando por la seguridad y adecuación del uso del material, se planifica formación que fomente el conocimiento, buen uso y difusión de las novedades. Además, se evalúan los consumos y gestionan las incidencias mediante el trabajo en red entre los diferentes profesionales clínicos y gestores.

RESULTADOS

1. La Comisión elabora 8 expedientes centralizados relacionados con la compra de compresas, gasas y vendas, equipos de infusión, bolsas de orina y drenaje, apósitos y productos de cura, indumentaria desechable, guantes, catéteres, agujas y jeringas y productos de incontinencia.
2. Importe anual licitado: 18.007.519,82€.
3. El material adquirido se adecua a las necesidades generales.
4. Se incorporan las últimas recomendaciones sobre materiales de uso sanitario incluidas en las Guías de Práctica Clínica y proyectos estatales, de forma que estos productos llegan a las unidades clínicas y se articula la evidencia con la práctica.
5. Se forma en el buen uso de cada material novedoso.
6. Se gestionan una media de 2 incidencias anuales por expediente, siendo las más frecuentes roturas de stock y defectos del material.

CONCLUSIONES

La metodología en la elaboración, contratación y seguimiento de los expedientes de compra centralizada repercute en la calidad, eficiencia y seguridad de los cuidados, favoreciendo el avance al articular la evidencia y la práctica clínica. Además, disminuye el gasto debido a la reducción de complicaciones en la práctica.

PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DE ENFERMERÍA: UNA APUESTA POR EL TRABAJO EN EQUIPO Y LA CALIDAD EN LOS CUIDADOS

MARIA TERESA VILLAR ARNAL; ROSA MARÍA BARRIO ALONSO; MARTA ALQUEZAR BECERRIL; EVA BRAVO BRAVO
CENTRO DE TRABAJO: CME RAMON Y CAJAL DE ZARAGOZA

ID: *5411*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *SESION CLINICA ENFERMERIA MEJORA CALIDAD EQUIPO CUIDADOS*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia covid19 afectó al área de recursos humanos de nuestro Centro de Especialidades con jubilaciones anticipadas y una amplia rotación del personal de enfermería como consecuencia. Esta situación de nuevas incorporaciones en el equipo y cierta falta de cohesión propició que el Grupo de mejora del CME iniciase un proyecto de Sesiones Clínicas de Enfermería, impartidas por las propias profesionales, para dar respuesta a la demanda de formación y actualizar conocimientos en nuevas tecnologías y modelos asistenciales .

OBJETIVOS

- Disponer de una herramienta de mejora del personal a través de la formación continuada.
- Unificar criterios de actuación y estandarizar circuitos claros y reproducibles
- Fomentar la relación entre compañeras y el intercambio de información en el equipo
- Poner en valor y visibilizar el trabajo autónomo de la enfermera en el CME

MATERIAL Y MÉTODOS

Se organizaron 13 sesiones de 1 hora de duración distribuidas de mayo a diciembre del año 2021. El método fue mediante exposición con diapositivas y un taller práctico. Las sesiones fueron acreditadas por la Comisión de Formación Continuada (CFC) con 1 credito para TCAE y 2,6 créditos cfc para Enfermeras. El temario elegido fue:

1. Manipulación y obtención de muestras biológicas
2. Soporte vital básico y avanzado
3. Taller práctico de RCP
4. Seguridad del paciente (Sinasp)
5. Manejo de Historia clínica electrónica
6. Consulta de Enfermería de Demencias
7. Seguimiento del paciente crónico Diabético
8. Consulta de Enfermería en Dermatología
9. Seguimiento del paciente crónico en Cardiología
10. Mediación ante pacientes conflictivos
11. Espirometría y manejo de inhaladores
12. Procedimientos en la consulta de Oftalmología. Ojo seco.
13. Seguimiento del paciente crónico en Digestivo.

RESULTADOS

Se realizó control de asistencias mediante hoja de firmas, para la obtención del diploma acreditativo. Al finalizar cada sesión las participantes debían cumplimentar una encuesta de evaluación de la actividad con 9 items que valoraban 3 apartados de forma global:

Aspectos organizativos. Previamente a la sesión, se realizó una programación del día, hora y ponente que se difundió entre el personal, con recordatorios semanales para incentivar asistencia. Somos 41 enfermeras y 5 TCAEs. Las sesiones conjuntas fueron las 4 primeras con una media de asitencia de 39 (85%) y 30 (73%) para las sesiones propias de las enfermeras. La organización fue valorada muy positivamente (media 8 sobre 10) por el 95% de las encuestadas y tan sólo un 15% resaltaron las condiciones desfavorables de la sala.

Grado de satisfacción Un 95% consideró que los conocimientos adquiridos eran útiles para su trabajo diario y un 81% opinó que mejoría la asitencia. El 100% solicitó repetir anualmente las sesiones con nuevos temas.

Contenidos. El 90% considera que los contenidos cumplen los objetivos planteados en cada una de las sesiones.

CONCLUSIÓN

La formación es una potente herramienta de mejora,cohesión y estímulo del equipo enfermero.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN PACIENTE ONCOLOGICO. DISEÑO DE SERVICIOS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA.

SONIA SANCHEZ ESCOBEDO; BELEN FERNANDEZ CASTRO; ANA MARIA VECINO SOLER; ANA PEREZ CALVO; SILVIA GARCES HORNA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5412*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente en la organización de servicios de salud, tomando como referencia las vivencias, sensaciones y valoraciones de los mismos, facilita centrar los esfuerzos organizativos en las necesidades que éstos presentan, siendo considerado como un sinónimo de calidad en el cuidado del paciente desde un enfoque holístico, presentándose así como uno de los mejores indicadores de calidad en la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS

Objetivo General: se pretende mejorar la experiencia del paciente en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos Específicos: Identificar necesidades no clínicas de los pacientes, algunas de las cuales influyen directamente en su asistencia sanitaria, elaborar estrategias que no queden centradas sólamente en la clínica y los procesos y facilitar el reconocimiento del valor de los servicios en la sanidad pública.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de una propuesta investigadora en el ámbito de la salud que incorpora el diseño de servicios como herramienta de mejora. El proceso seleccionado para trabajar fue el de Investigación-acción, articulándose en las etapas de diagnóstico, planificación mediante modelo IMDEP (Introducción de Metodologías de Diseño para la Experiencia del Paciente), puesta en marcha (descripción de la experiencia del paciente oncológico, talleres de introducción al diseño y mapeo de experiencias y procesos, talleres de co-creación y planteamiento para la creación del Observatorio del Paciente) y evaluación de la acción.

RESULTADOS

Los resultados de éste proceso de investigación han sido la detección de una serie de problemas, necesidades y oportunidades de mejora, con una visión desde el punto de vista de los pacientes que facilita una comprensión profunda de la situación.

Se ha realizado una distribución de prioridades en 3 apartados:

- Prioridad alta: Intervención inmediata.
- Prioridad media: Intervención a medio plazo.
- Prioridad baja: Intervención a más largo plazo.

Así mismo, se han dividido los resultados obtenidos en varios apartados: Pre-servicio y Servicio de Oncología Médica.

CONCLUSIONES

El diseño de servicios, con una visión centrada en la experiencia del paciente, refleja las necesidades no clínicas y los problemas de los pacientes, facilitando la toma de decisiones y las priorizaciones de actuación para su resolución mediante la puesta en marcha de acciones de mejora. El paciente oncológico ha mostrado en líneas generales una gran satisfacción con la asistencia recibida, y ha marcado con claridad los puntos calientes en los que la organización debe centrar sus esfuerzos para conseguir unos cuidados humanos y de calidad, teniendo en todo momento una visión holística del paciente sin perder de vista el entorno que le rodea y que influye en su proceso de enfermedad.

INTERVENCIÓN ESCOLAR EN UN NIÑO CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

CARMEN CLEMENTE GARCÉS [1]; ESMERALDA GASCÓN PUYO [2]; PATRICIA RELANCIO PASCUAL [2]; ANDREA ROMERO SEGURA [3]; MARTA VILLANUEVA CAMUS [2]; ANDRES PARDOS CAMACHO [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO DE SALUD CASPE, [2] EAP CASPE, [3] EAP CASPE, [4] EAP MAELLA

ID: *5431*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*

JUSTIFICACIÓN

Esta intervención escolar surge a partir de la demanda por parte del profesorado del colegio donde inicia su escolarización un niño de 3 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 1, de origen marroquí, con problema de gran barrera idiomática con su núcleo familiar. En tratamiento con insulina y portador de sensor, presentaba dificultad para lograr un buen control metabólico. Debido a la ausencia de enfermera en el centro escolar, nos solicitaron una sesión formativa al profesorado.

OBJETIVOS

- Facilitar la escolarización y el buen control metabólico del niño.
- Presentar al profesorado una sesión formativa teórico-práctica para aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento y actuación ante complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una sesión formativa en dos centros escolares, ya que la familia cambió de localidad y el niño continuó su escolarización en un colegio distinto. Las sesiones fueron impartidas por sanitarios del Equipo de Atención Primaria, con una duración de 2 horas y con proyección de una presentación informática para el desarrollo de la parte teórica. Las sesiones se estructuraron en:

- Definición general de la Diabetes Mellitus, control de la glucosa e insulina.
- Uso del Sensor. Se acompañó de videos que mostraban su colocación, escaneo y lectura.
- Nutrición y ejercicio.
- Complicaciones agudas y crónicas. Actuación ante hipo e hiperglucemia con cetoacidosis. Posteriormente se desarrolló el taller práctico en varios grupos, donde pudieron realizar:
- Medición de glucosa con glucómetro.
- Administración de insulina con bolis, agujas y material donde realizar punciones (esponjas y corchos).
- Actuación en hipoglucemia grave mediante la administración de glucagón.

RESULTADOS

EN AMBOS CENTROS ESCOLARES SE FACILITÓ UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ANÓNIMA. SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS

- Horario de la actividad: 20% muy satisfecho, 30% satisfecho, 50% algo satisfecho.
- Información recibida: 85% muy adecuada, 15% adecuada.
- Material utilizado: 85% muy adecuado, 15% adecuado.
- Formación recibida: 75% muy adecuada, 25% adecuada.

En observaciones y sugerencias destacaron la individualización del caso y la parte práctica. Por contra, el horario a final de la mañana fue considerado como aspecto a mejorar. También destacaron la posibilidad de tener material resumido en formato papel.

CONCLUSIONES

En las poblaciones con altas tasas de inmigración se añade a la complejidad del debut diabético de un niño, dificultades en la comunicación por barreras idiomáticas.

En el centro escolar se obtuvo muy buena acogida y disposición por parte de los docentes, la formación proporcionada contribuyó a facilitar la escolarización y el buen control metabólico del niño.

De estas intervenciones, surge la necesidad de desarrollar en un futuro, un protocolo escolar específico para niños con Diabetes Mellitus tipo 1 en etapa escolar.

ENTREVISTA DE SALIDA UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA MEJORA

CARMEN ZALDIVAR SANCHO; MARIA ISABEL ARRIETA SEGURA; ROSER FABREGAS VILCHEZ; LLUIS GAMELL ALVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, HOSPITAL DE LA SANT CREU I SANT PAU

ID: *5435*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CESE VOLUNTARIO DE PROFESIONALES. OFFBOARDING*

JUSTIFICACIÓN

La entrevista de salida es una herramienta sencilla, pero muy potente, que nos aporta información relevante sobre los motivos que llevan a un profesional a cesar voluntariamente de su lugar de trabajo, de esta manera podremos mejorar evitando que el talento se aleje de nuestra organización.

OBJETIVOS

1. Conocer los aspectos que han influido en el cese voluntario.
2. Modificar aspectos que ayuden a la fidelización de los profesionales.
3. Conocer qué beneficios son los más valorados fuera de la organización.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos creado un modelo de encuesta de salida que consta de:

- 20 preguntas cerradas divididas en 6 grandes bloques que exploran: las condiciones laborales, el ambiente de trabajo, la interacción con los compañeros y los mandos, el desarrollo profesional que ofrece la empresa, la retribución y también el nuevo entorno laboral al que accederán tras el cese.
- 23 preguntas abiertas que nos ayudan a obtener más información de los motivos del cese.

La entrevista se realiza de manera telefónica por un experto en RRHH aproximadamente un mes tras el cese, se aplica durante el periodo del 1 de enero del 2022 al 30 abril del mismo año. La entrevista se realiza a todos los profesionales que cesan independientemente de la categoría profesional que venían desarrollando.

RESULTADOS

Se ha llamado a 52 personas, de las cuales han querido responder la encuesta 39, (tasa de respuesta del 75%). Para agrupar las respuestas, hacemos diferenciación por grupos profesionales, quedando de esta forma:

18 enfermeras, 5 TCAI, 12 médicos, 1 técnico de laboratorio, 1 administrativo y 2 informáticos.

Una vez obtenidas las respuestas de todos los profesionales, se hace una agrupación gráfica para visualizar con efectividad los resultados. Tras analizar estos datos, se establecen tres bloques de conclusiones resumidas según la información proporcionada: Aspectos positivos a destacar, aspectos negativos y aspectos a mejorar en nuestro centro

En cuanto al nuevo lugar de trabajo, todos seguirán en el entorno sanitario, los médicos realizarán las mismas funciones, y la mitad de las enfermeras desarrollarán funciones diferentes. Todos creen que mejorarán las condiciones laborales y contractuales y la mayoría dicen que verán su salario incrementado.

La peor valoración es para la formación y el desarrollo profesional que proporciona nuestro centro.

CONCLUSIONES

Generalmente y en todas las categorías profesionales, se reclama una mejora de las condiciones salariales, condiciones laborales y contractuales. Mejora de la formación y el desarrollo profesional.

Y en el caso específico de las enfermeras se expresa la necesidad de trabajar con plantillas más adecuadas y una mejor planificación.

POTENCIACIÓN DE LA INTRANET COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL

NATALIA A. CASASOLA LUNA; MERCEDES ROMÁN FUENTES; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; ÓSCAR CRUZ SALGADO; MARTA DEL NOZAL NALDA; JESÚS CÁRCAMO BAENA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5451*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Intranet Control documental Gestión documental*

JUSTIFICACIÓN

El hospital dispone de una herramienta de gestión documental en la intranet, desde hace más de 15 años, en la que están publicados protocolos, guías, recomendaciones para el paciente y formatos, accesibles para los profesionales del hospital. Esta herramienta se considera fundamental para disminuir la variabilidad en las actuaciones de los profesionales. En este tiempo, los documentos se han ido incorporando y actualizando pero no se había realizado una revisión completa de toda la documentación publicada.

OBJETIVOS

Revisar todos los documentos de la intranet, por parte de profesionales referentes multidisciplinares. Mejorar la accesibilidad a los documentos.

Aplicar la sistemática de gestión documental definida en el hospital, en cuanto al formato, control de fecha de aprobación y revisión del contenido cada 5 años.

ELIMINAR LOS DOCUMENTOS OBSOLETOS PARA EVITAR SU USO POR ERROR. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las actividades realizadas en la intranet.

La Unidad de Calidad ha coordinado en el año 2021 las siguientes acciones:

- Distribución de documentos a Comisiones clínicas, Unidades y profesionales referentes, para que procedan a su revisión y seguimiento de plazos de estas revisiones.
- Recepción de los documentos revisados, adaptando al formato en vigor e incorporando la fecha de aprobación.

CREACIÓN DE NUEVA ESTRUCTURA DE CARPETAS PARA CLASIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN. RESULTADOS

Se distribuyeron los 1965 documentos que estaban publicados en la intranet a los profesionales referentes, para que revisasen el contenido y la utilidad del documento.

De estos, el total de documentos actualizados e incorporados a la nueva intranet es de 911 documentos.

Se han eliminado de la intranet 1054 documentos, por diferentes motivos: por estar repetidos, por estar obsoletos y por estar pendientes de revisión por parte de los profesionales al tener más de 5 años.

Se han creado 3 carpetas generales que agrupan toda la documentación, denominadas Documentación Asistencial,

Documentación No Asistencial y Documentación Específica de Unidades. Dentro de éstas, se han creado carpetas por temas para facilitar la localización de la documentación. Ej.: en la carpeta de Documentación asistencial, existen las carpetas: Cuidados de enfermería, Seguridad del paciente, Documentación e historia clínica, Ética, Procedimientos clínicos, Trasplantes, Consentimiento informado, Infecciones, RCP y carro de parada, Proceso Quirúrgico, y Medicación.

La Comisión de Dirección y la Comisión Central de Calidad han revisado y aprobado la reorganización de la documentación. Se ha difundido como noticia en la portada de la intranet para informar del cambio a los profesionales.

CONCLUSIONES

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

FOMENTAR LA INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CARMEN BARROSO GUTIERREZ; PATRICIA FERNANDEZ RIEJOS FERNÁNDEZ RIEJOS; OSCAR CRUZ SALGADO; MERCEDES ROMÁN FUENTES; NATALIA CASASOLA LUNA; PEDRO BELMONTE MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5453*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente, corresponsabilidad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias tienen entre sus principales objetivos proporcionar atención y cuidados seguros, por este motivo en los centros hospitalarios existen múltiples iniciativas para gestionar el riesgo y garantizar la seguridad de los pacientes. Este concepto unido a la necesidad de dar respuesta a las demandas de un paciente más activo en el cuidado de su salud, ha originado líneas de trabajo encaminadas a fomentar la participación del paciente en el ámbito de la seguridad.

OBJETIVOS

Medir la satisfacción de los pacientes en temas relacionados con la seguridad durante el proceso asistencial Fomentar la corresponsabilidad del paciente en su seguridad durante su ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Desde 2021 el centro cuenta con encuestas telemáticas de satisfacción accesible a través de código QR. Se ofertan 4 preguntas relacionadas con temas de seguridad como alergia a medicamentos, identificación inequívoca del paciente, conciliación de la medicación e higiene de manos. Cada unidad ha procedido al análisis de las encuestas y han identificado las áreas de mejora pertinentes. A nivel general, la Comisión Central de Calidad Asistencial ha realizado un análisis identificando las areas de mejora más trasversales.
- En 2022 la Comisión de Seguridad ha elaborado un decálogo de seguridad para fomentar la corresponsabilidad del paciente, basado líneas desarrolladas por la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA y la Estrategia de Cuidados de Andalucía

RESULTADOS

Encuestas de satisfacción: Resultados sobre 592 encuestas cumplimentadas:

- ¿Le han preguntado/informado sobre sus posibles alergias a medicamentos? Sí 83,61%
- ¿Ha tenido durante su estancia en el hospital puesta su pulsera identificativa? Sí 81,31%
- ¿Cuándo le han dado el alta le han explicado que medicamentos debe tomar en su domicilio incluyendo su medicación habitual? Sí 51,48%
- ¿Ha observado que los profesionales sanitarios se aplican la solución hidroalcohólica desinfectante antes y después de atenderle? Sí 67,21%

Áreas de mejoras generales: realización de auditorías sobre portabilidad de pulseras de identificación en todas las unidades; actualización de los protocolos de conciliación de la medicación y su difusión; realización de estudios observacionales de higiene de manos

Decálogo de seguridad: difundido a través de la web del centro, de las pantallas de información del centro y están accesibles en las pantallas individuales de las camas de hospitalización

CONCLUSIONES

Incluir preguntas sobre seguridad en las encuestas de satisfacción, ha favorecido contar con un punto de vista externo sobre las actividades desarrolladas en el centro para garantizar la seguridad, pudiendo así identificar nuevas áreas de mejora. A la par, hemos conseguido que los pacientes sean conocedores de puntos clave de la seguridad en el ámbito hospitalario. En este sentido, con la difusión del decálogo de seguridad también pretendemos fomentar la corresponsabilidad del paciente en su seguridad.

APLICACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE CUESTIONARIOS ONLINE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL

NATALIA A. CASASOLA LUNA; OSCAR CRUZ SALGADO; MERCEDES ROMÁN FUENTES; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; MARTA DEL NOZAL NALDA; JESÚS CÁRCAMO BAENA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5454*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Evaluación Cuestionarios Auditorias Nuevas tecnologías*

JUSTIFICACION

Actualmente es difícil identificar un campo de la actividad laboral donde las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (NTIC) no estén implantadas. El sector de la salud no es una excepción, sino que constituye una de las áreas de mayor impacto. Orientar el uso de estas NTIC para la recogida y análisis de datos necesarios para la mejora en calidad, facilita la detección de áreas de mejora en base a resultados fiables y a tiempo real.

OBJETIVOS

Exponer el uso que se le está dando a la aplicación/software Limesurvey en un hospital universitario. MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal sobre las líneas de trabajo realizadas con Limesurvey. El acceso a la plataforma está centralizado en la Unidad de Calidad del hospital para:

Editar y realizar encuestas, cuestionarios y distintos formularios a partir de plantillas, con un diseño personalizado de las mismas. Una vez construidos los formularios se difunden a través de enlaces vía emails corporativos o generando códigos QR que facilitan su difusión a través de cartelerías y/o pantallas.

Hacer un procesamiento automatizado de recopilación de los resultados (recepción, tabulación y procesamiento). Enviar los resultados a través de medios electrónicos

RESULTADOS

Si bien se comenzó a aplicar la herramienta para la realización de encuestas, se ha ampliado su uso para el uso de diversos cuestionarios, evaluaciones y auditorías, con la ventaja de la fácil accesibilidad para los profesionales desde cualquier punto informático.

En el año 2021 se han puesto en marcha en el Hospital las siguientes utilidades del software Limesurvey:

Encuestas de satisfacción generales de Hospitalización y Consultas Externas para todas las Unidades del hospital Encuestas de satisfacción específicas para unidades especiales médicas y quirúrgicas y unidades de soporte (ej.: neonatología, laboratorios).

Encuestas de recogida de información en Proyectos de Investigación

Auditorias de indicadores de calidad y seguridad a realizar por los profesionales de todas las Unidades Registros de prevalencia de úlceras por presión

Votación de vocales tutor/a para Comisión de Docencia Identificación de objetivos para los Acuerdos de Gestión.

Identificación y ponderación de objetivos en las Comisiones Hospitalarias Identificación de Recursos de coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria Otros cometidos de sondeo (planes, programas, check list, etc.)

CONCLUSIONES

La gestión sanitaria actualmente pasa por un compromiso claro por la calidad y apuesta por el uso de las NTIC en el desempeño de técnicos y profesionales de la Salud. Conocer en qué consisten y la manera de identificar usos específicos a las herramientas disponibles es el primer paso para lograr un uso más eficiente de recursos y tiempos generando impactos positivos y visibles.

INTERVENCIÓN FORMATIVA EMULTIPAP SOBRE MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA EN PROFESIONALES DE ARAGÓN

ANTONIO GIMENO MIGUEL [1]; AÍDA MORENO JUSTE [2]; VICTORIA PICO SOLER [3]; MABEL CANO DEL POZO [4]; ALEXANDRA PRADOS TORRES [1]; CHRODIS-PLUS GROUP [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GRUPO EPICHRON/IACS/IIS ARAGÓN, [2] CENTRO DE SALUD SAN PABLO, [3] CENTRO DE SALUD TORRERO, [4] DIRECCIÓN GENERAL ASISTENCIA SANITARIA, [5] IACS/IIS ARAGÓN

ID: *5456*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Multimorbilidad; polifarmacia; capacitación profesional; atención médica*

JUSTIFICACIÓN

La frecuencia con que las personas presentan enfermedades crónicas de forma simultánea (término denominado multimorbilidad (MM) por la Organización Mundial de la Salud) es creciente y supone actualmente un verdadero desafío para nuestro sistema sanitario, especialmente en el nivel de Atención Primaria (AP) donde recae esencialmente la atención de estos pacientes. Para mejorar el abordaje de la MM se desarrollaron el proyecto Chrodis Plus y MULTIPAP Study. De MULTIPAP Study surgió el curso formativo eMULTIPAP acreditado por el SNS, que se adaptó al proyecto Chrodis Plus.

OBJETIVO

Evaluar la herramienta formativa virtual eMULTIPAP sobre multimorbilidad y polimedicación en profesionales sanitarios de Aragón en el contexto del proyecto de investigación Chrodis-Plus, proyecto europeo centrado en las enfermedades crónicas y la promoción de la salud facilitando la implementación de buenas prácticas

METODOLOGÍA

Diseño: Implementación piloto del modelo de atención a la multimorbilidad de Chrodis-Plus en centros de salud de Aragón
Población: profesionales sanitarios asistenciales de Aragón

Intervención: Curso de formación en habilidades clínicas, comunicación, gestión, tecnologías de información, valoración crítica y trabajo en equipo, acreditado con 30 h. lectivas y basado en metodología MOOC Massive Open Online Course. El curso se realizó en condiciones de práctica clínica real

Variables y evaluación: Procedencia, sexo, profesión, satisfacción (encuesta), valoración del material didáctico (encuesta), cambio en el nivel de conocimientos (examen pre-post), nivel de transferencia del aprendizaje (encuesta)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO, DIFERENCIA DE MEDIAS, T-STUDENT DATOS APAREADOS, P<0.05 RESULTADOS

55 profesionales matriculados (87% mujeres; 55% de Zaragoza, 45% de Huesca), de los que 32 eran médicos (81% especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria) y 23 enfermeros (56% especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria). De los 55 alumnos matriculados, 53 realizaron el curso y 49 lo finalizaron con éxito con la calificación de apto (92.4%). El nivel de satisfacción general fue de 8.3±1.22 sobre 10. La valoración media del material didáctico fue de 4.36±0.9 sobre 5. El nivel de conocimientos mejoró de 7.36±1.34 sobre 10 en el cuestionario previo a 9.18±0.81 en el posterior (diferencia de medias de 1.82 puntos, IC 95% 1.37-2.23, p< 0.001). 34 participantes respondieron a la encuesta sobre el nivel de transferencia del aprendizaje, que fue puntuada con un 3.77±0.41 sobre 5, y con valoraciones positivas como que el curso es de alta aplicabilidad y que aumenta la motivación para trabajar la multimorbilidad en su práctica clínica

CONCLUSIONES

La herramienta formativa eMULTIPAP fue bien valorada por los profesionales sanitarios de Aragón, en los que produce un aumento de conocimientos con potencial de transferencia a su entorno asistencial, lo que se puede traducir en una mejora de la atención a los pacientes con multimorbilidad

PERCEPCION DEL DOLOR POR LOS PACIENTES EN HOSPITALIZACION COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA HUMANIZACIÓN

NATALIA A. CASASOLA LUNA; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; OSCAR CRUZ SALGADO; MERCEDES ROMÁN FUENTES; JESÚS CÁRCAMO BAENA; MARTA DEL NOZAL NALDA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5457*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Dolor Participación del paciente Humanización*

JUSTIFICACION

Uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes hospitalizados es el dolor, que aparece en múltiples patologías de diferente nivel de gravedad e intensidad.

En nuestro hospital se han definido objetivos y protocolos para el manejo del dolor, e implantado el registro con escalas de valoración para mejorar la atención de los pacientes hospitalizados.

En el proceso de humanización de la atención sanitaria, se considera fundamental sondear la calidad percibida por el paciente en aspectos clave para su bienestar, como es el dolor, para completar las actuaciones realizadas por parte de los profesionales.

OBJETIVO

Exponer los resultados del registro de las valoraciones de dolor en la historia clínica por los profesionales de enfermería, frente a la percepción del usuario con respecto al dolor durante su estancia en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO:

El hospital dispone de protocolos para el abordaje del dolor, y se ha dado formación a los profesionales. El personal de enfermería utiliza escalas validadas para medir el dolor quedando registro en la historia de salud. Se han definido indicadores que explotan los registros de la historia clínica, que son medidos de forma periódica. La población incluida son los pacientes atendidos en todo el hospital durante el año 2021.

En el centro se dispone de un cuestionario en formato electrónico, que los usuarios pueden cumplimentar desde la cama de hospitalización. Estos resultados se pueden obtener a tiempo real. Se ha incluido una pregunta específica del dolor con la siguiente estructura:

¿Ha tenido dolor durante su estancia?, con opciones de respuesta: No; Sí, lo trataron y se controló; Sí, lo trataron pero no se controló; Sí, no lo trataron.

El número de cuestionarios cumplimentados por los pacientes fue de 321 cuestionarios en el año 2021. Diseño descriptivo observacional transversal.

RESULTADOS

Resultados de los registros de enfermería:

69,59% de Episodios con Dolor Evaluado; 81,72% de Episodios con Valoración en 24h con Dolor Controlado

Resultados de las encuestas:

20,56% No tuvieron dolor; 66,98% Sí tuvieron dolor pero lo trataron y se controló (Total de pacientes que en la encuesta manifiestan que no tuvieron dolor o este se controló: 87,54%). Sí tuvieron dolor, lo trataron pero no se controló 6,23%; Sí tuvieron dolor y no lo trataron 6,23%

CONCLUSIONES

Si bien el número encuestas contestadas es bajo respecto al número total de pacientes hospitalizados, existe proporción entre la percepción de los pacientes que afirman que se ha controlado el dolor (87,54%) con el registro de los profesionales de los pacientes con dolor controlado (81,72%). Se potenciará la cumplimentación de encuestas por los pacientes, para aumentar la población incluida.

Disponer en tiempo real de los niveles de percepción de dolor de los pacientes atendidos, es una potente herramienta de feedback sobre la calidad de atención en esta dimensión, además de permitir la definición de acciones tempranas ante desviaciones significativas.

¿COMO LOGRAR SER CANDIDATO A CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS?

MARIA LUISA HERNANDEZ GUTIERREZ; MARIA CARMEN LAITA ZARCA; MYRIAM SAEZ DE GUINOA SENTRE [(3)]; ELENA ALTARRIBAS BOLSA; MARTA CHARLO BERNARDOS; JESICA MONTERO MARCO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5460*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACION

Un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC® o BPSO®), es un Centro reconocido por las instituciones convocantes como una institución implicada en la aplicación, evaluación y mantenimiento de Guías de Buenas Prácticas.

Las organizaciones seleccionadas se denominan candidatas a CCEC® y adquieren el compromiso de implantar, evaluar y mantener la implantación de, al menos, 3 Guías de Buenas Prácticas clínicas (GBP) de RNAO durante un periodo de 3 años.

Al finalizar los 3 años de candidatura, y asumiendo que se han cumplido todos los objetivos, el candidato alcanzará el estatus de CCEC® o BPSO® designado.

SER INCLUIDO EN EL PROGRAMA FACILITA LA IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS, BASADAS EN LAS GUÍAS DE RNAO. OBJETIVOS

Definir los pasos clave para ser seleccionados como centro candidato a la excelencia en cuidados (CCEC). Describir la metodología de selección de las guías a implantar y sus recomendaciones clave.

Establecer grupo coordinador del proyecto y grupos de trabajo de cada guía a implantar acorde a las necesidades. Identificar las partes interesadas.

MATERIAL Y METODOS

Las fases establecidas:

1. Convocatoria estricta y competitiva con otros centros interesados.
2. Planificación estratégica y cambio de actuación en base a la evidencia en cuidados: selección de guías de buenas prácticas BPSO por el equipo coordinador basada en el estudio del sector sanitario, las necesidades de la población atendida y los profesionales referentes o líderes en cada área.
3. Identificación de líderes y stakeholders.
4. Detección de barreras y facilitadores para la implantación de cada guía.
5. Definición de recursos y áreas de trabajo actuales como acuerdos de gestión, líneas estratégicas de sanidad…
6. Elección de las recomendaciones a implantar.

RESULTADOS

El Sector Sanitario se presentó a la convocatoria en tiempo y forma. Fue nombrado candidato a CCEC.

La dirección de enfermería de atención primaria y especializada seleccionaron sistemáticamente las guías a implantar.

- Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida- Seleccionada por estar alineada con estrategia regional, por la presencia de un centro de rehabilitación psicosocial en el sector y por el interés social en la salud mental.
- Lactancia materna – Las enfermeras/os especialistas en Obstetricia y Ginecología son pioneros en la investigación e implantación de cuidados basados en la evidencia. Además, se ha objetivado una disminución de la lactancia materna.
- Apoyo a adultos que esperan o viven con ostomía. Las enfermeras de práctica avanzada en estomaterapia liderarán su implantación.

CONCLUSIONES

Destacar la importancia del seguimiento estricto de las bases de una convocatoria; la planificación de los proyectos según los objetivos (en este caso proporcionar los cuidados en base a la evidencia científica); selección de guías según recursos humanos y materiales disponibles, grado de dependencia interna, facilitadores, barreras y stakeholders.

MEJORAS EN LA CUMPLIMENTACION DEL INFORME DE EXITUS

MARTA DEL NOZAL NALDA; MARÍA LUISA CANTON BULNES; OSCAR CRUZ SALGADO; JESUS CARCAMO BAENA; MERCEDES ROMAN FUENTES; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5461*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*

JUSTIFICACION

El informe de exitus tiene unas características diferenciales con respecto a otro informe de alta:

- No va a tener continuidad clínica, es decir, de su información no va a inferirse ninguna otra actuación sanitaria
- Se trata del reflejo de un episodio de "no termina bien". Muy sensible a posibles actuaciones que pudieran haber tenido relación más o menos directa en el desenlace del caso.
- El informe puede realizarse en diferido, lo que puede llevar a demoras en su cumplimentación. Todos estos motivos pueden generar una infravaloración de este informe.

OBJETIVO

Realización de auditoría del Informe de Exitus de las unidades dianas identificadas con el objeto de medir el nivel de calidad conforme a unos criterios establecidos en el seno de la Comisión de Mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado un sistema de recogida de datos para cada informe auditado.

Los indicadores que se han definido revisar y ponderando su relevancia, agrupados por categorias fueron: MOTIVO DE INGRESO

ANTEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES (neonatales, obstétricos, quirúrgicos, alergias, hábitos tóxicos, enfermedades previas, medicación habitual); ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis y exploración física); PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (anatomía patológica, imagen, cultivos, etc) EVOLUCION Y CURSO CLINICO; INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA / PROCEDIMIENTOS

Se contempla con respecto a la media de los indicadores ponderados un indicador global de "calidad de informe de exitus" (1 a 5), considerando "adecuado" >4. La Unidad de Calidad facilitó:

- Listado distribuido por las Unidades sujetas a este estudio, con los NUHSA. La selección de las historias clínicas (HC) se ha realizado por muestreo aleatorio sistemático sobre un 16% de los exitus vinculados a esa Unidad.
- Parrilla auditora con los ítems a valorar.

RESULTADOS

Porcentaje Informe Exitus realizados:

- medicina interna 67
- cardiología 83
- cirugía general 100
- cirugía ortopédica y traumatología 33
- cuidados intensivos 100
- enfermedades infecciosas 100
- Porcentaje Calidad Informe Exitus: medicina interna 3,97
- cardiología 4,5
- cirugía general 4,8
- cirugía ortopédica y traumatología 1,58
- cuidados intensivos 4,76
- enfermedades infecciosas 4,8

CONCLUSIONES

La auditoría realizada nos ha permitido conocer de forma objetiva la situación actual respecto a la cumplimentación del exitus, lo cual nos permite establecer unas propuestas de mejora para el futuro focalizando por Unidades y por indicadores.

ADECUACIÓN DE LOS STOCKS DE MEDICACIÓN EN LOS BOTIQUINES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

MÓNICA GRANERO LÓPEZ; SANDRA KOPRIVNIK; BELÉN BARDÁN GARCÍA; ISAURA RODRÍGUEZ PENÍN
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

ID: *5470*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CADUCIDADES, RECLAMACIONES, ADECUACIÓN*

JUSTIFICACIÓN

El traslado del Servicio de Farmacia (SF) desde uno de los hospitales de nuestro Complejo Hospitalario al otro hospital, obligó a optimizar circuitos de aprovisionamiento de medicación en los botiquines de las Unidades de Hospitalización (BUH) que disponen de un stock pactado con el SF.

OBJETIVOS

Adecuar los stocks pactados de los BUH en función de las prácticas actuales de uso seguro del medicamento. Concretamente:

- Reducir el exceso de stock y los costes asociados a su caducidad asegurar la disponibilidad del medicamento a la hora correcta
- Reducir las reclamaciones de medicación introduciendo en los stocks medicamentos necesarios
- Conocer el grado de aceptación de los supervisores a las propuestas de modificación de stocks realizadas por el farmacéutico

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de dos meses de duración. Se incluyeron 9 BUH en los que está implantado el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria asociado a prescripción electrónica asistida (PEA). Como fuente de información se utilizó el programa de gestión del SF y el de PEA. Se revisaron los listados de caducidades (LC) del año anterior, los listados de medicación (LM) pactados actuales de cada botiquín y las reclamaciones de unidosis (RU) de los medicamentos no incluidos en los stocks. Del LC se realizaron propuestas para disminuir el stock disponible o retirar la especialidad. Del LM se identificaron especialidades con excesiva cantidad pactada así como medicación no incluida en el stock y que el farmacéutico consideraba necesaria para iniciar un tratamiento a la hora correcta. De las RU se obtuvieron medicamentos no incluidos en los stocks y que debido a la frecuencia de reclamaciones se podría valorar la inclusión en los mismos. Las propuestas de modificaciones y su justificación se presentaron a los supervisores de cada BUH para llegar a un consenso final.

RESULTADOS

Se revisaron los 9 BUH.

A partir de los LC: se retiraron del stock o se disminuyó la cantidad de una media de 17,2 medicamentos por BUH (rango 9-29). El grado medio de aceptación de las recomendaciones fue del 76,54%.

De los LM: se acordó disminuir/retirar una media de 8,1 medicamentos por BUH (rango 2-35) e incluir una media de 6,1 (rango 2-17), con un grado medio de aceptación del 80,2% y 88,1%, respectivamente.

De las RU: se consensuó introducir aquellos medicamentos realmente necesarios, con lo que se introdujo una media de 6,2 medicamentos por BUH (rango 2-17), con un grado medio de aceptación del 48,1%.

CONCLUSIONES

- El grado de aceptación de las propuestas, en general, fue elevado.
- Aproximadamente la mitad de los medicamentos que se reclaman no se consideran necesarios, por parte de los supervisores de las BUH, para su inclusión en los stocks.
- La revisión periódica de los stocks de medicación permite adecuar el uso del medicamento a las necesidades de la unidad, retirando lo innecesario e incorporando lo imprescindible para una farmacoterapia segura y eficiente en el paciente.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE COMO FUENTE PARA ESTABLECER METAS: TIEMPO DESDE PROGRAMACIÓN HASTA EL TRASLADO A QUIRÓFANO.

ISABEL RODRIGO RINCÓN; ENRIQUE DE LA CRUZ TABARES; ALFREDO MARTÍNEZ LARREA; MARÍA JESÚS GUEMBE SUESCUN; CARLOS IBERO ESPARZA; BEATRIZ SCHULZ PÉREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

ID: *5485*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Encuestas, pacientes quirúrgicos, espera hasta quirófano*

JUSTIFICACIÓN

El tiempo de espera en la habitación hasta que el paciente es trasladado a quirófano representa para muchos pacientes momentos de incertidumbre y nerviosismo que se pueden agravar si la espera excede el tiempo que los profesionales le habían indicado. El ajuste entre el tiempo programado y la hora en la que el paciente realmente entra en quirófano es un indicador de calidad percibida importante para los pacientes quirúrgicos.

OBJETIVOS

Conocer la duración de la espera y la valoración de la misma por parte del paciente para que sirva de referencia para establecer metas de este indicador, de cara a la evaluación de la calidad ofrecida por los servicios quirúrgicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han analizado 1285 cuestionarios (entrevista telefónica) para medir la percepción de pacientes intervenidos quirúrgicamente (1235 de intervenciones convencionales y 250 de CMA: Cirugía Mayor ambulatoria) en un Hospital Universitario durante el año 2019. Las preguntas hacían referencia a: 1. Los minutos transcurridos desde la hora que tenía asignada el paciente para entrar en quirófano hasta que entró y 2. La valoración de ese tiempo de espera (escala de 0 al 10, siendo 10 la mejor puntuación).

RESULTADOS

La percepción de la espera para bajar a quirófano y distribución del tiempo de espera percibido fueron ligeramente diferentes para cirugía convencional que para la CMA. La percepción media de espera para bajar a quirófano fue de 6.5 puntos para cirugía convencional y de 7.2 puntos para CMA.

La percepción de la espera bajaba de forma lineal conforme se incrementaba el tiempo de espera para entrar a quirófano. Para los pacientes que dijeron haber entrado en quirófano en menos de 15 minutos la puntuación otorgada a la espera fue de 7.4 y 8.6 puntos (convencional, CMA) frente a los 4.2 y 2.7 puntos (convencional, CMA) que otorgaron los que dijeron haber esperado más de 2 horas. Los mayores descensos en la valoración de percepción se produjeron en el tramo de 30 a 60 minutos con respecto al tramo de 15 a 30 minutos en cirugía convencional (1.4 puntos menos) y del tramo de 1 a 2 horas con respecto al tramo entre 30 y 60 minutos en CMA (2,4 puntos menos).

Las esperas mayores de 30 minutos tuvieron percepciones que rara vez superaron los 6 puntos, pudiéndose considerar 30 minutos la meta a alcanzar en ese indicador.

Según los datos de la encuesta, 44% de pacientes para cirugía convencional y 34% de pacientes para CMA esperaron más de 30 minutos, lo que constituye un área de mejora importante.

CONCLUSIONES

Se podría considerar como meta, desde la perspectiva del paciente, esperar menos de 30 minutos desde la hora asignada hasta que el paciente entra en quirófano.

EL QUE ESPERA DESESPERA: PERCEPCIÓN DE LA ESPERA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

ISABEL RODRIGO RINCÓN; ENRIQUE DE LA CRUZ TABARES; ALFREDO MARTÍNEZ LARREA; ELENA SOTA PERNAUT; NEREA ELIZONDO RODRÍGUEZ; NEKANE ARRAIZA SALDISE
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

ID: *5487*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El tiempo en lista de espera es un elemento esencial de la calidad de la atención sanitaria. Por otra parte, la espera hasta entrar en consulta es un tiempo que genera inquietud. En una sociedad cada vez está más orientada a la maximización del tiempo, el tiempo es un elemento esencial a tener en cuenta.

OBJETIVOS

Conocer la percepción del paciente sobre la duración del tiempo en la lista de espera para primera consulta, la demora hasta entrar en consulta, y su relación con la valoración de este tiempo como marco de referencia para establecer metas de gestión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se han analizado 1211 cuestionarios (entrevista telefónica) de percepción de pacientes atendidos en consultas (1061 adultos-A y 150 pediátricos-P) en un Hospital Universitario durante el año 2019. Las preguntas hacían referencia a: 1. El tiempo que el paciente estuvo en lista de espera (LE) desde que su médico/a de cabecera u otro especialista le envió a la a consulta hasta que fue atendido/a. (tramos) 2. Cuánto tiempo tuvo que esperar desde la hora en que estaba citado/a hasta que pasó a la consulta (minutos), 3. La valoración de ambos tiempos de espera (0-10) y 4. El tiempo máximo que, al paciente le parece correcto esperar desde que le envían al especialista hasta que le ven.

RESULTADOS

La media de percepción del tiempo en LE fue de 6.4 (A) y de 6.9 (P). Se produce una reducción lineal en la puntuación de la percepción de la espera conforme aumenta el tiempo en LE. Cuando el tiempo en la LE es inferior a 15 días, la percepción de la espera alcanza los 9.2 y 9.5 (A, P) puntos y disminuye a 2.5 y 4 (A, P) cuando el tiempo en LE supera los 12 meses. A partir de 2 meses en LE las puntuaciones bajan de 6 puntos. Las expectativas de espera se modifican con respecto a la experiencia previa, ya que, a mayor espera vivida, mayor es el tiempo máximo que a los pacientes les parece razonable esperar. Eje: al 81,3% de los pacientes que esperaron menos de 15 días frente al 8.7% de los que esperaron más de 1 año, les parece correcto esperar menos de 15 días para ser atendidos. El 78% de los encuestados consideró que el tiempo en LE debería ser inferior a 2 meses. En cuanto a la percepción de la espera en función de la demora para entrar en la consulta, también se observa una relación lineal inversa de forma que, a mayor demora, peor puntuación. Cuando la esperar es inferior a 15 minutos la percepción alcanza los 8,9 puntos y baja a 6,2 para esperas entre 15 y 30 minutos. A partir de 30 minutos la puntuación de percepción de la espera es inferior a los 6 puntos.

CONCLUSIONES

Se podrían establecer como límites de espera según la percepción del paciente: 2 meses para la lista de espera de primeras consultas y 30 minutos para la demora para ser atendido en consultas. El umbral máximo de espera viene condicionado por la espera experimentada previamente, de forma que a menor tiempo de espera menor umbral.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. ALTA PRECOZ PARA DISMINUIR LAS IRAS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS COVID19.

IÑIGO ISERN DE VAL; MARÍA DEL PILAR MONTES ARANGUREN; SANDRA HERRERO GARCÍA; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA; SARAY ANTÓN JUARROS; MARIA BLANCA OBÓN AZUARA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5492*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PACIENTE CRÍTICO, COVID19, SOBREINFECCIÓN, TRATAMIENTOS.*

OBJETIVOS

Analizar la presencia de sobreinfección bacteriana y fúngica en los pacientes críticos con COVID19 según comorbilidades previas y tratamientos administrados durante la estancia en UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el S de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel. Tiempo: 4 de marzo de 2020 al 4 de marzo de 2021. Fuente de datos: Programa de historias clínicas propio del SMI. Se analizaron los pacientes COVID 19 que presentaron sobreinfección bacteriana y fúngica durante la evolución, analizando las comorbilidades y tratamiento recibido. Análisis estadístico: descriptivo/ regresión logística.

RESULTADOS

N=295; 71% varones. Mediana 68 a. Estancia media en UCI de 22,13 días. 77% no fumadores. Factores de riesgo cardiovascular: 57% HTA, 50% dislipemia, 44% obesidad, 29% DM. Otras comorbilidades: 12% cardiopatía, 5% ACV, 10%

EPOC, 16% otras neumopatías, 10% ERC, 8,5% procesos neoplásicos activos. Tratamientos administrados: 93%

dexametasona, 42% remdesivir, 41% PHI, 27,5% Hidroxicloroquina, 26,5% tocilizumab, 5% interferon-B como principales fármacos administrados. El 63,7% recibió antibioterapia previa a su ingreso en UCI.

Ninguno de los tratamientos administrados, ni comorbilidades previas mostraron significación estadística con una mayor presencia de sobreinfección bacteriana.

Tan sólo se observó asociación estadística con respecto a la edad ($p<0,001$) y la estancia en UCI ($p<0,0001$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio el incremento de sobreinfección bacteriana y fúngica se ha relacionado únicamente con grupos etarios más altos y estancia más prolongada en UCI.

Resulta llamativo que ninguna de las comorbilidades se asociara al desarrollo de infecciones, valorando la frecuente combinación de patologías, en especial cardiovasculares. Los resultados muestran que es preciso procurar un alta precoz de los pacientes desde la UCI a Unidades de Cuidados Intermedios Multidisciplinares, o bien dotar de más medios a la hospitalización domiciliaria para disminuir el riesgo de presentar infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los SMI.

MEJORA DE LAS CONDICIONES LABORALES PARA DISMINUIR LA SOBREINFECCIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID19

IÑIGO ISERN DE VAL; MARIA DEL PILAR MONTES ARANGUREN; SANDRA HERRERO GARCÍA; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA; SILVIA CASTRILLO GUIRAL; MARIA BLANCA OBÓN AZUARA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5499*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PACIENTE CRÍTICO, COVID19, SOBREINFECCIÓN, PSEUDOMONAS AERUGINOSA, ENTEROCOCOS*

OBJETIVOS

Describir los pacientes ingresados por COVID19 en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI), y los principales patógenos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el SMI de un hospital de tercer nivel. Del 4 de marzo de 2020 al 4 de marzo de 2021. Datos: Programa de historias clínicas propio del SMI. Se analizaron pacientes COVID 19 que presentaron además otra infección durante la evolución.

RESULTADOS

N=295; presentaron algún tipo de infección bacteriana: 55,3%. De estos, el 26% presentaron más de una y el 27% infección o colonización provocadas por bacterias multirresistentes (BMR). Un 4% presentó SARM. El 21,5% (63) de todos los pacientes de la muestra presentaron alguna colonización bacteriana.

Los principales patógenos que generaron una única infección: Enterobacterias (13,4%), P aeruginosa (11,4%), enterococos (9,4%). Más de un patógeno en combinación, la más frecuente fue: combinación P. aeruginosa + Enterococo (2,7%).

Infecciones o colonizaciones provocadas por BMR: Enterobacterias (45,5%), P aeruginosa (18,2%). Colonización x BMR: P aeruginosa.

De todas las infecciones, P. aeruginosa (S o MR) estuvo presente en el 22% de las infecciones, y Staphilococo coagulasa negativo en el 12,5%

El 25,1% (74) presentó una infección fúngica, el 16,6% por Candida spp, 11,2% por Aspergillus spp y 0,7% por Pneumocystis jirovecii.

El 8,1% presentó una infección vírica demostrada mediante BAL. 4,6% VHS, 2% CMV, 1,4% VHS y CMV.

CONCLUSIONES

La mitad de los pacientes ingresados por COVID 19 presentaron alguna infección, y la cuarta parte más de una infección, de las que el 27% fue provocada por BMR.

La propia neumonía vírica bilateral por SARS-CoV2, junto con algunos de los tratamientos administrados (como las altas dosis de corticoides), la vulnerabilidad de los pacientes, y el alto grado de instrumentalización en los SMI pueden ser explicaciones de estos resultados.

Se debe valorar que fueron en ocasiones necesarias medidas extraordinarias, como ocupación de las UCIs mayor que el número de camas previo; desplegar actividad fuera de la UCI (habilitando camas en otros entornos y adaptando la práctica clínica, como planta convencional y Sala de Reanimación). Estos hechos junto con otros factores como la falta de experiencia de parte del personal de nueva contratación, la sobrecarga asistencial, desconocimiento inicial de la patología, la adversidad de las condiciones en el trabajo asistencial… jugaron un papel fundamental.

Por todo ello, resulta imprescindible el apoyo de la Dirección de los hospitales para lograr una formación continuada que capacite a profesionales para desempeñar su labor asistencial de manera adecuada a pesar de la escasa experiencia previa: especialización de Enfermería en Medicina Intensiva, mayor contratación de personal que permita mejorar las ratio paciente/enfermería y paciente/médico/a, mayor compromiso con servicios que llevan a cabo el control de las infecciones en el hospital.

FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO COVID19: EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA LA MEJORA DE CALIDAD

IÑIGO ISERN DE VAL; MARÍA DEL PILAR MONTES ARANGUREN; SANDRA HERRERO GARCÍA; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA; MARTA MALINGRE GAJINO; MARIA BLANCA OBÓN AZUARA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5501*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PACIENTE CRÍTICO, COVID19, SOBREINFECCIÓN, ANTIBIOTERAPIA, MORTALIDAD.*

OBJETIVOS

Analizar la influencia de los factores que influyen sobre la mortalidad de los pacientes críticos COVID19, en especial la sobreinfección bacteriana y/o fúngica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el S de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel. Tiempo: 4 de marzo de 2020 al 4 de marzo de 2021. Fuente de datos: Programa de historias clínicas propio del SMI. Se analizaron los pacientes COVID 19 que presentaron además otra infección durante la evolución, analizando los factores relacionados con la mortalidad. Análisis estadístico: descriptivo/ uni y bivariante/regresión logística.

RESULTADOS

N=195. Exitus 47,5%. Variables relacionadas con la mortalidad: edad (p< 0,0001), días de ventilación mecánica (VM) (p<0,015) y días de estancia en UCI (p<0,005).

Pacientes con edad > 70 años presentaron mayor mortalidad (68% de los fallecidos). Factores significativos entre los fallecidos: EPOC (p<0,008), cáncer (p<0,032), empleo de AB previo a ingreso en UCI, desarrollo de infección bacteriana (p<0,006) o fúngica (p<0,006). Otros factores. Empleo de anakinra (p<0,001), precisar pronación o VM (p<0'0001).

La edad de los pacientes y el tratamiento con antibioterapia previa al ingreso en UCI se mostraron como factores independientes relacionados con la mortalidad.

CONCLUSIONES

El criterio edad aislado ya no es válido para decidir el ingreso o no de pacientes en los SMI. Ante una enfermedad infecciosa,

-a priori curable-, y desconocida (como lo era la COVID 19 en sus inicios), este criterio no fue el de mayor relevancia.

Por otra parte, durante las primeras olas, los pacientes que más ingresaban en el hospital, y por tanto en la UCI, eran los de mayor edad.

Tampoco se disponía inicialmente de una evidencia sólida acerca de los tratamientos a emplear, ni del tipo de pacientes que podían beneficiarse de ingreso en UCI.

Por este motivo, uno de los factores que en nuestro análisis se relacionó con la mortalidad de manera independiente, fue la edad. Otro, el recibir antibioterapia previamente al ingreso en UCI.

Todos estos resultados nos demuestran la importancia de disponer de una evidencia científica sólida para mejorar los resultados en salud. No se disponía de la misma en los inicios de la COVID19.

Sin embargo, como evidencia ampliamente demostrada sí que se dispone de guías de tratamiento antimicrobiano desarrolladas en cada hospital, lo que permite seleccionar los tratamientos empíricos más adecuados, y evitar los tratamientos innecesarios, que pueden generar un exceso de mortalidad.

SILÉNCIATE, POR EL PACIENTE Y POR TI

ROSA CARMEN MONTEAGUDO IBÁÑEZ; RAQUEL ANDÍA HORNO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5542*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Silencio, ruido, decibelios, pacientes, profesionales.*

JUSTIFICACIÓN

El ruido es un agente estresor en nuestro día a día, en el ambiente hospitalario con pacientes vulnerables, frágiles y con una patología asociada este estrés se acentúa y puede afectar a su estancia y recuperación. La Organización Mundial de la Salud recomienda que el nivel de ruido en las habitaciones no sobrepase los 40dB en horario diurno.

Diversos estudios evidencian cómo el ruido produce cambios en las constantes vitales y en la satisfacción del paciente durante su estancia, afectando también a su recuperación.

Al mismo tiempo, los profesionales son perjudicados por este ruido que altera la concentración y comunicación.

OBJETIVOS

Reducir el sonido ambiental en la unidad de neurocirugía.

Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados relacionado con el sonido ambiental de la unidad. Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia del sonido ambiental en el confort de todos los miembros de la unidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

1. Diseño de grupo de trabajo y formulación de objetivos a cumplir.
2. Encuestas de satisfacción dirigidas a pacientes y profesionales que reflejaron la necesidad de disminuir el ruido ambiental, e indicaron sonidos molestos, la importancia del sonido ambiental para la recuperación durante su estancia hospitalaria y cómo genera estrés en los profesionales.
3. Medición basal de decibelios con sonómetro homologado en diferentes zonas de la unidad y en cada turno laboral.
4. Acciones reparadoras y preventivas en el mobiliario y aparataje.
5. Instauración de la figura del “silenciador” de la unidad.
6. Instalación de dispositivos electrónicos con señales visuales luminosas para monitorizar el ruido de la unidad.
7. Información a pacientes y familiares. Tríptico informativo.
8. Encuestas de satisfacción finales a pacientes y profesionales.

RESULTADOS

Las mediciones basales determinaron la falta de silencio en la unidad y el incumplimiento de la normativa. Los sonómetros alcanzaron niveles diurnos superiores a 45 dB.

La instalación de dispositivos electrónicos con medición continua del ruido ha servido para concienciar del sonido ambiental presente en la unidad a tiempo real. Ha propiciado el autocontrol entre los profesionales.

La mayor parte del ruido generado en la unidad procede de los profesionales durante su labor asistencial.

CONCLUSIONES

La reducción del nivel del sonido ambiental ha aumentado la satisfacción de los pacientes hospitalizados y ha conseguido que la unidad de implantación sea referente del hospital en la humanización de los cuidados relacionados con el descanso y con el ruido como agente estresor.

En el caso de los trabajadores, un espacio libre de ruidos les proporciona bienestar, mejora la comunicación y reduce las distracciones durante la labor asistencial.

Por otra parte, las medidas restrictivas instauradas por el Sars-Cov 2 en el hospital, como disminución de visitas y mantenimiento de puertas cerradas, favorecieron la consecución de los objetivos.

CAMPAÑA DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

SUSANA BUIL LANGARITA [1]; MARIA DEL MAR AYALA ESTÉVEZ [2]; GUILLERMO PEÑA BLASCO [3]; PAOLA LÓPEZ LOMBO [4]; NEREA GIL GIMÉNEZ [5]; Mª JESÚS BLASCO PÉREZ-ARAMENDIA [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO (ZARAGOZA), [2] C. DE SALUD VALDEFIERRO, [3] UNIVERSIDAD, [4] CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO, [5] CENTRO DE SALUD VALDEFIERRO

ID: *5545*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *accesibilidad correo electrónico pandemia*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2016 el servicio de pediatría de nuestro de salud inauguró un servicio de correo electrónico (CE). Desde hace 2 años se han provocado graves problemas de acceso del usuario a los servicios sanitarios, en parte debido a la pandemia por Covid-19 y por el aumento de las consultas telefónicas.

OBJETIVOS

Se ha emprendido esta campaña para aumentar el número de consultas realizadas a través de CE y así mejorar la accesibilidad a las consultas de pediatría fomentando su uso.

MÉTODO

La campaña se inicia con el confinamiento de la pandemia Covid-19 en marzo 2020. Se desarrolla en un centro de salud urbano con 2 pediatras y 2 enfermeras pediátricas y 2424 niñ@s. Se instala una cuenta específica de CE con contraseña de acceso confidencial e institucional dirigida a la consulta con pacientes. Dada la falta de accesibilidad que genera la pandemia y las consultas telefónicas, se inicia una campaña de información y de promoción del uso de CE como método de acceso rápido a la consulta de pediatría y de enfermería pediátrica. Para esto de da información telefónica y se expone el proyecto en el Consejo de Salud. En el servicio de admisión y en las consultas pediátricas entregamos una hoja informando de su utilidad para enviar resultados, analíticas, fotografías, documentos, no urgencias, con el compromiso de enviar la respuesta antes de 48 horas. En diciembre de 2021 se recuenta el número de consultas gestionadas por esta vía para valorar su utilidad en mejorar la accesibilidad a nuestro servicio. Este trabajo analiza los resultados tras 2 años de su implementación y se compara con el uso en los años anteriores.

RESULTADOS

El servicio se inicia en enero del 2016. Durante estos 6 años desde la puesta en marcha del CE ha sido muy útil para resolver problemas no urgentes y que no requieran presencia, enviar enlaces a páginas de educación sanitaria. Fue muy bien acogido, luego su uso se estabilizó. El número de consultas en 2016 fue de 1259, el segundo año 2017 aumentó a 1845 CE, el año 2018 se mantuvo en 1745 consultas y el 2019 sufrió un descenso en su utilización a 1325 CE. En pandemia y gracias a la campaña de información y fomento del uso del CE para acceder a nuestras consultas, en 2020 se gestionaron 3693 consultas por CE (aumento del 178,7%). Con los nuevos brotes y la campaña de vacunación en el año 2021 se realizaron 4088 consultas por CE (aumento del 10,7% respecto al 2020). Muchos usuarios agradecen en sus correos la existencia de este servicio y lo piden para otras consultas del centro

CONCLUSIONES

La campaña ha sido un éxito ya que ha conseguido aumentar de forma significativa (más del doble) el uso del CE. Se ha mejorado la accesibilidad al centro sanitario. Es una vía de comunicación barata, directa, rápida, permite acceder al servicio de pediatría sin faltar al trabajo. Asegura que las familias estén bien asesoradas, ha evitado consultas presenciales con riesgo de contagio. Aumenta la satisfacción del usuario.

CÓMO MEJORAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SIN MORIR EN EL INTENTO. LA CLAVE: EQUIPO.

NOEMI GONZÁLEZ PÉREZ DE VILLAR; OSCAR MORENO DOMÍNGUEZ; PAOLA PARRA RAMIREZ; ARTURO LISBONA CATALÁN; BEATRIZ BARQUIEL ALCALÁ; NATALIA HILLMAN GADEA; PATRICIA MARTIN ROJAS MARCOS; RUTH GASPAR LAFUENTE; MONTSERRAT ARÉVALO GOMEZ; BEGOÑA ORTIZ ORTEGA; CATALINA LARA CATEDRA; CELIA MARTIN CUBILLO; ANA LAILA QASEM MORENO; CRISTINA ALVAREZ ESCOLA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5553*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *hiperglucemia continuidad asistencial organización entre niveles asistenciales experiencia del paciente*

JUSTIFICACIÓN

1 de cada 3 pacientes presenta hiperglucemia en el ingreso hospitalario. Tanto la hiperglucemia de estrés como la diabetes (DM) se asocia a incremento de mortalidad, complicaciones y estancia media hospitalaria. La insulina es el tratamiento de elección. Evitar la hipoglucemia y enseñar al paciente su manejo al alta son claves.

OBJETIVOS

Mejorar la atención de los pacientes con hiperglucemia en el hospital, asegurando la continuidad asistencial al alta. Conocer la experiencia del paciente en ese manejo de su hiperglucemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creación del procedimiento del manejo de la hiperglucemia en el hospitalizado en 7 fases: análisis situación, actualización de pautas e integración en historia clínica electrónica (HCE), detección de DM no conocida, continuidad al alta, formación de profesionales y experiencia del paciente.

RESULTADOS

1. Análisis situación: se evaluaron datos de glucosa (8% hipoglucemia, 38% hiperglucemia), eventos adversos y reclamaciones de pacientes (2 cetoacidosis).
2. Actualización del circuito del paciente con hiperglucemia en el hospital. Un grupo multidisciplinar liderado por Endocrinología y Nutrición (EDN) identificó 37 pautas de insulina. Tras trabajo por áreas, se redujo a 12 pautas consensuadas y se diseñó el código “Hipoglucemia Zero”.
3. Detección de DM no conocida. Circuito de realización de A1c si glucosa mayor de 140 y no A1c en 3 meses previos (Análisis Clínicos). Sistema de alerta a médicos si A1c>8% (8% total) y algoritmo de actuación según A1c asegurando continuidad al alta y recomendaciones de tratamiento.
4. Continuidad asistencial al alta en el paciente insulinizado de novo. Colaboración con enfermera de continuidad y de planta, educación básica al paciente y cita próxima en CAP.
5. Formación de profesionales: 1 sesión general del hospital, sesiones educativas por servicios, curso anual de residentes, sesiones continuadas y acreditadas de formación a enfermería de planta y enfermería de A. Primaria.
6. Experiencia del paciente: No existe una encuesta sobre experiencia del paciente en este aspecto.. Se diseñó una encuesta de satisfacción para evaluar su experiencia en información y formación (si precisa) sobre la hiperglucemia y el tratamiento recibido y/o modificado al alta. Se aprobó por Calidad y tras un piloto, se pasó la primera encuesta antes de implantarse el nuevo procedimiento. Intención de repetición anual.
7. Evaluación resultados. Generación de datos (Informática) de glucemias e insulinas. Buzón de incidencias encontradas, e-consulta, sistema de notificación de eventos de seguridad, reclamaciones y encuestas.

CONCLUSIONES

La hiperglucemia es un problema frecuente en el hospital que causa morbimortalidad y malestar en los pacientes. Al estar involucrados muchos agentes, sólo el trabajo en equipo multidisciplinar, transversal, la colaboración entre niveles asistenciales y la participación del paciente permiten realizar acciones de mejora que tengan un impacto en resultados en salud.

CREACIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ORIENTADA A REDUCIR EL RIESGO VASCULAR RESIDUAL DE PACIENTES CON DIABETES

CRISTINA BUISÁN ESPORRIN; MARIA PILAR CARRANZA NAVARRO; JESÚS CEBOLLADA DEL HOYO; JOSE ANTONIO GIMENO ORNA; FRANCISCO JOSÉ MONZÓN LOMAS; JOSE ESTEBAN RUIZ LAIGLESIA; CARLOS TEJERO JUSTE
CENTRO DE TRABAJO: HCU LOZANO BLESA

ID: *5554*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Multidisciplinar, Riesgo Cardiovascular, Diabetes Mellitus, Optimiación*

OBJETIVOS

Creación de una consulta específica de abordaje multidisciplinar gestionada por varios especialistas enfocada a la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular residual del paciente con Diabetes Mellitus perteneciente al Sector III de Zaragoza.

MATERIAL Y MÉTODOS

Actividades y objetivos del servicio:

- Creación de un equipo multidisciplinar en el que participen endocrinos, internistas, neurólogos, nefrólogos, cardiólogos y personal de enfermería para ofrecer un abordaje integral de pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular muy alto.
- Identificación de pacientes con riesgo cardiovascular extremo y necesidad de cribado de enfermedad cardiovascular.
- Discusión de posibilidades terapéuticas para optimización del control de los factores de riesgo y conciliación de la medicación.
- Organización de la derivación de estos pacientes a las consultas de las especialidades partícipes o pruebas complementarias específicas.

RESULTADOS

En octubre de 2021 surge la formación de una consulta específica constituida por un equipo multidisciplinar de seis especialidades diferentes, con el objetivo de ofrecer un abordaje integral de aquellos pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular residual extremo. En esta consulta se incluyen pacientes menores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus (tipo 1 y 2) y mal control de los factores de riesgo cardiovascular que presenten enfermedad cardiovascular documentada, enfermedad renal crónica o lesión de órgano diana severa.

Se realizan reuniones periódicas con los miembros del equipo, evaluando a los pacientes seleccionados y estableciendo la necesidad de optimización de tratamiento, gestión de citas para pruebas complementarias o derivación a consultas específicas. Posteriormente, se revalúan tras la recepción de resultados emitiendo el informe de evaluación en la historia clínica electrónica. Además, se ha creado una base de datos informatizada específica de los pacientes admitidos.

CONCLUSIONES

La creación de una consulta multidisciplinar para pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular extremo ofrece una atención integral, un seguimiento más estrecho y un tratamiento más individualizado con el objetivo de reducir el riesgo de nuevas complicaciones cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO ANTE EL DESABASTECIMIENTO DE INMUNOGLOBULINAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

JUDIT PERALES PASCUAL; MARIA CARMEN SERRANO VICENTE; CARLOS IGNACIO DIAZ-CALDERON; MARIA PEREZ MOERENO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5556*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Inmunoglobulinas intravenosas Desabastecimiento Protocolo*

JUSTIFICACIÓN

Debido a la pandemia por el virus SARS COV 2 se redujeron drásticamente las donaciones de sangre en todo el mundo y por tanto la producción de derivados plasmáticos como las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV). Esto produjo un desabastecimento que impactó en los servicios de farmacia que se vieron obligados a optimizar el uso de las IGIV creando protocolos que regularan su uso.

OBJETIVOS

Evaluar la gestión del uso de inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) ante una situación de desabastecimiento mundial en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el servicio de farmacia se evalúo el consumo de IGIV y se analizaron las indicaciones en las que se estaban prescribiendo. Se revisó la evidencia publicada para el uso de IG en indicaciones fuera de ficha técnica y se elaboró un protocolo clasificando dichas indicaciones con un código cromático: rojo, uso indicado por ausencia de alternativas y/o riesgo vital; azul: uso apropiado, pero existencia de alternativas; y gris: uso no indicado por ausencia de evidencia. Se creó un grupo de trabajo con los servicios clínicos/facultativos habitualmente prescriptores para revisar indicaciones y dosis utilizadas y optimizar su uso de manera consensuada.

RESULTADOS

Desde enero a abril del 2021 el consumo de Ig fue de 22.171,2 g (125 pacientes). Los servicios que prescribieron en mayor porcentaje IG fueron: hematología 37,6% (47), medicina interna 21,6% (27), neurología 17,6% (22), pediatría 7,2% (9) e infecciosos 5,6% (7). En la clasificación de las indicaciones se obtuvo que un 50,4% (63) de los pacientes correspondían con IG en indicación o fuera de indicación sin alternativas, 47,2% (59) tenían evidencia, pero existían otras opciones de tratamiento y un 2,4% (3) no presentaban evidencia de uso. Los tratamientos de indicaciones sin evidencia se suspendieron, aquellos en los que había evidencia pero existían alternativas de tratamiento se cambiaron por las alternativas o se disminuyeron las dosis o la frecuencia de administración. Ninguna IGIV en indicaciones autorizadas o con riesgo vital tuvo que ser modificada/interrumpida.

CONCLUSIÓN

Hasta la creación de la comisión autonómica que reguló el uso racional de las inmunoglobulinas IV a nivel de la comunidad, el trabajo multidisciplinar consensuado en un grupo de trabajo de un hospital de tercer nivel consiguió la reducción en el consumo de Ig IV en indicaciones con alternativas o sin evidencia permitiendo que los pacientes sin alternativas no tuvieran que discontinuar su tratamiento.

DESARROLLO DE UN PLAN FORMATIVO EN SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL GRADO EN MEDICINA : UN RETO INSTITUCIONAL

ASIER ULIBARRENA GARCÍA [(1)]; CARMEN CABRERA EZPELETA [(2)]; MIGUEL ULIBARRENA SÁINZ [(3)]; BORJA HERRERO DE LA PARTE [(4)]; IGNACIO GARCÍA-ALONSO MONTOYA [(4)]; VÍCTOR ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA, [(2)] CLÍNICA ERCILLA. MUTUALIA, [(3)] MUTUALIA, [(4)] UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO. DPTO DE CIRUGÍA. FACULTAD DE MEDICINA

ID: *5559*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Guía Curricular OMS, seguridad del paciente, resultados, docencia, grado de Medicina*

JUSTIFICACIÓN

uno de los grandes retos actuales en la medicina es proporcionar una atención segura. La OMS lo tiene como uno de sus 6 retos y aconseja que para conseguir mejorar, se enseñe esta disciplina a los alumnos pregrado de las facultades de las ciencias de la salud, ofreciendo como herramienta su Guía Curricular en Seguridad del Paciente (SP).

OBJETIVOS

en nuestra Facultad de Medicina hemos integrado el currículo formativo en SP, siguiendo la Guía Curricular en SP de la OMS. Presentamos su desarrollo y evaluamos los resultados de su implantación tras seis cursos académicos (2016/17 a 2021/22).

MATERIAL Y MÉTODOS

este trabajo se realizó en el marco de la asignatura “Cuidados Perioperatorios”, de 6 créditos, que se imparte en el tercer curso de Medicina; tiene carácter optativo y se ofertan entre 100-130 plazas. Los contenidos en SP constan de 20 horas docentes (12 teoricas como clases magistrales y 8 de seminarios donde el los alumnos divididos en grupos, analizan casos clínicos reales de eventos adversos, con la metodología London). Utilizamos material propio, de la OMS, AHRQ y Agencia de Calidad del Ministerio. Antes y después de impartir la docencia sobre SP, se pasó un cuestionario de 12 preguntas, divididas en 5 bloques (terminología de SP, cultura en SP, facilitación del error, localización del error e impacto del error). El cuestionario se realizó de forma anónima (plataforma Google Forms). Mediante análisis de contingencia, se analizó el porcentaje de respuestas positivas en ambos cuestionarios, pre y post-curso.

RESULTADOS

Sobre el total de 662 alumnos, en las encuestas pre-curso respondieron 516 (77,9%) y 469 en las post-curso (70,8%); con un promedio de respuesta del 73,9 ± 13%.

El porcentaje global de aciertos en las encuestas pre-curso, en los seis años evaluados, fue del 54,68%, alcanzando el 75% en las post-curso ($p<0,0001$). Por bloque, el aspecto que aumentó más en los aciertos fue el “impacto del error”, elevándose desde el 25,6% al 70,6% ($p<0,0001$). Por el contrario, el que tuvo un mayor porcentaje de acierto final fue “Cultura de SP (94,1%). Curiosamente, este aspecto fue el que menor mejoría experimento (11,5%) ya que partía de un mayor porcentaje inicial. El área más deficitaria, tanto al inicio como al final de la formación, fue el de “localización del error” (25,6% y 46,8%, respectivamente), que no consigue alcanzar el 50% de aciertos, pese a presentar un aumento significativo del porcentaje de respuestas correctas tras la docencia.

CONCLUSIONES

la docencia en SP impartida en nuestra Universidad aumenta los conocimientos del alumnado en SP. Los alumnos del grado en Medicina muestran unos elevados conocimientos generales en SP (cultura) previos a la impartición de la asignatura. Sin embargo, es necesario reforzar la formación en algunas áreas de la SP, como es la de “localización del error”.

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS SOBRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CARLOS IGNACIO DÍAZ-CALDERÓN HORCADA; PILAR OLIER MARTINEZ; MARIA PILAR CASAJÚS LAGRANJA; ELENA HERRANZ BAYO; JUDIT PERALES PASCUAL; ANA PEÑAS FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5617*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Intervención, Prescripció, seguridad*

JUSTIFICACIÓN

La labor del farmacéutico en la validación de las prescripciones médicas hospitalarias constituye un pilar fundamental en la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Revisión y análisis de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre la prescripción electrónica asistida (PEA) durante el año 2021 y comparación con los datos obtenidos en 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las IF realizadas en 2021 en 35 unidades de hospitalización (UH), urgencias del hospital general y 3 residencias. Las IF se realizaron a través del programa informático Farmatools® tras revisar la prescripción y el perfil farmacoterapéutico del paciente, el destinatario de las IF fue el médico responsable de la prescripción. Variables registradas: datos demográficos del paciente, UH, fármaco implicado, motivo de IF, vía de comunicación al destinatario y grado de aceptación. La valoración del porcentaje de aceptación se realizó a través de la información obtenida del programa informático Farmatools®, analizando los cambios en la prescripción derivados de las intervenciones realizadas. Se compararon los resultados con el año anterior, 2020.

RESULTADOS

Durante un periodo de 12 meses se registraron 1273 IF, lo que supone una media de 3,5 IF/día, inferior a 2020 con 1481 IF, 4,1 IF/día. Sólo el 2,65% no fueron aceptadas. Se realizaron 938 IF (73,7%) en las UH del Hospital General, 40 IF (3,14%) en Urgencias del Hospital General, 225 IF (17,7%) en UH del Hospital de Traumatología, 67 IF (5,3%) en UH del Hospital Materno infantil y 3 IF (0,23%) en residencias. Se registraron intervenciones sobre 289 fármacos distintos frente a 368 en 2020. Los principios activos implicados con más frecuencia fueron hierro carboximaltosa (17,6%), HBPM (6,4%), calcifediol (3,5%) y potasio IV (2,9%) vs HBPM (4,9%), hierro sacarosa (2,5%), potasio IV (2,1%) y levotiroxina (2%) en 2020. Las IF se comunicaron de forma escrita 85,52% vs 83,7% en 2020, y en menor medida la forma telefónica 13,6% vs 15,4% en 2020. Además un 0,86% se comunicó de forma verbal. El no ajustarse a los criterios de prescripción del protocolo del hospital fue el principal motivo de IF (23,17%), seguido de la conciliación del tratamiento (19,5%) y de dosificación excesiva (7,93%).

CONCLUSIONES

La disminución de IF se puede explicar por el COVID-19 y la elaboración de protocolos y alertas en Farmatools® por el servicio de farmacia.

El hierro IV, la HBPM y el potasio IV destacaron en ambos años, considerándose estos dos últimos de alto riesgo por el ISMP. Las IF aumentan la seguridad y calidad asistencial que recibe el paciente.

DESARROLLO DE UNA PLATAFORMA WEB COMO REPOSITORIO DOCUMENTAL DE SOPORTE ASISTENCIAL

CRISTÓBAL MONTILLA RIVAS; MARÍA GALISTEO GIMÉNEZ; FERRAN GARCIA PINO; MAGALÍ CASTELLA TARRES; LUIS ALFONSO BURGUES BURILLO; ROSER CADENA CABALLERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

ID: *5632*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *Repositorio Plataforma web Documentación clínica*

JUSTIFICACIÓN

La información de soporte a la asistencia (procedimientos, protocolos, información de educación para la salud, escalas de evaluación, aparatos y sustancias...) ha de ser accesible para todo el equipo asistencial de una manera rápida, ágil y unificada en un único repositorio, donde poder consultar y gestionar toda aquella documentación relevante para la práctica asistencial.

En nuestro centro, disponíamos de una intranet departamental en la que la documentación se encontraba dispersa y de difícil acceso para el equipo asistencial, de ahí la necesidad de crear un repositorio centralizado donde poder gestionar esa documentación y mantenerla actualizada.

OBJETIVOS

- Desarrollar una plataforma web donde poder disponer de la documentación de soporte a la asistencia, unificando sus distintos formatos en función del tipo de documento.
- Facilitar el acceso a la documentación desde el propio HIS (Sistema de Información Hospitalario) del centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se identificaron los documentos que se utilizaban habitualmente en el centro y, en base al contenido, se crearon plantillas específicas según el tipo de documento: procedimiento, protocolo, educación por la salud, escalas de evaluación, aparatos y sustancias...

Liderado por la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DQySC), y con colaboración de los profesionales implicados, se llevó a cabo la actualización de la documentación existente adaptando el contenido a las nuevas plantillas de la plataforma. El 17 de diciembre de 2020 se implantó la plataforma en el centro.

RESULTADOS

Desde la puesta en marcha de la nueva plataforma de gestión de la documentación se han publicado un total de 1171 documentos: 783 procedimientos, 280 recomendaciones al alta, 38 protocolos, 35 relacionados con aparatos y sustancias, 32 escalas o cuestionarios y 3 información de educación para la salud, con la participación de más de mil autores.

En ese mismo período se han producido más de 23000 accesos, con una media de 8 minutos por sesión. En el último mes la media ha sido de unos 300 accesos semanales.

CONCLUSIONES

La creación de una plataforma corporativa donde encontrar toda la documentación necesaria en el día a día de la práctica asistencial, nos ha permitido ordenar los procesos del centro, así como unificar los criterios de trabajo a través de documentos protocolizados y estructurados.

En el caso de documentos relacionados con las recomendaciones al alta, entregados a los pacientes, nos ha permitido poder unificar criterios de forma transversal en el centro y poder entregar una información con un formato y contenido disponible para cualquier especialidad.

NÚCLEOS DE SEGURIDAD, ALGO MÁS QUE REUNIRSE

LUIS ALFONSO BURGUES BURILLO; CRISTÓBAL MONTILLA RIVAS; ROSER CADENA CABALLERO; MAGALÍ CASTELLA TARRES; MARÍA GALISTEO GIMÉNEZ; FAUST FEU CABALLÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

ID: *5635*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Núcleos de seguridad Acción de mejora*

JUSTIFICACIÓN

Se presentan los resultados de un hospital terciario donde la calidad asistencial y la seguridad del paciente es liderada por la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DQySC).

El hospital tiene un modelo de gestión descentralizado y organizado por especialidades y/o áreas. Teniendo en cuenta esta singularidad, la mirada global de la seguridad del paciente (SP) se vehiculiza transversalmente a través de los Núcleos de Seguridad (NS).

Existen 16 NS coordinados por la DQySC, liderados cada uno de ellos por un Coordinador de Calidad y una Enfermera Clínica de Calidad, formado por miembros representativos de las diferentes áreas y servicios, área del medicamento, medicina preventiva y técnicos de la DQySC.

En el año 2020 se potenció este modelo con el objetivo de promover y facilitar la implantación de acciones de mejora en SP.

OBJETIVOS

- Cuantificar y segmentar las acciones de mejora lideradas por los NS.
- Visibilizar la actividad de los NS y la difusión de esta en la organización.
- Favorecer la interacción y compartir experiencias de éxito entre los diferentes NS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estableció un calendario de reuniones de los NS periódicas y ordinarias, además de las extraordinarias.

Además, los líderes de los NS están representados en el Comité Técnico de la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (CTDCySC), comunican y comparten los resultados y experiencias, pudiendo así ser replicadas en la organización.

Las fuentes de información de los datos presentados se han obtenido de los registros de notificación de incidentes de SP, actas de reunión y la memoria anual de los NS y del CTDCySC.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 140 reuniones con la participación de 205 profesionales. Se analizaron un total de 1306 incidentes de seguridad correspondientes al año 2021.

Se identificaron acciones de mejora que afectaban a la SP agrupadas en: reorganización de equipos, rediseño de circuitos, infraestructuras, equipos y dispositivos, barreras de seguridad, protocolos y procedimientos de trabajo, comunicación interna y sistemas de información.

Esta información queda recogida en la memoria anual de la DQySC y accesible en un repositorio centralizado.

CONCLUSIONES

Este proyecto ha permitido disponer de información de una manera completa y detallada de la actividad llevada a cabo por los NS y favorecer una mayor visibilidad y reconocimiento de su labor, así como de la de sus miembros.

Estos datos son de gran utilidad para complementar y evidenciar resultados en el contexto de acreditaciones y certificaciones de calidad y seguridad clínica (ISO 9001 y UNE179003).

Se ha mejorado la coordinación y transversalidad de las acciones en SP dentro de la complejidad y dimensión del hospital.

La existencia de múltiples NS promueve y favorece una cultura de seguridad en la organización a través de la participación de un número importante de profesionales.

ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ EN PROFESIONALES SANITARIOS

MIRIAM VÁZQUEZ CAMPO [(1)]; REBECA MARIA GOMEZ ESPINOSA [(1)]; ANA MARIA GOMEZ GOMEZ [(1)]; JOSE LUIS LOPEZ GUTIERREZ [(1)]; YAGO MOURIÑO LOPEZ [(1)]; BEATRIZ CABANELAS GONZÁLEZ [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL OURENSE, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE OURENSE

ID: *5636*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VEJEZ; ESTEREOTIPO, EDADISMO*

OBJETIVOS

La transformación demográfica y el rápido envejecimiento de la población es un hecho. Los datos demográficos indican un verdadero boom de la longevidad, producto de una mayor esperanza de vida, cambios culturales respecto a la natalidad y el progreso de los sistemas sanitarios. El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (Organización Mundial de la Salud, 2015) prevé que la cifra de personas mayores se triplique para el año 2050.

La imagen social que se tiene acerca de las personas mayores está llena de tópicos que reducen el posible margen de acción y libertad de éstas. La discriminación por razón de edad se caracteriza muchas veces por presentarse de manera muy sutil, pero es quizás dentro del entorno de la asistencia sanitaria donde alcanza su máxima expresión. Es un fenómeno silenciado, desconocido, incomprendido y escasamente estudiado y detectado. Las consecuencias de estas percepciones negativas de la vejez, provoca en las personas mayores una disminución de su autoestima y de sus oportunidades sociales, así como un aumento de la morbimortalidad.

OBJETIVO

El objetivo de esta trabajo fue xaminar la existencia de los estereotipos hacia la vejez en profesionales sanitarios y comprobar si existen relaciones entre los estereotipos y variables sociodemográficas y/o factores relacionados con la experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal

- **Población**: profesionales sanitarios de nuestro hospital Tamaño muestral:n=330
- **Variables**: Sociodemográficas y laborales; Estereotipos hacía la vejez mediante el cuestionario CENVE.
- **Análisis estadístico**: análisis descriptivo y pruebas para comprobar la asociación entre variables, mediante el SPSS 20.0
- **Procedimiento**: cuestionario autoadministrado y online distribuido mediante listas de distribución de correo. Los datos fueron recogidos de manera anónima.
- **Aspectos éticos**: este estudio ha sido aprobado por el CEIC y ha respetado la normativa ética y legal aplicable.

RESULTADOS

Participaron un total de 546 profesionales. Los estereotipos negativos más arraigados entre los participantes fueron: “casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven” y “las personas mayores con el paso de los años sufren por sentirse como una carga para su familia”. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre los estereotipos y la edad y la experiencia ($p<0.05$), siendo esta relación inversamente proporcional.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran la existencia de estereotipos, lo que nos hace pensar en las implicaciones prácticas de los mismos, ya que estas creencias pueden dar lugar a conductas discriminatorias, infantilitas y paternalistas. A menor edad y menos experiencia del profesional, mayor es la presencia y creencia en estereotipos negativos hacia la vejez. Es importante llevar a cabo estrategias que favorezcan una imagen positiva del envejecimiento. Los jóvenes de hoy, serán los mayores de mañana.

COMISIÓN DE LECTURA FÁCIL: LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES EN LA VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NI

ANA MARTI DELGADO; GLORIA GALVEZ HERNANDO; MARINA MARTINEZ JIMENEZ; LOURDES RODRIGUEZ GORDO; JULIA ARENY PERELLO; EMMANUEL GIMENEZ GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALL D'HEBRON

ID: *5644*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Participación; comprensión documentos; calidad asistencial*

JUSTIFICACIÓN

La participación de las asociaciones de pacientes en los Hospitales es una herramienta clave para contribuir a realizar una atención real centrada en la persona, su familia y las necesidades derivadas del proceso de su enfermedad.

La comprensión de los documentos sanitarios por parte de los pacientes, es un gran reto para las instituciones sanitarias. Aproximadamente el 30% de la población tiene dificultades de comprensión lectora, y por lo tanto ausencia del entrenamiento cognitivo que supone la formación académica. La particularidad de los documentos sanitarios es que la comprensión no va únicamente relacionada con el nivel de estudios sino con la comprensión en salud, que para la población suele ser bajo.

El proyecto de lectura fácil de los documentos sanitarios y organizativos del Hospital Vall d'Hebron es una estrategia clave para garantizar la participación y la comprensión de la enfermedad por parte de los pacientes.

OBJETIVOS

Valorar el contenido, el diseño y la legibilidad de los documentos dirigidos a los y las pacientes del hospital Vall d' Hebrón, contribuyendo a mejorar la calidad de los mismos con las aportaciones propuestas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó una Comisión de Lectura Fácil en noviembre de 2020. La composición de la Comisión fue: 8representantes de asociaciones de pacientes, 3 organizaciones vecinales, 1persona de atención ciudadana, y profesionales de la afección clínica a la que corresponde la información que se está valorando. Se valoró: que el texto se redactó en un lenguaje claro y comprensible, las recomendaciones no eran ambiguas, la redacción era respetuosa con los y las pacientes y el diseño y formato de presentación eran adecuados y se realizaron aportaciones de mejora del texto.

RESULTADOS

Actualmente se han validado 18 documentos sanitarios: Autismo, Cáncer de Próstata, Cáncer de Testículos, Lesionados medulares, Mindfulnes, Recomendaciones: el bebé va de nalgas, Información al paciente frágil, Que se debe hacer en una extracción de sangre, Protectores gonadals, Trasplante Cardíaco pediátrico, Información paciente visita telemática, Curas paciente traqueotomía, Curas paciente laringotomizado, Información vacunas, Información pacientes para evitar interrupciones a la enfermera que prepara medicación, acogida paciente pediátrico necrológico, decisiones compartidas endocrino, Paciente quemado y tumor renal con afectación vascular.

La validación de los documentos por parte de la Comisión de lectura fácil contribuyó a la mejora de la calidad asistencial, a la mejora de la experiencia del paciente, al aumento de la adherencia terapéutica, favoreció la corresponsabilidad y la autonomía del paciente, aumentó la empatía de los profesionales hacia los métodos de comprensión del paciente, los profesionales se formaron en criterios de lectura fácil y las asociaciones de pacientes aumentaron su satisfacción y el dialogo con el hospital.

PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

ELISABET GONZÁLEZ LAO; SANDRA RUBIO PAEZ; YOLANDA MOLINA MORENO; JAVIER GUTIERREZ DE LA IGLESIA; ÁNGELES MONTOYA ARIZA; MANEL RAMÍREZ DE ARELLANO
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

ID: *5649*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Diálisis, Gestión del riesgo, mejora continua, acciones, matriz riesgo-impacto*

INTRODUCCIÓN

Establecer metodologías y elementos organizativos para la gestión del riesgo contribuyen a implantar medidas para la mejora de la seguridad del paciente en la práctica asistencial, y reducen la probabilidad de incidentes o eventos adversos que puedan suceder.

OBJETIVO

Implantar un plan de gestión del riesgo proactivo para la mejora de la Seguridad Clínica de la unidad de diálisis (hemodiálisis ambulatoria (paciente agudo y crónico), domiciliaria y hospitalaria. Diálisis peritoneal y hospitalaria).

METODOLOGÍA

La metodología utilizada es la matriz de riesgo-impacto, según la norma UNE 179003:2013, donde se evalúa la gravedad y la frecuencia del riesgo identificado (siendo 5 el más grave y frecuente), y la capacidad de detección de forma cualitativa. La multiplicación de las variables cuantitativas nos aporta el número de prioridad de riesgo (NPR).

Se realizan dos sesiones con dos grupos focales multidisciplinares en el año 2021:

1. Brainstorming en el grupo focal para la identificación (análisis de causas y efectos), y evaluación de riesgo
2. Definición de acciones según prioridad del riesgo. Responsables y cronograma

RESULTADOS

Se han identificado y evaluado 24 riesgos:

Estratégico

- Seguimiento y Evaluación
- Integración del sistema de gestión de la calidad en la unidad (NPR-6) No disponer de la explotación de datos de Nefrosoft (NPR-12)
- Falta de referente para Nefrosoft (NPR-12)
- Falta de integración de todos los indicadores de calidad (NPR-6)
- Gestión de profesionales
- Burnout de los profesionales (NPR-20)

Operativo

- Gestión de personas
- Historia clínica electrónica duplicada (NPR-5)
- Falta de herramientas para el soporte psicológico y psiquiátrico (NPR-12) Poca información al cuidador (NPR-6)
- Hemodiálisis
-
- Error en el circuito de aguas (NPR-5)
- Baja confidencialidad en la identificación del paciente (NPR-5) Accesibilidad al carro de paros (NPR-10)
- Hemodiálisis Domiciliaria
- Falta de financiamiento (NPR-9)
- Hospitalización
- Falta de conocimiento del paciente en diálisis (NPR-15) Falta de referentes en la hospitalización (NPR-8)
- Poca comunicación en la transición del paciente (NPR-12)

- Peritoneal
- No se realizan los intercambios de información del paciente en peritoneal hospitalizado (NPR-6) Falta de toma de oxígeno (NPR-15)
- No hay sala de agudos (NPR-15)

Soporte

- Infraestructura/Mantenimiento
- Poca visibilidad del paciente de la sala de espera (NPR-12)
- Mejora de la información de los equipos a los pacientes domiciliarios (NPR-5)
- Sistemas de la información
- Falta de integración de sistemas (NPR-12) Transcripción errónea de datos del monitor (NPR-12) Transporte
- Poca flexibilidad en el transporte de pacientes (NPR-15)

CONCLUSIONES

Definir de forma proactiva la gestión de riesgo, permite evitar eventos adversos en la organización y la mejora continua dentro de la unidad de diálisis.

Trabajar con grupos focales aporta una mayor visibilidad de los riesgos desde la perspectiva interdisciplinar, y establecer un plan de acciones para la reducción y mitigación de riesgos.

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

PILAR PACHECO LÓPEZ; JAVIER IBAÑEZ-CATURLA; MIGUEL ÁNGEL CARVAJAL SÁNCHEZ; MARIA DOLORES NÁJERA PÉREZ; PAULA TORRANO BELMONTE; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; MARIA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER DE MURCIA

ID: *5650*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *cronicidad, asistencia, conciliación, complejidad*

JUSTIFICACIÓN

El paciente crónico complejo, por sus características de fragilidad y cronicidad, debe recibir una asistencia sanitaria multidisciplinar, prestando especial atención a los cambios en el tratamiento crónico y reforzando la adherencia terapéutica.

OBJETIVOS

Conciliación farmacoterapéutica tanto al ingreso como al alta de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna y valoración de la adherencia terapéutica.

Identificación y subsanación de errores relacionados con la medicación en el tratamiento hospitalario y crónico.

Adecuación y actualización del tratamiento al alta mediante informe farmacoterapéutico que quedará a disposición de atención primaria con el objetivo de garantizar la continuación asistencial del paciente y disminuir los errores y/o ingresos relacionados con los errores de medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de dos meses de duración (mayo-junio de 2022). Los criterios de inclusión fueron: pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna y estratificados en el programa de historia clínica Selene® como “paciente crónico complejo” que incluye, entre otros, el criterio “gran polimedicado” (≥ 10 fármacos en su tratamiento crónico al ingreso)

RESULTADOS

Se revisaron un total de 30 pacientes (21 mujeres y 9 hombres) con una edad media de 88 años. Los diagnósticos mayoritarios fueron neumonía adquirida en la comunidad (43,5%) e insuficiencia cardíaca descompensada (32,6%). El número medio de fármacos prescritos fue de 11,3. En todos los casos se pasaron encuestas de fragilidad: VIG-FRAIL y PROFUND. Respecto a la adherencia terapéutica, 4 pacientes no cumplieron los criterios del test SMAQ, siendo los 26 restantes adherentes. Al alta, se aplicaron los criterios STOP/START y se decidió intervención de deprescripción en 10 pacientes, siendo el número medio de fármacos al alta de 9,5. En todos los casos, se realizo un informe farmacoterapéutico explicando los cambios y ajustes de tratamiento crónico para facilitar la continuidad asistencial por el médico de atención primaria, el cual puede acceder informáticamente a este informe. Esta acción también es de utilidad para facilitar la conciliación en un futuro ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran como la intervención farmacéutica es necesaria y bien valorada por el equipo clínico, logrando resolver de forma significativa los posibles problemas de adherencia terapéutica o falta de coordinación entre las asistencias de hospitalización y atención primaria en el paciente pluripatológico. Estas acciones contribuyen en gran medida a la calidad asistencial relacionada con la farmacoterapia y deben seguirse de manera continuada a fin de garantizar un manejo clínico adecuado.

AMFE PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

ANA GARCÍA PAVESIO; RITA PONS CAULES; SONIA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ; MARGARITA ECHARTE PAZOS; SORAYA PÉREZ GONZÁLEZ; IZASKUN AZCARATE SORBET
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

ID: *5651*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *AMFE, Preparación de medicación, Urgencias, Seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

Debido a la complejidad del proceso de preparación y administración de medicamentos, hay un alto potencial de cometer errores. Los errores de medicación siguen siendo una de las causas más comunes de daño involuntario a los pacientes. Las acciones de todos los involucrados en el sistema, y el propio diseño del sistema, contribuyen a los errores, y la prevención es esencial para mantener un sistema de salud seguro. Por todo ello creemos necesario identificar los puntos críticos del proceso de preparación de medicación, conocer las etapas en las que se pueden producir los errores, analizar las causas que los pueden provocar y los efectos que estos tendrían en la seguridad del proceso y establecer medidas para evitarlos o disminuirlos.

OBJETIVOS

Realizar un análisis del riesgo del proceso de preparación de la medicación por parte de los profesionales de enfermería que trabajan en un área de observación del servicio de urgencias de un hospital terciario utilizando la metodología AMFE (Análisis Modal Fallos Efectos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Los métodos de análisis de riesgos son útiles para incrementar el conocimiento acerca de los riesgos que pueden producirse en un sistema e implementar cambios antes de que se produzcan daños. El AMFE es un método de análisis prospectivo y sistemático adecuado para evaluar procesos asistenciales de alto riesgo para el paciente, como el proceso del uso de los medicamentos, pues, mediante la participación pluridisciplinaria, permite desarrollar una descripción completa y detallada de cada una de las etapas, determinar los modos de fallos de cada una de ellas y cómo pueden producirse, su efecto sobre el paciente, evaluando su gravedad y priorizando los modo de fallo basados en sus índices críticos.

RESULTADOS

En el AMFE destacó, como una de las causas que más se repetía, y que podían ocasionar fallos en los diferentes pasos del proceso, las distracciones/interrupciones.

Al aplicar el AMFE se priorizaron fallos como: asepsia/normas inadecuadas al preparar medicación, y el fallo humano en la preparación de medicación, que representaban una gravedad mayor del efecto sobre el paciente. Se priorizaron también otros riesgos moderados como error en la dosis a la hora de preparar la medicación, error en la dilución/reconstitución al preparar medicación, retirada de medicación errónea al retirar medicación del Pyxis (sistema de dispensación automatizada), el fármaco que llega a través del correo, desde el servicio de farmacia, no lo recibe la enfermera que se encarga del paciente, medicación de diferentes pacientes junta al retirar la medicación del Pyxis, como más destacables.

CONCLUSIONES

El riesgo que presenta el proceso de preparación de medicación es un riesgo de moderado a mayor. El AMFE nos proporcionó un análisis profundo del proceso e identificó los riesgos antes de que éstos produzcan daño, lo que nos da la oportunidad a la organización de modificar el proceso a fin de reducir los daños potenciales.

EQUAL UNA HERRAMIENTA DE GESTION DE CALIDAD

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ CARREIRA; BÁRBARA GONZÁLEZ DE CANGAS; LUIS FERNÁNDEZ-TRABADELO RAYÓN; LUIS SÁNCHEZ ÁLVAREZ; FERNANDO ALONSO MARTÍNEZ; BEGOÑA MORAN PÉREZ
CENTRO DE TRABAJO: AREA SANITARIA I DE ASTURIAS

ID: *5652*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Palabras clave: *Gestión de la calidad, ISO9001/2015, business logic, lógica de negocio*

OBJETIVOS

El sistema de gestión de la calidad ISO9001 se caracteriza por un elevado volumen de documentación, lo que en las circunstancias de frecuente sobrecarga asistencial características del entorno sanitario supone un reto añadido.

La necesidad de interconectar la información es fundamental para facilitar su utilización.

“Los principios de los estándares reconocidos internacionalmente, como ISO 9001, se basan en la búsqueda y la mejora de la satisfacción del cliente. Muchas herramientas digitales basadas en la desmaterialización, los métodos de colaboración y las opiniones en línea también persiguen este mismo objetivo. Y aquí es donde vincular las iniciativas de calidad a la transformación digital se vuelve realmente significativo” El concepto de Calidad 4.0 incluye la digitalización de la gestión de la calidad.

OBJETIVOS

1. Desarrollar una herramienta que facilite la gestión de la información necesaria para gestionar el sistema de calidad ISO9001 añadiendo la “lógica de negocio” inherente al propio sistema y superando el concepto de repositorio documental previamente usado en la organización
2. Beneficiarse de las ventajas de la gestión sin papel: accesibilidad, ubicuidad trazabilidad, control de la información, etc.

MATERIAL Y METODOS

El aplicativo web “EQUAL” se desarrolló con lenguajes de programación PHP y Javascript y sistema de gestión de bases de datos relacional mySQL. El modelado de datos siguió la lógica de negocio del sistema ISO9001. La seguridad se estableció mediante credenciales, perfiles de usuarios, trazabilidad y gestión centralizada de copias de seguridad.

Durante el desarrollo de la aplicación se crearon versiones de prueba previas a las versiones de producción que se han liberado a medida que se han realizado las modificaciones incluidas por la revisión 2015 de ISO9001, así como aquellas sugeridas por los usuarios. Se realizaron talleres de formación para los usuarios

RESULTADOS

El desarrollo de un aplicativo basada en la “lógica de negocio” de la gestión de calidad ha permitido una utilización más eficiente que los de simples repositorios documentales, facilitando el trabajo de todas las personas implicadas en el proceso de calidad

Se realiza explotación de resultados por herramientas ofimáticas de uso común, así como análisis estadístico de datos con herramientas especializadas

CONCLUSIONES

1. El modelo de bases de datos relacional resulta el más apropiado para implementar la lógica de los procesos del sistema de gestión de calidad ISO. Esto facilita la interconexión e interacción de la información que se genera en el sistema de calidad, permitiendo una explotación de una manera más eficiente.
2. Tanto los usuarios de los procesos certificados como los gestores de calidad han manifestado el beneficio que ha supuesto la introducción de esta herramienta. De forma adicional, los auditores también han indicado la conveniencia de esta herramienta como eje central en la revisión documental de las auditorias.

INTERRUPCIONES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

BERNAT PARELLADA BERENGUER [1]; ALEX JORDANA MACARULLA [2]; EUGENIA OJOG OJOG [2]; CONCEPCIÓ RAMBLA VIDAL [2]; IOLANDA CAULES TICOULAT [2]; IMMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CAP TORREFORTA, [2] CAP VALLS

ID: *5661*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*

Las interrupciones en la consulta de Atención Primaria son un ámbito no clínico que pensamos que afecta mucho en el día a día de nuestro trabajo. Pensamos que es un área en la que hay muchas oportunidades de mejora, dado que cada vez disponemos de más herramientas para favorecer el contacto entre profesionales sin tener que interrumpir directamente una consulta. A más, mejorarlo tendría un impacto positivo tanto en nuestra práctica clínica como en la percepción de la atención sanitaria recibida por parte del paciente.

Entre sus áreas afectadas, se encuentran la comunicación, el tiempo, la iatrogenia y la confidencialidad (a nivel de paciente); y la asistencia, el tiempo, economía i estrés (a nivel profesional). Los objetivos del abordaje del problema son minimizar el retraso de la consulta, mejorar la percepción de la atención por parte del paciente, mejorar la calidad del trabajo y el bienestar emocional del profesional y preservar la confidencialidad de los pacientes.

Indicadores para medir la situación basal:

- Registro de interrupciones en la consulta (para profesionales).
- Encuesta sobre la percepción de las interrupciones en la consulta (para profesionales).
- Encuesta sobre la percepción de las interrupciones en la consulta (para pacientes).

Durante dos turnos diferentes de trabajo en el CAP de Valls, una mañana y una tarde, se entregaron a los profesionales que trabajaban en aquel turno las encuestas y el registro de interrupciones a la consulta, y a los pacientes las encuestas, para rellenarlas. Al final del turno, lo recogimos todo para recopilar información que nos ayudara a tener una mejor percepción del problema.

De media, un profesional (de medicina o enfermería) del CAP de Valls, en su turno de trabajo tiene 4.8 interrupciones en la consulta. Vimos que los profesionales del CAP han considerado que un 65% de las interrupciones que sufren en la consulta están justificadas, frente al 35% que no lo están.

Como resultados destacables de la encuesta a los profesionales, vimos que un 80% de los profesionales tuvieron alguna interrupción en el día que se les pasó la encuesta. De forma taxativa, el 100% de los profesionales encuestados creen que las interrupciones a la consulta interfieren en su actividad laboral.

Como resultados destacables de la encuesta a los pacientes, lo que más creen que se afecta es la comunicación con el profesional (30%), la resolución del problema médico (24%) i la calidad global del servicio recibido (18%).

Hemos podido llegar a conclusiones interesantes, como son: tener un número aproximado de interrupciones por profesional y turno (4.8); constatar la percepción diferente de las interrupciones entre los pacientes y los profesionales; que en general, estas afectan más la actividad laboral de los trabajadores más que no a los propios pacientes... A partir de aquí, pensamos que el trabajo hecho puede marcar un punto de partida para futuras acciones dirigidas a intentar minimizar este problema.

ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCION DE MUJERES GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO CON EL USO DE ESFERODINAMIA

ARANZAZU BUENO PERAL; JULIA BERDUN PUEYO; SONIA ELENA GREGORIO GONZALEZ; LETICIA ANGELA MORERA LIANEZ; BEATRIZ PINA MARQUES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MIGUEL SERVET

ID: *5676*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Pelota de parto; fase latente; dolor del parto; satisfaccion; esferodinamia*

JUSTIFICACION

El proceso de parto comienza con la "fase latente" caracterizada por el aumento de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas dolorosas, el alivio farmacologico del dolor en esta etapa no es siempre posible, siendo por ello que las matronas se han visto en la necesidad de buscar recursos alternativos y la esferodinamia con pelota de partos es una opcion factible. Esta terapia se ha introducido en la etapa prenatal por sus beneficios ya que favorece el descenso de la cabeza fetal, alivia el dolor y la ansiedad materna.

OBJETIVOS

Valoración de la satisfacción de las gestantes ingresadas en la planta de obstetricia del Hospital Miguel Servet con el uso sistematizado de la esferodinamia en fase latente de parto.

MATERIAL

Pelotas de partos de 65 y 85 cm, folleto informativo de elaboración propia, encuesta de satisfacción ad hoc y programa informático Jamovi 23.0.

METODOS

La esferodinamia consiste en la utilización de un balón de goma hinchable que favorece la libertad de movimientos del paciente y mantiene las posturas verticales.

Realizamos un estudio observacional descriptivo transversal con 142 gestantes a término en fase latente de parto con la propuesta de 4 ejercicios con la pelota; para ello se realizó un folleto informativo el cual se explicaba su uso. Los datos se obtuvieron con la encuesta de satisfacción ad hoc (estructurada y autoadministrada) con respuestas tipo likert de 5 puntos.

RESULTADOS

Cuando una gestante cumplió con los criterios de inclusión le sacaremos la pelota, con el folleto y la información oral necesaria junto con la encuesta.

Se entregaron un total de 314 encuestas de las cuales 142 fueron correctamente cumplimentadas con un 45,2% de respuesta.

El inicio del parto fue espontáneo en un 51,4% siendo el resto preinducido (ya fuera farmacológico con protaglandinas o mecánico con sonda de doble balón).

El rango de edad mas común estaba entre los 30 y 40 años con un 68.8% El 71,8% eran primíparas.

En el ítem uso de la pelota, el porcentaje más alto fue de 33,8% de la opción "bastante uso".

El 78,2% se mostró entre satisfecha y totalmente satisfecha ante el alivio del dolor, aunque no se encontró una relación estadística con el tiempo de utilización.

Un 93,7% valoró positivamente al recibir información de forma oral y un 82,4% sobre el folleto escrito.

Del análisis de esta muestra una amplia mayoria conocia la tecnica a traves de una sola fuente siendo la matrona de atencion primaria el profesional predominante, aunque 11 mujeres no conocian su uso.

El 91,6% recomendaría su uso a otras mujeres gestantes.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue valorar la aceptación por parte de las gestantes de uso de la pelota de partos como herramienta para aliviar el dolor. Se ha demostrado que en fase latente satisface y lo recomiendan la mayoria. Es un metodo seguro.

Se requieren más estudios que evalúen su impacto en la fase latente de parto teniendo en cuenta otras variables.

SISTEMA DE DETECCIÓN DE SACROILEÍTIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

XABIER MICHELENA VEGAS; MIRIAM ALMIRALL BERNABÉ; MAITE VEINTEMILLAS; SARA MARSAL BARRILL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

ID: *5679*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*

JUSTIFICACIÓN

La espondiloartritis axial (EspAax) es una enfermedad inflamatoria, crónica, progresiva que afecta principalmente a jóvenes en edad productiva. Uno de los principales retos en la EspAax es el importante retraso diagnóstico, y aunque en los últimos años la incorporación de la resonancia magnética (RM) han ayudado a mejorar el diagnóstico, aún sigue sin resolverse este problema debido a la dificultad a su acceso. Según el Atlas de Espondiloartritis Axial en España en 2017, el tiempo medio de detección de EspAax se situaba en los 9 años de media. Es fundamental la necesidad de alcanzar un diagnóstico temprano y un control de la enfermedad para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes.

OBJETIVOS

Crear un sistema automatizado mediante inteligencia artificial que detecte de forma precoz y más precisa la inflamación en las articulaciones sacroilíacas, sacroileítis (SI) mediante imágenes por RM en pacientes con sospecha de EspAax, y también en pacientes ya diagnosticados. Implementación de este sistema automatizado como protocolo estándar para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con EspAax, como solución innovadora en la transformación digital en la atención médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para desarrollar este sistema, primero se obtendrán datos clínicos e imágenes de RM de diferentes sujetos en el escenario clínico del diagnóstico. Para ello, se analizaran todas las RM realizadas des de 2015 hasta finales de 2021 solicitadas por el servicio de Reumatología. Con estos datos, los sujetos se dividirán en dos grupos, uno con SI y otro sin SI. El primer paso de este sistema es el paso de pre-procesamiento que ayuda a eliminar los artefactos de las imágenes. El segundo paso es la extracción de la región de interés (ROI). Con el fin de observar el cambio en la SIJ en una sola imagen, se registrarán imágenes de cada sujeto utilizando diferentes técnicas de registro de imágenes. Se utilizarán redes neuronales convolucionales profundas (CNN) para extraer características de las imágenes registradas. Finalmente, las características extraídas se utilizarán para entrenar a un clasificador para que detecte SI. Las características extraídas por las CNN serán analizadas mediante la técnica PCA (análisis de componentes principales), para luego ser utilizadas para el proceso de entrenamiento del clasificador SVM (máquinas de vectores de soporte).

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera una sensibilidad y especificidad suficiente para una clasificación automática de las imágenes de los pacientes para que se pueda implementar en el proceso asistencial de diagnóstico de pacientes con espondiloartritis axial. Se evaluarán las mejorías del proceso asistencial con indicadores de medida.

CONCLUSIONES

El retraso diagnóstico es una asignatura pendiente en la EspAax y un sistema de lectura automatizada de RM facilitaría el acceso de más pacientes a esta técnica para un temprano y mejor diagnóstico.

MEJORANDO LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES FRAGILES EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIANELA BAYON CABEZA [1]; JESÚS BRAVO RODRÍGUEZ [2]; DAVID MALILLOS PÉREZ [3]; ROCÍO NIETO PÉREZ [4]; CARLOS JESÚS BERMEJO CAJA [3]; ANA BELÉN MELGAR BORREGO [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD, [2] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE, [3] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA, [4] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD SANTA MÓNICA, [5] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. UNIDAD ATENCIÓN A RESIDENCIAS. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SURESTE

ID: *5681*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Persona mayor, Fragilidad, Indicadores*

JUSTIFICACIÓN

En 2018 se pone en marcha en nuestra comunidad un nuevo servicio (Sº) de Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP): Atención a personas mayores, con fragilidad o con deterioro funcional, para dar respuesta al Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, del Sistema Nacional de Salud. Describe el proceso asistencial a realizar a través de indicadores; 1 de cobertura: cribado de capacidad funcional con Índice de Barthel y 6 criterios de buena atención: cribado de fragilidad y riesgo de caídas, valoración integral inicial y planes de actuación periódicos para mayores independientes, con fragilidad, y con deterioro funcional (moderado y grave/total). Los buenos resultados anuales obtenidos en 2019 descendieron en 2020 y 2021 por la reorganización asistencial llevada a cabo en los centros de salud (CS) durante la pandemia. La cobertura bajó de 41,5% al 20,9% y los planes de seguimiento pasaron respectivamente del 58,3% al 48,1%; 64,3% al 28,5%; 72,3% al 43% y 26,8% al 20,9%. Este descenso en la atención a los mayores, ha motivado la puesta en marcha de este plan de mejora marco.

OBJETIVOS

Reactivar e impulsar la atención de las personas mayores que presentan fragilidad o deterioro funcional, en los CS de AP.

MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero de 2022 se crea un grupo multidisciplinar que trabaja en 2 grandes líneas:

Reactivación del Sº de Cartera y revisión de los indicadores de seguimiento incluidos en el Cuadro de Mando del Mayor (CMM).

Homogeneización del proceso de identificación de centros socio-sanitarios y de personas institucionalizadas en la historia clínica electrónica (HCE), para las Unidades de Atención al Usuario.

Se elabora un plan de acción anual con actividades, responsables, plazos de entrega, indicadores de seguimiento trimestral y metas. La primera evaluación se realiza en junio.

Se desarrollan acciones de sensibilización y educación para la salud en esta población dentro de una línea transversal.

RESULTADOS

- **Línea 1**: elaboración y difusión de listados con las personas ≥ 70 años sin cribado de Barthel, ni cribado de fragilidad, para captación activa desde los CS; simplificación de formularios de registro de la HCE; definición de nuevos indicadores en el CMM: % personas con cribado de capacidad funcional, fragilidad, plan de actuación de fragilidad y dependencia moderada; elaboración y difusión de instrucciones para obtención de listados de los indicadores del CMM y para su gestión en consulta.
- **Línea 2**: elaboración y difusión del proceso de identificación de centros socio-sanitarios y de personas institucionalizadas y puesta en marcha de la Consulta de acogida y la Carta de presentación, para centros sociosanitarios.

CONCLUSIONES

Las actividades puestas en marcha han sido bien recibidas por los profesionales de los CS que están retomando la atención a esta población especialmente vulnerable. En octubre se presentará la evolución de los indicadores con resultados de junio y septiembre.

MEJORANDO LA INFORMACIÓN Y EXPERIENCIA AL PACIENTE EN URGENCIAS

ALFONSO ALONSO JAQUETE; CRSITINA MARTÍNEZ BALENZATEGUI
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS VITORIA

ID: *5687*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *emergency service, hospital; patient satisfaction; patient safety*

JUSTIFICACIÓN

La información a pacientes es un eje fundamental para la mayor calidad asistencial y seguridad en los servicios sanitarios. La relación entre profesionales y pacientes en Servicios de Urgencias es más breve que en otros ámbitos sanitarios, por ello resulta importante que la información ofrecida por profesionales y centros sea lo más clara y completa posible.

La opinión de pacientes es una fuente relevante para mejorar la calidad, la seguridad y la experiencia de estos en un centro hospitalario. En este sentido, se creó en el hospital un Comité de Experiencia Paciente (CEP), en el que se analizan los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes.

Entre los aspectos peor puntuados estuvieron varios relacionadas con información y esperas: “el personal se identificó”, “información sobre retrasos y esperas”, “espera hasta atención”, “personal mantuvo informado a familiares”.

OBJETIVOS

Lograr una mayor información a los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias que desemboque en una mayor calidad y seguridad y una mayor satisfacción de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el grupo de mejora de Urgencias, perteneciente al CEP, se analizaron los resultados de las encuestas de satisfacción y el indicador de satisfacción NPS, obtenidos mediante el aplicativo Indaga. Dichas encuestas son enviadas vía mail a una muestra de los pacientes atendidos.

Entre los meses de enero y abril de 2022 se identificaron las principales áreas de mejora y se propusieron e implantaron medidas para solventar las debilidades identificadas.

RESULTADOS

Se implantaron las siguientes medidas:

- Carteles explicativos del funcionamiento del triaje en salas de espera.
- Carteles con nombres de los profesionales de medicina y enfermería en puestos de atención de triaje y boxes.
- Cartel explicativo de colores de uniformes y profesiones que representan.
- Señalética indicando el trayecto de los pacientes desde Urgencias hasta Radiodiagnóstico.
- Se renombraron las salas de espera y se actualizó en consonancia el gestor de colas.
- Recordatorio en pantallas de “pase y espera” indicando la necesidad de acudir a admisión previo a dirigirse a salas de espera.

Se obtuvieron los siguientes resultados en NPS: enero 29, febrero 46, marzo 43, abril 47. En cuanto a aspectos concretos, los resultados (enero y abril) fueron: “el personal se identificó” (62,30% y 74,20%), “información sobre retrasos (65,7% y 69%), “espera hasta atención” (73,7% y 78,5%), “personal mantuvo informado a familiares” (69% y 65,2%).

CONCLUSIONES

Analizar las opiniones de los pacientes atendidos en Urgencias nos ha permitido identificar necesidades y adoptar medidas encaminadas a lograr una mejor información a los mismos, lo que desemboca en mayor calidad de la asistencia, mayor seguridad y mejor experiencia de los pacientes atendidos en el servicio, destacando el importante aumento en el indicador NPS y en los aspectos que habían resultado peor valorados.

ENSEÑAR “ACTITUD” A TRAVÉS DE UN TALLER DE COMUNICACIÓN

EVA VIVES SANCHEZ; SONIA BERENGUER CERDÁ; NURIA MARTINEZ DUCE
CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GRAL.

ID: *5712*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *COMUNICACIÓN, ACTITUD, CALIDAD PERCIBIDA*

JUSTIFICACIÓN

El análisis de la voz del paciente que se recoge en el Servicio de Atención e Información al paciente (SAIP), a través de quejas, sugerencias, agradecimientos, nos hicieron ver que muchas de ellas estaban relacionadas con la acogida y la atención que se realiza, repercutiendo en la percepción de la calidad final que las personas usuarias tienen del sistema por encima del conocimiento científico.

Desde el SAIP junto a la Unidad de Calidad pensamos en implicar personal celador y de mostradores en la mejora de esa calidad, ya que son los que conforman esa primera línea de atención.

OBJETIVO

Potenciar la “ACTITUD” de profesionales como herramienta de comunicación con pacientes y personas usuarias para mejorar los resultados de calidad percibida.

METODOLOGÍA

Diseñamos un taller de corta duración para impartir en horario laboral en grupos reducidos Se inició con personal celador por ser uno de los grupos profesionales de primera línea.

Se realizaron sesiones en grupos de 8 personas de 8:15 a 9:00 y de 15:00 a 15:45 El taller consta de 6 partes diferenciadas:

1. Inicio a través de un roll-play con diferentes formas de interactuar entre nosotros.
2. Identificación de factores que determinan diferentes actitudes.
3. Identificación de modelos de pacientes
4. Explicación de formas de interactuar con los distintos modelos de pacientes en base a la “actitud”.
5. Reflexión entre actitud-aptitud.
6. Video motivacional.

Posteriormente se les realizaba un cuestionario sobre la utilidad del mismo en su labor diaria

RESULTADOS

De los 100 celadores que hicieron el taller el 99.9% nos transmitió su satisfacción con el mismo y como les había servido para mejorar en su trabajo diario, no solo con pacientes sino también con sus compañeros.

Entre las propuestas aportadas estaba la de ampliar el taller a otros estamentos.

CONCLUSIONES

La buena acogida que tuvo el taller entre el personal celador así como los buenos resultados obtenidos en la encuesta, han impulsado a ampliar las categorías profesionales a las que dirigirlo.

A pesar de que el COVID nos ha impedido realizarlo en grupos pequeños, tal como estaba diseñado, éste se ha incluido de forma anual en las sesiones de formación de enfermería y en el curso transversal de residentes.

EL PACIENTE PROTAGONISTA: UNA FORMA DE MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

CARMEN SÁNCHEZ ROLDÁN; INÉS GARCÍA HERRER; PATRICIA GRACIA VAL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5717*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *participación ciudadana, experiencia de paciente, empoderamiento del paciente*

JUSTIFICACIÓN

EL PACIENTE PROTAGONISTA es un espacio de diálogo anual que tiene el fin de mejorar la experiencia del paciente dentro del Sector Zaragoza II. Cada mes se celebran mesas de diálogo simétrico entre personal y asociaciones de pacientes con el fin detectar necesidades a lo largo del proceso asistencial. Supone un compromiso con el empoderamiento del paciente para que se sienta propietario del sistema público de salud, y un cambio de paradigma al integrarle en la toma de decisiones.

OBJETIVOS

1. Colaborar para la mejora de las experiencias del paciente. En definitiva, conocer la percepción que existe sobre la atención recibida.
2. Diseñar y cocrear un programa de mejora de los servicios hospitalarios a partir de las conclusiones.
3. Dar voz a todas las asociaciones de pacientes, fomentando la corresponsabilidad del Sistema Aragonés de Salud.
4. Contribuir a generar un cambio de la cultura de trabajo del centro hospitalario hacia un enfoque centrado en la experiencia del paciente.
5. Dar la oportunidad a nuestros colaboradores de escuchar las necesidades de los pacientes.
6. Crear nexos entre los grupos de interés.
7. Sensibilizar a los agentes implicados.

MATERIAL Y MÉTODOS

En las mesas se aborda de manera mensual una patología diferente. Se convoca a formar parte de la mesa a: jefe de servicio o sección, supervisor de enfermería, todas las asociaciones de pacientes que tienen población afectada y otros profesionales relacionados: voluntariado, investigadores, trabajadores sociales, etc.

Además, se invita como oyentes a la industria tecnológica y farmacéutica, así como a fundaciones. Este foro es el único donde pueden recoger de primera mano las demandas conjuntas de profesionales y pacientes, lo que puede incentivar soluciones ad hoc por su parte.

El compromiso que se adquiere con cada una de las mesas es doble:

1. Valorar todas las peticiones realizadas a través de la comisión de humanización del sector.
2. Con el patrocinio de la industria, implementar al menos una de las peticiones realizadas en cada mesa.

RESULTADOS

Implicación de más de 30 profesionales de diversos servicios; más de 40 asociaciones de pacientes, que atienden a una población de cientos de aragoneses, un total de 15 entidades colaboradoras y patrocinadoras del proyecto.

Hasta mayo, registro de más de 70 puntos de revisión y mejora, ya se están implementando: formación en la comunicación profesional-paciente, creación del servicio de acompañamiento en el duelo, mejora del proceso de alta con entrega de trípticos de asociaciones de pacientes y adecuación a través de mobiliario y tecnología de oncología radioterápica.

CONCLUSIONES

De manera creciente, la participación de los ciudadanos nos lleva a la mejora de los resultados en salud, tanto en la calidad de la atención como en la ayuda a la eficiencia y control del coste de la atención sanitaria. Programas como este conciencian a diversos agentes de la necesidad de colaboración y la mejora de los procesos cuando se tienen en cuenta diversas necesidades.

ABORDAJE DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL GENERAL

GEMA BALDOMINOS UTRILLA; ISABEL MARIA SANCHEZ NAVARRO; MARIA CONSUELO PINTADO DELGADO; MARTA MACIAS MAROTO; CRISTINA SAN ANDRES CORRAL; CRISTINA LOZANO DURAN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS

ID: *5719*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO, MEDIDAS DE MEJORA, SEGURIDAD*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) se consideran en la actualidad un grave problema de salud pública. Cuando se trata de Medicamentos de Alto Riesgo (MAR), las consecuencias clínicas de un EM aumentan la probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes, por lo que estos medicamentos son objetivo prioritario de estrategias de mejora en la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Recoger y analizar los EM relacionados con MAR, notificados en el hospital a través de la plataforma CISEMadrid, así como recoger las medidas de mejora implantadas para evitar que vuelvan a suceder.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 5 años de duración (enero 2017 a diciembre 2021) en un hospital en el que se identifican y analizan todos los EM de MAR notificados a través de la plataforma CISEMadrid, así como las medidas de mejora realizadas.

RESULTADOS

El número total, por año, de notificaciones de EM de MAR en relación al número total de notificaciones de EM ha sido:

- 2017: 76/176 (43%).
- 2018: 63/201 (31%).
- 2019: 68/256 (27%).
- 2020: 38/60 (63%).
- 2021: 123/297 (41%).

Número total de notificaciones: 990

Número total de notificaciones relacionadas con MAR: 368/990 (37%).

Grupos de medicamentos mayoritarios en las notificaciones relacionadas con MAR:

- Anticoagulantes 76/368 (21%).
- Opiáceos 62/368 (17%).
- Citostáticos 54/368 (15%).
- Insulinas 33/368 (9%).
- Soluciones concentradas de potasio: 15/368 (4%). Acciones de mejora:
- Anticoagulantes: validación farmacéutica de la prescripción en pacientes ingresados de acenocumarol y heparinas, (según control de anticoagulación de hematología del hospital o según pauta domiciliaria del paciente). Validación al ingreso y al alta de los nuevos anticoagulantes orales y dispensación al alta para asegurar la disponibilidad del fármaco hasta que pueda conseguirse en la Oficina de Farmacia.
- Opiáceos: Formación en la prescripción, protocolos de prescripción en la historia electrónica.
- Citostáticos: actualización de protocolos de elaboración y dispensación. Introducción de un sistema tecnológico de preparación de citostáticos con control en la producción.
- Insulinas: creación de protocolos estandarizados en la aplicación de la prescripción electrónica.
- Soluciones concentradas de potasio: introducción en la guía Farmacoterapéutica de mezclas estandarizadas de potasio diluido para evitar los errores de las soluciones concentradas de electrolitos.

CONCLUSIONES

Aumento progresivo en el número de notificaciones de EM, exceptuando el año 2020 (se explica por la situación de pandemia sufrida en el hospital que aumentó la carga sanitaria). Se observa un gran porcentaje de las notificaciones relacionadas con MAR en torno a los mismos grupos de medicamentos, por lo que es importante seguir trabajando, fomentar la cultura de seguridad, aumentar el número de notificaciones, y seguir instaurando y evaluando las acciones de mejora para evitar que esos errores vuelvan a suceder.

NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS: GESTIONANDO LA DEMANDA EN EQUIPO

MARIA EULALIA ANTOLIN LARRAÑAGA; SORAYA NUÑEZ MUÑOZ; JOSUNE TUTOR ERCILLA; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; SUSANA MARTIN BENAVIDES
CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA. SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *5722*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *GESTIÓN DE LA DEMANDA TRABAJO EN EQUIPO DESBUROCRATIZACIÓN*

OBJETIVOS

La gestión de la demanda persigue que el Equipo de Atención Primaria responda a las necesidades de la población de forma interdisciplinar, según sus competencias profesionales a través de la clasificación efectiva de sus necesidades.

OBJETIVOS

Su implantación optimizará aspectos organizativos y de gestión, dando una respuesta asistencial corporativa, equitativa y homogénea, basándose en:

- Fomento del trabajo en equipo, potenciando cada perfil profesional para el despliegue de sus capacidades mejorando la atención de las necesidades de las personas
- Eliminación de actividades burocráticas y sin valor añadido en consulta, mediante la distribución adecuada de la asistencia entre profesionales, potenciando el rol administrativo como eje fundamental en el inicio de toda actividad
- Racionalización de actividades protocolizadas
- Distribución adecuada de la actividad asistencial entre los/as profesionales sanitarios/as
- Oferta de una atención de calidad, manteniendo criterios de eficiencia, adecuación de la respuesta a la complejidad de la demanda y optimización de las capacidades técnicas de cada profesional

MATERIAL Y MÉTODOS

Desarrollo de herramientas de apoyo:

- Modelo de historia clínica corporativo (gestor clínico para interconsultas y tareas pendientes)
- Protocolización de la actuación de enfermería con guías integradas en la historia clínica electrónica (formulario valoración, criterios derivación, recomendaciones pacientes, botiquín casero, links información profesional)
- Flujograma de citación integrado con definición de cartera de servicios por estamento profesional y tabla de trámites clínico-administrativos
- Adaptación de la aplicación web
- Revisión de agendas y actos corporativos Difusión del modelo a profesionales y ciudadanía Formación de profesionales

RESULTADOS

- Favorable evolución del porcentaje de resolución autónoma de enfermería en los Procesos Leves incluidos en su cartera de servicios
- Adaptación completa de la cita web al modelo de gestión de la demanda
- Progresiva implementación de actos corporativos y agendas de consulta homogéneas
- Creación y uso de agendas para las Áreas Administrativas donde citar trámites que, a priori, no llegan a las consultas médicas

CONCLUSIONES

Consideramos el modelo de atención propuesto como una oportunidad para la dedicación de los profesionales clínicos a tareas de valor añadido, para reconocer la ampliación de las funciones de los profesionales no clínicos a nuevas áreas de acción y responsabilidad, y para todo el equipo, la posibilidad de compartir nuevos espacios de influencia y colaboración

Esperamos que todo ello nos ayude a mejorar la eficiencia y capacidad de resolución de la Atención Primaria, distribuyendo la asistencia a las demandas de la población en base a sus necesidades y reorientando los servicios hacia el autocuidado, la promoción de salud y la desmedicalización.

ADAPTACIÓN DE LA CITA WEB A LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

SORAYA NÚÑEZ MUÑOZ; MARIA EULALIA ANTOLÍN LARRAÑAGA; JOSUNE TUTOR ERCILLA; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ; SUSANA MARTÍN BENAVIDES
CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA. SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ID: *5723*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Cita web, gestión de la demanda*

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de cita WEB utilizada hasta el momento, no se adaptaba al actual modelo de gestión de la demanda implantado en Atención Primaria, tanto en los centros de salud como en los Call Center de atención telefónica. Por lo que se ha adecuado al modelo corporativo.

Con este modelo, se dirige a la ciudadanía al profesional que pueda darle una respuesta más adecuada, en función del motivo de consulta por el que solicita atención vía telefónica o presencial.

OBJETIVOS

El nuevo modelo de cita web de cara a la ciudadanía garantiza que su acceso va a ser igual en toda la organización, independientemente de la vía que elija para solicitar cita en Atención Primaria. Reforzando con ello, el modelo de gestión de la demanda e impulsando la cita web.

MATERIAL Y MÉTODOS

Readaptación de la herramienta de cita WEB, reestructurándola en 3 niveles:

- Primer nivel: elección de trámites o motivo de salud.
- Segundo nivel: despliegue de estos apartados
- Tercer nivel: detalle de los mismos.

La nueva modalidad se pilotó desde el día 14 de febrero en una Unidad Básica de Atención Primaria de cada Organización Integrada, con el objetivo de realizar todos los ajustes precisos, solventando las incidencias detectadas. Desplegándose de manera general en toda la Atención Primaria, durante el pasado mes de marzo.

RESULTADOS

Finalizado el periodo de pilotaje, se realizó un pequeño muestreo de opinión de 199 usuarios/as que habían adquirido cita a través de la nueva herramienta de cita web, previa fecha del muestreo, y ya habían sido atendidos/as en el centro de salud.

Posteriormente, una vez que la cita web está completamente instaurada y su uso generalizado en Atención Primaria, se realiza una nueva recogida de opinión de pacientes.

CONCLUSIONES

Tras esta readaptación de la cita web, se completa la implantación del modelo de gestión corporativo, consiguiendo una respuesta homogénea en toda la organización.

La realización del pilotaje, facilitó el despliegue en todo el territorio, previa corrección de errores precisos.

Las valoraciones recogidas en los muestreos, sirvieron para mejorar la herramienta, haciéndola más accesible y facilitando su manejo a la ciudadanía.

Sería interesante para futuros proyectos incorporar la participación de las personas desde el diseño.

BLOG "LA CASA DE TODOS", UN PASO MÁS ALLÁ EN LA VISIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN HOSPITAL

CARMEN SÁNCHEZ ROLDÁN; INÉS GARCÍA HERRER; PATRICIA GRACIA VAL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5725*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *comunicación, voluntariado, noticias, formación, público interno*

JUSTIFICACIÓN

El blog sector2lacasadetodos.com nace como altavoz para profesionales y asociaciones pacientes. Se busca amplificar la difusión de las actividades que se realizan dentro del Sector Zaragoza II, así como noticias de interés para estos dos públicos.

OBJETIVOS

1. Mejorar las relaciones y la comunicación con el exterior y entre los miembros del Sector Zaragoza II. Acercar al ciudadano las noticias y acciones del sector sanitario para que se involucre en ellas.
2. Visibilizar la labor de los profesionales, exponiendo las acciones y noticias del Hospital Universitario Miguel Servet y la Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se redactan artículos sobre los actividades y hechos noticiables del Hospital. Se han creado diferentes apartados dentro del Blog para exponer de manera clara información, un total de 8 secciones donde encontrar información y descubrir la actividad pasada y reciente del hospital. Entre todos, se destacan los apartados de Noticias, Humanización, y Paciente Protagonista, donde se exponen lo hechos de mayor relevancia de 2022. También hay secciones como acciones de voluntariado, formación o exposiciones.

RESULTADOS

Los resultados iniciales son prometedores, en el primer mes desde su creación, se han llegado a los 1100 visitantes. Y con ayuda de la colocación de vinilos en zonas estratégicas, visualización en intranet y entrega de merchandising, todo ello vinculado con códigos QR de enlace al blog, se han alcanzado las 2500 visitas.

El equipo de comunicación destinado a este blog, usa también los datos de las audiencias con Google Analytics para mejorar su información interna y evolucionar los contenidos del mismo, así como de sus campañas internas y externas dentro del hospital.

CONCLUSIONES

La comunicación y la información ayuda a mitigar la sensación de frialdad que puede darse en un entorno tan complejo como puede ser un hospital. También permite transmitir información de calidad y utilidad tanto para los profesionales como para pacientes y familiares.

Se espera mejorar la comunicación desde el mismo hospital y no por intermediarios, atendiendo a las necesidades de usuarios y profesionales. La libertad para difundir la información sobre acciones que tienen un impacto positivo, da a conocer, y no se pierde información sobre la actividad del hospital; ayudando a su acercamiento a la sociedad.

HUMANIZACIÓN EN SITUACIÓN DE AISLAMIENTO

EVA VIVES SÁNCHEZ [1]; NURIA MARTINEZ DUCE [2]; SONIA BERENGUER CERDÁ [2]; Mª JOSE LÓPEZ DEVESA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL SAIP, [2] DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL

ID: *5727*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanización, aislamiento, contabilidad, información*

JUSTIFICACIÓN

La COVID supuso una reorganización del Sistema Sanitario que trajo consigo aislamiento y soledad.

OBJETIVOS

Humanizar la estancia y mejorar la confortabilidad a pacientes ingresados y sus familias en situación de aislamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se establecieron tres vías para humanizar la asistencia a pacientes y a sus familiares.

Mejorar la confortabilidad e intimidad de pacientes ingresados en situación de aislamiento. Nos preocupaba la situación de vulnerabilidad y confortabilidad que la restricción en el acceso de ropa y utensilios podía originar a nuestros pacientes. Es por ello que nos planteamos adquirir utensilios de aseo y ropa interior desechable. Se articuló un circuito para la entrega de este material a todas las plantas de hospitalización.

Campaña “Quiero estar a tu lado”. Durante los primeros meses de la pandemia, muchos hospitales iniciaron campañas para acercar cartas de ánimo a pacientes ingresados. Desde nuestro hospital, nos unimos a la misma poniéndole como nombre “Quiero estar a tu lado”. Nos comprometimos a hacer llegar a pacientes, las cartas, dibujos, fotografías, etc…que llegaban desde sus familias, o personas más cercanas. Pero también aprendimos de esas familias. Destacamos la familia de un paciente en coma que solicitan poder hacer llegar audios con sus voces. Logramos acercar su voz y esta implicación nos animó a realizar otras propuestas similares.

Información a familiares de pacientes ingresados en situación de aislamiento. Desde el SAIP empezamos a recibir llamadas de familiares angustiados y desesperados indicando que no sabían nada del estado de su familiar. Junto a la Unidad de Calidad diseñamos una “hoja de información” que se puso en marcha contando con la aprobación y colaboración de Dirección y profesionales de hospitalización. Cada llamada se investigaba y se contactaba con esas familias.

RESULTADOS

Iniciativa 1

Abril 2020 hasta 2021: 8500 unidades

A partir de 2021 se ha incorporado en las plantillas de hospitalización. Iniciativa 2

Durante el tiempo que se mantuvo la iniciativa de “Quiero estar a tu lado” se publicaron más de 400 cartas anónimas y se hicieron llegar más de 60 cartas, fotos y dibujos personalizados. Todas las referidas a pacientes anónimos se colgaron en la web para facilitar su lectura.

Iniciativa 3

Familiares informados:

Del 1 de abril al 12 de julio de 2020, Total de 307 gestiones, 242 de las cuales partían del diseño de esa hoja de información a familiares.

Del 20 de enero al 13 de marzo de 2021, Total de 288 gestiones, 236 de cuales partían de esas hojas diseñadas.

CONCLUSIONES

Gracias a estas iniciativas el ingreso hospitalario en situación de aislamiento ayudó a que los pacientes percibieran una menor sensación de soledad, un mayor grado de confortabilidad y sus familiares un menor grado de angustia.

Aprendimos que estas iniciativas son extrapolables a cualquier situación de aislamiento

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTRAVÍTREA

MARIA DOLORES ALVAREZ DIAZ [1]; NURIA OLIVIER PASCUAL [2]; SARA RUBIO CID [2]; ROSA ARROYO CASTILLO [2]; LORENA DOVAL FERRO [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (HOSPITAL NAVAL), [2] CHUF (HOSPITAL NAVAL), [3] NOVARTIS FARMACEUTICA.UNIDAD DE SOLUCIONES INNOVADORAS

ID: *5730*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CUESTIONARIO CALIDAD PERCIBIDA*

JUSTIFICACIÓN:

Los cambios en Sanidad habitualmente no cuentan con la opinión del usuario (paciente y acompañantes). La creación de una Unidad de Terapia Intravítrea se ha realizado en base a necesidades médicas y de gestión. Deseábamos conocer la opinión de los usuarios.

OBJETIVOS

Presentar la encuesta de evaluación de la calidad percibida por los pacientes tras la creación de una unidad de terapia intravítrea (UTIV)

MÉTODO

Durante agosto y septiembre de 2021 se puso a disposición de los usuarios (pacientes, familiares y acompañantes) de la unidad un cuestionario tipo Likert de 5 opciones para valorar la calidad percibida por los mismos. La encuesta se presentó en dos formatos: impresa y mediante código QR

RESULTADOS

Se analizaron las primeras 100 recibidas (58 pacientes y 42 acompañantes). La valoración general de la asistencia recibida fue muy positiva: 70% muy satisfecho y 18% satisfecho. Las peores puntuaciones hacían referencia a la accesibilidad, señalización e información, así como a los tiempos de espera, siendo aún estos items mayoritariamente favorables. La atención prestada por el equipo multidisciplinar de la UTIV (oftalmólogo, enfermería, auxiliar y administrativo)fue bien valorada con una puntuación de 5 en el 60%. En lo referente a los cambios que representó la UTIV , también manifestaron un grado elevado de satisfacción

CONCLUSIONES

La creción de una UTIV constituye no solo una herramienta imprescindible para la gestión asistencial sino que se valora de forma muy positiva por los usuarios de la misma. Desarrollar cuestionarios de calidad es una herramienta imprescindible para detectar la calidad percibida y poder establecer lineas de mejora, fomentando la participación de los usuarios.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE RONDAS DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

MAITE FRANCO; SUSANA MALGRAT CABALLERO; MARTA RUIZ FIGUERAS; CRISTINA MAYORDOMO LACAMBRA; DE ANDRÉS LÁZARO ANA MARÍA
CENTRO DE TRABAJO: PARC SANITARI PERE VIRGILI

ID: *5741*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Participación profesionales, seguridad del paciente, equipo multidisciplinar, mejora contínua*

JUSTIFICACIÓN

Es bien conocida la iatrogenia asociada al ingreso con consecuencias negativas. En el ámbito de Atención Intermedia, la complejidad del paciente supone un reto para los profesionales. La implementación de rondas de seguridad ha demostrado ser una herramienta útil en la mejora de la calidad y seguridad ofrecida en la práctica clínica, consistente en visitas con la participación de los profesionales a las unidades en las que se evalúan ítems relacionados con prácticas seguras, el grado de seguimiento de protocolos, detectación de situaciones inseguras e identificar áreas de mejora

OBJETIVOS

Principal: Implementar rondas de seguridad en los equipos y mejorar la calidad y seguridad del paciente en la práctica clínica
Secundarios: Implicar directamente a los profesionales asistenciales en la gestión de riesgos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar indicadores de buenas prácticas. Se realizó un grupo focal de profesionales para priorizar puntos críticos en la seguridad y significativos para la organización.

Posteriormente se implementaron las rondas en todas las unidades asistenciales. En cada ronda participaron profesionales de la unidad junto con un equipo evaluador multidisciplinar y coordinadas por el referente de calidad. Tras cada ronda, se realizó una sesión de debriefing con los participantes donde se identificaron puntos críticos, acciones de mejora y responsables del seguimiento de las acciones, también rondas posteriores de evaluación de resultados.

RESULTADOS

Se evaluaron 9 unidades de hospitalización. Los resultados por ítem evaluado fueron: El porcentaje de pacientes con pulsera colocada y leíble se incrementó con un cumplimento del 61% incrementándose en la reevaluación a un 82%. Ante la identificación correcta en la habitación del paciente, cuatro unidades se mantuvieron en el 100% de cumplimiento, dos mejoraron pasando del 75% al 100% y tres pasaron de un cumplimento del 83% al 74%. La colocación de camas a nivel del suelo, se mantuvo en el 100% en el caso de cuatro unidades asistenciales, en las unidades que mejoró el porcentaje varió de un 75% a un 100% en la reevaluación, empeorando el cumplimiento del 100% en dos unidades que pasó a ser del 63%. La colocación del timbre cerca del paciente cumplió con un porcentaje cerca del 100% en seis unidades y disminuyó en cuatro. Otro de los ítems evaluados fueron la identificación de los dispositivos de insulina, en las unidades que mejoró el porcentaje de cumplimiento pasó de un 55% a un 85%, en cambio en algunas unidades disminuyó de un 75% a un 52%

CONCLUSIONES

Las rondas de seguridad favorecen la mejora en aspectos de la seguridad del paciente, así como la visión que tienen los profesionales sobre el tema. Involucran a coordinación y profesionales de las unidades para tomar conciencia de la situación, analizarla e identificar áreas de mejora, aumentando así la adherencia a buenas prácticas y así poder mejorar en seguridad del paciente

LONA: "LA CASA DE TODOS". LA MEJOR CARA DE UN HOSPITAL.

CARMEN SÁNCHEZ ROLDÁN; PATRICIA GRACIA VAL; INÉS GARCÍA HERRER
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5745*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *público interno, comunicación, percepción, reputación*

JUSTIFICACIÓN

Anualmente, se elige un tema que se convierte en la carta de presentación del Sector Zaragoza II, la lona de la fachada del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Este año se decidió dar el protagonismo a la esencia del sector: los profesionales. Además, se invitó a las asociaciones de pacientes y voluntarios a que formaran parte de la composición, ya que aportan un valor diferencial en cuanto a la atención sanitaria que se presta.

OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de las relaciones con el exterior y entre los miembros del Sector Zaragoza II.
2. Acercar a la sociedad a los distintos perfiles de trabajadores.
3. Dar visibilidad al personal poniendo en valor su trabajo diario y aumentando su sentimiento de pertenencia.
4. Transmitir que todo el mundo es bien recibido.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se invitó a todo el personal del Sector Zaragoza II a forma parte de una campaña de comunicación. Se colocaron carteles en vestuarios, cafeterías y otras zonas comunes de personal. También se invitó a voluntarios de largo recorrido y asociaciones de pacientes a que formaran parte del mismo. El resultado fue la realización de más de 600 fotogarfías de los profesionales del Sector Zaragoza II y voluntarios.

Como lema de la campaña se optó por "la casa de todos", retomando el concepto "la casa grande" pero actualizándolo. Se transmite así que todo el mundo cabe dentro del Sector Zaragoza II. Asociando así atributos como la humanización, derechos de los pacientes, trabajadores mejor valorados y colaboración con otras entidades. Con el total de fotografías se encargó una lona que se ubica en la fachada principal del HUMS de 11 x 10 metros.

Además, se encargaron libretas con el lema de la campaña que se han distribuido a una gran parte del personal donde difundimos el blog, otra de las acciones que comprende esta campaña "la casa de todos".

RESULTADOS

Gracias a las encuestas realizadas al público general y el feedback directo, hemos visto que se consiguió mostrar a la población el lado más humano del hospital, ya que a veces puede ser un entorno frío. Se acercaron a la sociedad las personas que componen un hospital, humanizando así el entorno sanitario.

Por otro lado, se sigue trabajando en esa mejora del sentimiento de pertenencia del personal. Esta acción supone un primer paso en esta dirección, es una de las acciones que mayor volumen de trabajadores ha implicado de manera transversal, de muy diferentes perfiles y categorías profesionales.

CONCLUSIONES

"La casa grande, la casa de todos", es una forma de poner en valor el trabajo de todos los profesionales que lo conforman y transmitir que todo el mundo es bien recibido, ya sea profesional, paciente, familiar o entidad del tercer sector. A partir de más de 600 fotografías se visibiliza el trabajo de profesionales y se acerca el hospital a la sociedad. Esperamos que el conjunto de acciones que estamos implementando ayude a visibilizar la gran labor de nuestros profesionales y acercarlos a la sociedad.

EL “MOSTRADOR WEB” O ¿CÓMO LLEVAR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS A LA CASA DEL PACIENTE? : EVALUACIÓN.

ENRIQUE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ [1]; BEATRÍZ GONZÁLEZ DÍEZ [2]; MARÍA JOSÉ SOÑORA MOLLEDA [3]; SILVIA PEDRAYES GONZÁLEZ [2]; SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS [2]; RICARDO DE DIOS DEL VALLE [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO ATENCIÓN CIUDADANO ÁREA III, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, [3] ÁREA SANITARIA III

ID: *5750*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Palabras clave: *ACCESIBILIDAD, TICS, UNIDADES ADMINISTRATIVAS, HOSPITAL, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*

OBJETIVOS

En nuestra Comunidad Autónoma la tercera ola de la pandemia provoco un colapso de los centros sanitarios, tanto de los hospitales como de los Centros de Salud. La accesibilidad a los centros de atención primaria se vio gravemente afectada, con grandes problemas para contactar telefónicamente y de forma presencial. Con el objeto de mejorar esta situación, el Área Sanitaria desarrollo una herramienta informática “Mostrador Web” que permitía realizar números trámites administrativos por internet desde el domicilio del paciente o desde el móvil. En nuestra Comunicad Autónoma no hay portal del ciudadano. Su implantación se inició en noviembre de 2020 y se finalizó en Mayo de 2021 e incluye todas las unidades administrativas de atención primaria y el Hospital de referencia.

OBJETIVO

Evaluar la utilización del “Mostrador Web” para la realización de trámites administrativos con centros sanitarios por internet.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal.

Variables: nº trámites, tipo, zona, nivel asistencial, mes, año. Período: Noviembre 2020 a Abril 2022.

Análisis: se describen variables cualitativas con distribución porcentual de frecuencias. Para comparar el uso de las diferentes zonas de salud se muestran los resultados por 10.000 habitantes.

RESULTADOS

Se realizan 40707 trámites durante el período de estudio. El 90.5% son de atención pirmaria. El 94.5% de los trámites de AP se concentran en 3 procedimientos (Justificante vacuna covid, solicitud de cita y renovación de receta). El 83,09% de los procedimientos del hospital se concentran en 4 procedimientos (justificante vacuna covid, información consultas, informe PCR, solicitud documentación clínica). 56,8% de los trámites solicitados tienen que ver con el COVID directamente. La distribución por zona geográfica arroja una horquilla de trámites por 10.000 habitantes que oscila de 4382 en zona urbana con escasa dispersión y alta presión asistencial a 1110 en zona rural con las características contrarias. La evolución de trámites entre el primer cuatrimestre del 2021 y 2022 arroja un crecimiento del 4,8%.

CONCLUSIONES

La herramienta ha sido ampiamente utilizada. Existen diferencias de uso entre la zona rural y la urbana, siendo más usado en zona urbana. Estas diferencias podrían estar relacionadas con la existencia de una brecha digital en el mundo rural; o con el hecho de que la presión asistencial tenga mayor impacto limitante de la accesibilidad que la dispersión geográfica.

Observando que el 57% de los trámites tienen que ver con el COVID creemos que la herramienta ha podido ser de ayuda a la hora de mejorar la accesibilidad en ese período crítico.

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL COMARCAL (2019-2021)

JOSE RAMON TOST VALLS; SALUD REYES MEDINA; MAYPI BALLESTEROS MUÑOZ; BEATRIZ URRUTIA CASADO; GEMMA MARTINEZ GOZALVO; ELISABETH GONZALEZ LAO
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA

ID: *5751*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *seguridad de pacientes; calidad; pandemia*

JUSTIFICACIÓN

La cultura sobre seguridad se considera un pilar básico de la seguridad de pacientes y su medición necesaria para diseñar estrategias de mejora. En este sentido, disponemos de herramientas validas y fiables como la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos adaptada al contexto español que permite medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar aspectos de mejora y poder monitorizar su evolución.

OBJETIVO

Conocer el impacto que la pandemia ha podido tener en la percepción de la seguridad por parte de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo comparativo de los resultados de la encuesta realizada por los profesionales en evaluación de la cultura de seguridad de los pacientes del 2019 (antes de la pandemia) con los resultados de la misma encuesta del 2021. La encuesta utilizada ha sido la versión española adaptada de la HSOPSC-AHRQ. Las encuestas se pasaron en los meses de diciembre - enero del 2019 y 2021, de forma voluntaria y anónima a todos los profesionales de nuestro centro. Los resultados obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

El análisis comparativo de la última encuesta del 2021 respecto a la de 2019 mostró un aumento significativo en el número total de participantes [219 (10,6% del total de profesionales) vs. 176 (8,5%)], siendo la gran mayoría asistenciales (cerca del 90%). Los colectivos más participativos fueron enfermería en el 2021 (44%) y el médico en 2019 (30%). Los servicios más participativos fueron en 2021, UCI (26%) y urgencias (13%) a diferencia del 2019 que fueron psiquiatría (10%) y urgencias (7%). Comparando ambas encuestas no se encontraron diferencias en las fortalezas encontradas (trabajo en equipo, respuesta no punitiva a los errores y promoción de la seguridad por la dirección), ni en las oportunidades de mejora (dotación de personal). La puntuación global en seguridad otorgada por los profesionales fue la misma en ambas encuestas (7,2/10). En la encuesta de 2021 se recibieron comentarios de los profesionales con propuestas de mejora en un porcentaje significativo de encuestas (7%).

CONCLUSIONES

La encuesta de cultura de seguridad del paciente en nuestro centro presenta de forma comparativa entre los años 2019-2021 los mismos resultados en cuanto a fortalezas, oportunidades de mejora y puntuación global en seguridad. No se ha objetivado un impacto negativo de la pandemia en la percepción de la cultura de seguridad por los profesionales. Destaca un incremento significativo en la participación de los profesionales y en sus propuestas de mejora, sin poder atribuir este hallazgo al efecto de la pandemia o a la sensibilización realizada entre los profesionales. Los resultados superponibles de la encuesta en el tiempo apoyan su fiabilidad como herramienta para la medición de la cultura de seguridad del paciente.

GESTIÓN DE LAS COMISIONES CLÍNICAS HOSPITALARIAS

MERCEDES ROMÁN FUENTES; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; ÓSCAR CRUZ SALGADO; ELOISA LÓPEZ GARCÍA; NATALIA CASASOLA LUNA; MARTA DEL NOZAL NALDA; JESÚS CÁRCAMO BAENA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *5753*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Las comisiones clínicas (CC) constituyen uno de los pilares más importantes de la política de calidad de los centros sanitarios. Entre sus objetivos, se encuentra la participación activa en las políticas de mejora continua de la calidad. El Plan Funcional de las CC del Centro, describe su composición y funcionamiento y desde la Unidad de Calidad, se gestiona esta actividad.

OBJETIVOS

Analizar la estructura, participación de los profesionales y seguimiento de los objetivos de las CC en el período 2020-2022.Valorar la percepción de los vocales sobre la gestión de las comisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal a partir de la información extraída de 1) Base de datos de la Unidad de Calidad: información detallada del perfil de los profesionales que forman parte de las CC; 2) Actas, 3) consulta de los objetivos identificados, seguimiento y consecución de los mismos. 4) Cuestionario de satisfacción de la unidad de Calidad.

La organización y gestión de las CC, recae en la Unidad de Calidad, para ello, se establece un calendario de reuniones, se identifican objetivos de trabajo y se mantienen reuniones con la Dirección Asistencial y los secretarios de las comisiones para su seguimiento.

RESULTADOS

Se han analizado 17 CC

El total de miembros profesionales es de 334

La media de profesionales integrantes de las comisiones es de 19.

La distribución de miembros de CC por categoría profesional es de: FEA:59,9%, DUE:29,6 %, TCAE:2,1%, Otros: 7,2% La distribución por sexo es de: 61% Mujeres y 39% Hombres

Durante 2020 se llevó a cabo un total de 40 reuniones de las CC, 65 durante 2021 y 35 hasta mayo de 2022. Actividad:

Nº de objetivos identificados 77, 70% cumplidos totalmente y 11% parcialmente.

Ejemplos de actividad desarrollada: Elaboración/aprobación de protocolos, procedimientos, dípticos informativos. Auditoría de historias clínicas. Seguimiento de objetivos del Contrato Programa y Acuerdos de Gestión Clínica. Actualización de la intranet. Seguimiento de las notificaciones de seguridad del paciente. Analisis de casos clinicos. Formación como profesionales

CONCLUSIONES

Todas las CC tienen nombrados a profesionales del centro como secretarios, con funciones específicas de coordinación de reuniones y seguimiento de OBJETIVOS

A pesar de la situación provocada por la pandemia, las CC han seguido manteniendo reuniones.

El alto grado de consecución de objetivos denota una adecuada gestión de las CC y una alta implicación de los secretarios y vocales

La Unidad de Calidad continúa desarrollando aplicativos para facilitar la gestión de las CC, como la implantación de una aplicación informática para la gestión de certificados

La gestión administrativa de las CC requiere de personal implicado en el mantenimiento de la información actualizada que permita generar certificados de manera rápida

La percepción de los profesionales del centro con la gestión de las CC es muy satisfactoria, obteniendo un índice global de satisfacción del 91,78%

TRABAJO COLABORATIVO, HERRAMIENTAS DIGITALES Y CUADRO DE MANDO EN VISITAS PENDIENTES DE PROGRAMAR EN CONSULTAS EXTERNAS

FCO JAVIER PÉREZ MARTÍN; OLIMPIA GARCIA FIBLA; ROSARIO RECHE ORTEGA; MARTA SUÑE RODRIGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT CATALÀ D'ONOLOGIA

ID: *5756*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión de pacientes. Visitas pendientes de programar. Organización. Trabajo colaborativo. Aplicaciones*

INTRODUCCIÓN

Semanalmente acuden unos 3680 pacientes (PAC) a consultas externas (CEXT) de nuestro centro que generan unas 5518 prestaciones específicas de CEXT. Este volumen es gestionado por 11 administrativos que se dividen el trabajo por zona de trabajo y patología de los PAC. La normativa indica que todos los PAC al salir de su visita deberán ser reprogramados junto con sus pruebas. Esto no ocurre por diferentes circunstancias quedando diariamente una media de 250 prestaciones sin programar que generan una bolsa muy elevada. Antes de nuestro proyecto, cada administrativo trabajaba de forma individual y se descargaba las prestaciones pendientes, las filtraba y las programaba. Este trabajo conllevaba tiempo, dificultad de realizar los filtros y alta probabilidad que se quedaran prestaciones pendientes en las vacaciones o días libres de los administrativos responsables de cada espacio.

OBJETIVOS

Cambiar la forma de trabajar de individual a colaborativa y crear un proceso que disminuya el tiempo de descarga, que automáticamente realice el filtro asignando a cada administrativo las prestaciones pendientes de programar y que calcule indicadores para el control y el reajuste de recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cada día a primera hora, una persona asignada realiza la descarga de las prestaciones pendientes de programar en un Excel. Automáticamente a través de un Access los datos son filtrados y a cada prestación se le asigna un responsable. Esta información se incluye en un aplicativo que tiene cada responsable y pueden acceder a sus prestaciones pendientes de programar separadas por el tiempo hasta la fecha preferente(caducadas, menos de 14 días, entre 15 y 30 días, de 30 a 90 días, de 90 a 365 días, más de 365 días y sin fecha de preferente). Este proceso se realiza en unos 20 minutos y está preparado antes de las 8:00 de la mañana que es cuando empieza la actividad laboral de los administrativos. Con esta información también obtenemos un cuadro de mando con diferentes indicadores y gráficos que nos ayudan a tomar decisiones de utilización de recursos.

RESULTADOS

Con esta metodología de trabajo hemos disminuido un 15% la bolsa de prestaciones de CEXT, se ha disminuido el número de quejas por falta de programación por parte de los pac y del personal sanitario, se ha estandarizado la forma de trabajar de todos los administrativos consiguiendo que no sean indispensables en periodos vacacionales o en bajas laborables y mejor aprovechamiento de su tiempo debido a que el trabajo que realizaban todos los administrativos es realizado solamente por uno y de forma automática que después es distribuido para todos. El cuadro de mando que se actualiza diariamente ha servido para que los responsables de estos trabajadores controlen y puedan utilizar de forma más eficiente los recursos disponibles.

CONCLUSIONES

La implementación de este proceso ha sido acogida de forma satisfactoria por el personal y ha conseguido los objetivos que se proponía.

IMPACTO Y TRASCENDENCIA DE LA CRISIS SANITARIA POR COVID-19 EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ARAGÓN

LORETO GARCIA MOYANO [1]; ANA ISABEL LORÉS PUÉRTOLAS [1]; JESSICA PALACIO BARRABÉS [1]; JUAN JOSÉ LÓPEZ CEBOLLADA [2]; ISABEL VIÑUALES LAVIÑA [1]; ISABEL SANCLAMENTE VINUE [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *5757*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *COVID-19, profesionales de la salud*

OBJETIVOS

Conocer el impacto y trascendencia de la actual crisis sanitaria a partir de las vivencias, sugerencias y expectativas de los profesionales de la salud de Aragón.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

Usando un muestreo no probabilístico accidental. Para llegar al máximo de participantes, se elaboró un cuestionario usando para su difusión la herramienta Google Formularios que fue enviado por medio del correo electrónico corporativo y compartiendo el enlace usando la aplicación de WhatsApp, esperando así que se produjera una cadena de envíos.

El proyecto recibió el dictamen favorable por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

RESULTADOS

Finalmente participaron 587 profesionales

El 64,7% afirman haber sufrido síntomas ansioso depresivos, frente a un 24,7% que afirmaban haber sufrido dichos síntomas anteriormente a la pandemia.

Los problemas considerados más frecuentes por los participantes fueron; la toma de decisiones en el día a día, la distribución de recursos y situaciones de indefensión, soledad, o vulnerabilidad.

Un 70% valoró la atención clínica prestada como mínimo de suficiente y más del 95% la consideró insuficiente frente a otras patologías.

En cuanto a los cuidados al final de la vida, entorno a un 65% de los participantes la valoran como insuficiente tanto en los pacientes con patología covid como en pacientes con otras patologías.

Un 50% valora como causa de la disminución de la calidad sanitaria la situación creada por la pandemia en general y un 78

% afirmaban que mejoraría con más recursos materiales y humanos.

Un 65% desconocía la existencia del Comité de Ética, un 80% no conocía sus funciones, el 90% no había participado en actividades organizadas por el comité.

CONCLUSIONES

Existe la posibilidad de asociar sintomatología ansioso-depresiva previa a la pandemia. Se han detectado los problemas éticos más frecuentes.

Se ha descrito la valoración sobre la atención a otras patologías durante la pandemia, en especial, sobre la atención a los cuidados al final de la vida.

Se ha dado a conocer el comité.

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR EL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

IRENE PERETA LLUBES; CELIA CARDOZO ESPINOLA; BEGOÑA IBÁÑEZ RODRÍGUEZ; MAGALI CASTELLA; NÚRIA SEIJAS BABOT; DAVID NICOLÁS OCEJO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC BARCELONA

ID: *5759*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *experiencia paciente hospitalización a domicilio*

INTRODUCCIÓN

La misión de la Hospitalización a Domicilio (HaD) es proporcionar curas de nivel hospitalario en el domicilio del paciente, garantizando la calidad asistencial y la seguridad clínica con un alto grado de satisfacción tanto del paciente como del cuidador.

En los últimos 5 años, nuestro Dispositivo Transversal de HaD, ha ido ampliando en un 20% su capacidad, llegando actualmente a atender a 71 pacientes y con una previsión de crecimiento. Por ello, es conveniente disponer de nuevas herramientas que nos permitan conocer y evaluar la calidad asistencial de este recurso hospitalario emergente.

Presentamos un nuevo modelo de encuesta dirigida a pacientes y/o cuidadores que han ingresado en HaD con el fin de conocer la percepción de la asistencia prestada.

OBJETIVOS

Diseñar una encuesta de satisfacción adaptada a la amplia cartera de servicios de la HaD, a partir de los diferentes modelos de encuestas disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de encuestas de satisfacción publicadas por diferentes unidades de HaD. Elaboración, junto con Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, de una encuesta de satisfacción propia, adaptada a las necesidades de HaD, con el fin de conocer, analizar y poder actuar desde una visión más amplia a partir de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Se han revisado 6 modelos diferentes de encuesta de satisfacción. La mayoría de las encuestas se centran en las áreas de información al ingreso y durante la HaD, facilidad de contacto y trato de los profesionales, la percepción de seguridad durante el ingreso en el domicilio, la valoración global y la recomendación sobre la HaD.

Tras dicho análisis se ha diseñado una encuesta anónima y autoadministrable, a completar en las 48 horas posteriores al alta de la HaD, dirigida a todos los pacientes que tengan informado un correo electrónico en su historia clínica. Se excluirán aquellos pacientes que no autoricen notificaciones por correo electrónico, los pacientes que hayan reingresado en HaD antes de 90 días del alta y los ingresos inferiores a 24 horas.

Los resultados de la encuesta serán evaluados periódicamente por la coordinación de calidad del dispositivo y se informará semestralmente al equipo, a través de sesiones informativas. Se definen unos indicadores de seguimiento a incluir en el cuadro de mando de la HaD. Se considerará como valor mínimo para evaluación un 30% de encuestas cumplimentadas.

CONCLUSIONES

Proponemos una nueva encuesta de valoración de la HaD desde la perspectiva del paciente y su cuidador, tras un proceso de benchmarking. A partir de dicha encuesta se podrán aplicar otras metodologías para profundizar en la experiencia del paciente, por ejemplo, a través de Focus Group centrados en temas de interés en la HaD. Además, esta encuesta puede ser extrapolada a otras unidades de HaD con el fin de estandarizar la evaluación de la experiencia del paciente en HaD.

PERSPECTIVA DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO EL SERVICIO DE HOSPITALITZACIÓN A DOMICILIO (HAD) CON DIAGNÓSTICO COVID-19.

CELIA CARDOZO; IRENE PERETA LLUBES; JOAN ESCARRABILL; EVA PALOU; NÚRIA SEIJAS BABOT; JORGE ALTÉS CAPELLA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA, HOSPITAL CLINIC BARCELONA

ID: *5761*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Experiencia paciente COVID Hospitalización a Domicilio*

JUSTIFICACIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una modalidad de ingreso hospitalario en continuo crecimiento durante los últimos años. Debido a la pandemia por COVID-19, ha sido necesario ampliar la cartera de servicios de la HaD con diagnósticos como la COVID-19. Es de interés conocer la experiencia de los pacientes y de sus cuidadores durante el ingreso a domicilio, para detectar aspectos que puedan mejorar la calidad de la asistencia proporcionada. Hay pocos estudios que reflejen específicamente la experiencia del paciente (XPA) en el marco de la HaD.

OBJETIVOS

Conocer la experiencia de pacientes ingresados por COVID y sus cuidadores en un programa de HaD para identificar oportunidades de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un equipo multidisciplinar de trabajo con profesionales de la HaD y del área de experiencia del paciente. Se seleccionaron los candidatos a estudio en base a los criterios: edad, sexo, procedencia de ingreso, ingreso en UCI, requerimientos de oxigenoterapia. Se elaboró un guion estructurado en 4 áreas de interés: la decisión de continuar el ingreso en casa, necesidades durante el ingreso, la atención de los profesionales y aspectos a mejorar. Se realizó un grupo focal con participación total de 5 pacientes. Los participantes tuvieron un encuentro en formato telemático debido a las restricciones de la pandemia, durante 60 minutos. Se realizó la grabación y posteriormente la transcripción literal. El análisis cualitativo de los datos se hizo manualmente con el soporte del software MAXDA.

RESULTADOS

Se identificaron 55 conceptos que se agruparon en 12 categorías y posteriormente en 5 meta-categorías: beneficios e inconvenientes de la HaD, información recibida, comunicación y contacto con los profesionales, trato del personal e impacto de los cuidadores. Los pacientes tienen una opinión global positiva sobre la HaD. Todos coinciden en que se sintieron igual de seguros que si estuvieran en el hospital, con la ventaja de tener a su familia cerca, lo cual les daba más seguridad y mejoría del estado de ánimo. La comunicación y el trato con el personal se valoran satisfactoriamente. Como inconveniente se puso de manifiesto el déficit de información en el momento del ingreso.

CONCLUSIONES

Las opiniones e ideas reflejadas tienen limitaciones al ser fruto de la perspectiva de pocos pacientes. Por ello, se ha elaborado una encuesta para reportar vía email a los más de 450 pacientes que han ingresado en HaD con diagnóstico COVID-19, para poder definir los aspectos a mejorar.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER EN UN HOSPITAL TERCIARIO: FLEBITIS ZERO

FAUSTINO GONZALEZ MENENDEZ [(1)]; JOSE LUIS COBO SANCHEZ [(1)]; PATRICIA LAURA AGÚEROS FUENTE [(2)]; SELMA HERRERO LOPEZ [(2)]; MARIA INMACULADA COLLANTES HERNANDEZ [(2)]; CRISTINA RENEDO GONZALEZ [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO "MARQUÉS DE VALDECILLA", [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO "MARQUÉS DE VALDECILLA", [(3)] SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

ID: *5772*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*

INTRODUCCIÓN

Los catéteres venosos periféricos (CVP) son los dispositivos invasivos más utilizados en el ámbito sanitario. Se relacionan con complicaciones locales y sistémicas, siendo la flebitis la más habitual.

OBJETIVO

determinar el impacto de una estrategia multimodal sobre el cuidado de los CVP en la incidencia de flebitis (IF), en un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

estudio cuasiexperimental pre/post intervención. La intervención consistió en la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia del proyecto Flebitis Zero: elección adecuada del tipo de catéter (IB), higiene de manos (IA), uso de clorhexidina de base alcohólica >0,5% en la preparación de la piel (IA), mantenimiento aséptico de catéteres (IB) y retirada de los CVP innecesarios (IB). Se incluyeron en el estudio los CVP insertados en 4 unidades de un hospital de referencia, en pacientes adultos, durante un periodo de 1 día, antes de la instauración del bundle y durante 3 monitorizaciones anuales adicionales. Se recogieron datos relacionados con la inserción, mantenimiento y retirada de los CVP. Como variable principal se evaluó la IF. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables recogidas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 613 CVP: basal 44, monitorización 1 (M1) 190, monitorización 2 (M2) 180,

monitorización 3 (M3) 199. IF: basal 15.38%, M1 21.58%, M2 27.17%, M3 18.59%. (p=0,034; IC 95% 0,007-0,177) en

número de catéteres por paciente (M3-M4). Dos unidades redujeron su IF a 0% en la M2, y 3 unidades redujeron a menos de la mitad en los dos últimos años. La IF en estas 4 últimas unidades estuvieron relacionadas en el 78 % con la instilación de sustancias irritantes/vesicantes (61% 1 fármaco, 19% 2 fármacos, 7% ≥3 fármacos).

CONCLUSIONES

No hay diferencias significativas en IF pero sí en el número de catéteres por paciente pese al COVID. La implantación del bundle disminuyó la IF, sobre todo las infecciosas. Necesidad de adecuar el acceso vascular al tratamiento instaurado y reevaluación de estrategias.

CÓDIGO SEPSIS INTRAHOSPITALARIO: UN PROYECTO DE MEJORA

MAITE RODRÍGUEZ MURUGARREN; ELENA REGAIRA MARTÍNEZ; MÓNICA VÁZQUEZ CALATAYUD; JUANA LABIANO TURRILLAS
CENTRO DE TRABAJO: CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

ID: *5774*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *código sepsis, proyecto de mejora*

OBJETIVOS

La sepsis es una disfunción orgánica tiempo dependiente con elevada prevalencia y mortalidad. La evidencia demuestra, en el manejo de la sepsis, una asociación entre el cumplimiento de protocolos estandarizados y la supervivencia de los pacientes. En nuestro hospital se implantó el "Código Sepsis" (CS) en el año 2019 con el objetivo de dotar al personal sanitario de herramientas para detectar e instaurar precozmente el tratamiento del paciente con sepsis. Este sistema se evalúa periódicamente para determinar deficiencias y establecer acciones de mejora que ayuden a optimizar la atención.

OBJETIVOS

Describir el proceso de mejora y promover un cambio en la atención al paciente con riesgo de sepsis, con el fin de mejorar la seguridad y los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó la metodología de mejora continua PDCA (Plan, Do, Check y Act). Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), a través del cual se diseñó el CS en el hospital. La implantación se llevó a cabo de forma gradual, realizando una prueba piloto en una unidad de hospitalización y posteriormente en el resto de unidades de hospitalización.

RESULTADOS

El grupo de trabajo elaboró una guía de actuación que recoge la política para la detección precoz de los pacientes con sepsis y define el conjunto de recomendaciones para el diagnóstico, monitorización y tratamiento. Se creó una herramienta informática para ayudar a la detección precoz basada en la escala Quick SOFA. La herramienta genera un aviso para que la enfermera contacte con el médico responsable o equipo de sepsis, según corresponda, y una alerta específica para que el Servicio de Farmacia priorice la preparación del antibiótico prescrito. Durante la implantación, se llevaron a cabo sesiones teórico prácticas y se repartieron materiales educativos. Del análisis del proceso se desprendieron las siguientes mejoras:

CENTRO DE TRABAJO: (1) impartir formación para fomentar el conocimiento del proceso, (2) mejorar la adherencia a la toma de la frecuencia respiratoria y (3) modificar el número asignado para avisar al equipo de sepsis. Desde la implantación, se ha activado la alerta 286 veces, de las cuáles se ha confirmado la sospecha de sepsis en un 16,6 %. Los pacientes con sepsis que ingresan en UCI sin que haya saltado la alerta se corresponden con pacientes sin alteración de parámetros, pacientes pediátricos (no incluidos en este proceso) y un vacío de registro de constantes en la historia clínica. Desde la implantación, la mortalidad ha disminuido un 2,16%.

CONCLUSIONES

La implantación del CS intrahospitalario establece actuaciones coordinadas que los profesionales ponen en marcha ante una sospecha de sepsis. La implantación ha permitido fomentar una cultura de atención a los pacientes con sepsis y una disminución de la mortalidad. Es necesario continuar monitorizando el proceso para detectar áreas de mejora y garantizar la sostenibilidad de los resultados.

APOYO A LA EDUCACIÓN PERINATAL

BEGOÑA BELARRA TELLECHEA [1]; MARIA DEL PUY LOPEZ ZABARTE [2]; EDURNE ARENAZA LAMO [3]; ANTONIA DÁVILA EXPÓSITO [3]; GRUPO SALUD REPRODUCTIVA [4]; JANIRE PORTUONDO JIMENEZ [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] OSASUN ESKOLA, [2] OSASUN ESKOLA. SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN GENERAL.OSAKIDETZA., [3] SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA, [4] OSAKIDETZA, [5] SUBDIRECCIÓN PARA LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA

ID: *5778*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Palabras clave: *Salud reproductiva. Alfabetización en salud. Online.*

JUSTIFICACIÓN

Se identifica el periodo perinatal como de especial vulnerabilidad para la persona gestante y su bebé. En nuestra comunidad el seguimiento de esta etapa es universal y está estructurado en diversas visitas y actividades. Fruto de la pandemia de Covid-19 algunas intervenciones educativas se vieron modificadas o suspendidas.

OBJETIVOS

Atendiendo a las limitaciones secundarias a la situación, se prioriza facilitar información útil, actualizada y validada en un lenguaje accesible, mientras se visibiliza la diversidad social y se integra a las personas cercanas. Se utiliza un diseño actual y dinámico que propicia una navegación intuitiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

La creación de contenidos en Osasun Eskola está procedimentada para mantener unos estándares de calidad. La dinámica de trabajo incluye:

Elección y priorización de contenido realizada en base a criterios de magnitud, gravedad, efectividad y factibilidad Constitución del grupo de trabajo de personas expertas que participarán en el desarrollo

Acuerdo sobre la orientación y objetivo del contenido Selección de áreas y desarrollo

Diseño y elección de formato adecuado Contraste con público diana Publicación y difusión

Análisis de datos de aceptación y utilización

Revisión del contenido en un periodo máximo de 2 años

Se diseña y desarrolla el contenido denominado “Embarazo, Parto y Postparto” que aborda la salud reproductiva desde la preconcepción hasta los primeros días tras el nacimiento del o de la bebé. En junio 2021 se publica en la web de Osakidetza, en su espacio Osasun Eskola.

Centra la atención en la persona y siguiendo la línea temporal natural del proceso intenta dar respuesta a dudas e inquietudes y fomentar la autoconfianza en sus capacidades. Aborda los cambios habituales (físicos, emocionales…) para que la vivencia y conciliación en la vida cotidiana resulte más sencilla. Se desarrolla material en diversos formatos: audiovisual (16 vídeos), documentos descargables (guías), texto web y enlaces.

Para facilitar su revisión, se estructuró en 6 apartados atendiendo a las siguientes etapas:

Embarazo, Parto, Postparto, Recién nacido - Recién nacida, Lactancia, Material educativo y divulgativo

RESULTADOS

Durante los primeros 10 meses el material ha obtenido un total 41.840 visitas en español y 2.605 en euskera con un promedio de tiempo en página de 3:36 minutos. El 78% de las visitas se han llevado a cabo desde dispositivos móviles, un 20% desde ordenador y un 2% desde Tablet.

Referente al contenido web, embarazo (11.888), parto (5.865) y material educativo (3.544) son las áreas más visitadas. Respecto a los vídeos, el de mayor aceptación ha sido el de “Relaciones sexuales” con más de 14.000 visualizaciones, seguido del de “Lactancia. Extracción manual” superando las 5.600 en dicho periodo

CONCLUSIONES

El material está teniendo una acogida favorable tanto a nivel de persona usuaria como de profesional que lo recomienda en consulta

OPTIMIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE REPOSICIÓN

JAVIER IBAÑEZ CATURLA; PILAR PACHECO LÓPEZ; MIGUEL ÁNGEL CARVAJAL SÁNCHEZ; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; PAULA TORRANO BELMONTE; MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

ID: *5783*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *gestión farmacéutica, optimización, reposición*

JUSTIFICACIÓN

La optimización del proceso de reposición puede ser una herramienta coste-efectiva para el ahorro en la gestión sanitaria. OBJETIVOS

Evaluación y optimización de los tiempos de trabajo de auxiliares/técnicos en farmacia en la reposición de un sistema de almacenamiento tipo carrusel vertical semiautomatizado, así como mejora de la calidad de la reposición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó evaluación de las variables de mejora antes y después de la intervención:

C1: Porcentaje de disminución en el número de líneas repuestas al mes, como indicador del tiempo de trabajo de los auxiliares/técnicos.

C2: Porcentaje de reposiciones con registro de firma legible, como indicador de calidad de la reposición. La intervención consistió en:

Revisar y actualizar, en base a los consumos y al espacio disponible, los stocks mínimos y los stocks máximos de todos los productos incluidos en los dos Kardex, con el objetivo de minimizar el número de reposiciones a realizar.

Se imparten dos sesiones formativas separadas dos meses con el objetivo de repasar los circuitos y reforzar las buenas prácticas del personal técnico, incluyendo entre estas buenas prácticas la firma del documento en la reposición.

Se recogieron los datos acerca del número de líneas repuestas y la firma identificable de los técnicos en el documento de reposición antes de la intervención, durante los meses de septiembre y octubre de 2020, y después de la intervención, en los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021.

Para la extracción de los datos de reposición se utilizó el programa de gestión farmacéutica Savac®. Para la medida de la carga temporal de la reposición se estimó cada línea repuesta por producto en 5 minutos de trabajo.

El número de líneas diarias se comparó mediante la prueba t para muestras relacionadas para un nivel de confianza al 90%. Para analizar el número de firmas realizamos una estadística descriptiva con estimación del intervalo de confianza (confianza de 95%) y prueba de la z de comparación de proporciones (una cola), para verificar que la diferencia en el registro de firmas es significativa.

RESULTADOS

El número de medicamentos repuestos de media/mes en la primera evaluación fue de 708 y en la segunda 616. Se logró disminuir en un 10,3%, un total de 92 medicamentos menos de reposición de media al mes. La media de líneas diarias antes y después de la intervención disminuyó de manera significativa (media inicial: 23,6 líneas; media post-intervención: 20,6 líneas; valor p = 0,072).

Se ha logrado ahorrar 7,7 horas de trabajo a técnicos de farmacia cada mes desde su aplicación, un total de 92,4 horas anuales.

Se encontró un aumento significativo en el registro de las firmas en las hojas de reposición de un 18% (de un 62,5% a 80%) (valor p = 0,05).

CONCLUSIÓN

Realizar intervenciones para optimizar la gestión del stock en los servicios de farmacia es una tarea tiempo-efectiva y sencilla con gran potencial de mejora para los profesionales que forman el servicio.

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN

ELENA CORRAL LUMBRERAS
CENTRO DE TRABAJO: VITHAS MADRID ARAVACA

ID: *5789*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Seguridad, transfusión*

JUSTIFICACIÓN

Debido a la potencial gravedad de los incidentes de seguridad relacionados con las transfusiones, realizamos un AMFE del circuito transfusional en el que se detectan varios pasos con un elevado IPR; Se aprobaron medidas correctoras y se está realizando un estudio de la eficacia de la implantación.

OBJETIVOS

Principal: Mejorar la seguridad del proceso de transfusión, actuará principalmente en la realización de pruebas cruzadas, transfusión de hemocomponentes y hemovigilancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado es observacional y descriptivo, cuya pretensión es cuantificar la mejora en la seguridad del paciente respecto al proceso de transfusión. Está basado en la revisión retrospectiva de historias clínicas donde la población de estudio son los pacientes transfundidos en el mes con un nivel de confianza 1,96. Indicadores del estudio:

% órdenes de transfusión completas: se considera completa cuando incluye al menos: el hemocomopenente y cantidad; identificación del facultativo en la orden: firma y número de colegiado; fecha de la solicitud.

%de transfusión con consentimiento informado(CI) completo: utilizar cumplir los siguientes requisitos: Usar el formulario de CI corporativo; firma del paciente o tercera persona; firma y número de colegiado del profesional que facilita la información; fecha.

% de transfusiones con hoja transfusional completa. debe contener: Persona que entrega la bolsa y la que la recoge; persona que transfunde; constantes pre y post transfusionales; sintomatología de transfusional; tipo de hemocomponente; identificación correcta del paciente con los dos identificadores inequívocos; código GRICODE.

RESULTADOS

Partimos de los resultados del primer corte realizado en febrero antes de la implementación de las medidas de mejora, donde obtenemos los siguientes RESULTADOS

% órdenes de transfusión completas: 33% de cumplimiento causado principalmente por la inexsistencia de prescripción. En abril: 50% y en mayo: 16,76% (debido en gran medida a la implementación de un nuevo sistema de prescripción)

% de transfusiones con CI completo: 33% de cumplimiento causado principalmente por la inexistencia del mismo y la falta de firma y número de colegiado del facultativo. En abril: 16% y en mayo 33,3%.

% de transfusiones con hoja transfusional completa: 0% debido a que en la hoja transfusional no aparece el dato de la fecha de nacimiento, la puntuación también es muy baja en cuanto a constantes pre y post transfusionales. En abril: 0% y en mayo: 50%

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados concluimos que las acciones de mejora implantadas no han sido absorbidas por los profesionales, mejoraron poco significativamente en la seguridad del paciente. Por lo que tenemos que repalntear los planos de acción y dar más tiempo a que se asiente el nuevo sistema informático.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA TRAS RECHAZO DE DERIVACIÓN A CENTRO ALTERNATIVO: UN TSUNAMI A LA VUELTA DE LA ESQUINA.

RICARDO DE DIOS DEL VALLE [(1)]; VICTOR MANUEL RODRÍGUEZ BLANCO [(1)]; COVADONGA NORIEGA LÓPEZ [(1)]; MARÍA MANIEGA CAÑIBANO [(1)]; MARIA ISABEL ROCHA ADRIAN [(1)]; WALTER ROBERTO FERRERO OHSE [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, [(2)] ÁREA SANITARIA III

ID: *5810*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ACCESIBILIDAD, LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, GESTIÓN.*

JUSTIFICACIÓN

El RD 605/2003 clasifica a los pacientes en lista de espera quirúrgica en tres grupos: pacientes en lista de espera estructural, en espera tras rechazo de derivación a un centro alternativo(TRD) y transitoriamente no programables(TNP). Según el Decreto 59/2018 del Principado de Asturias, un motivo para que un paciente pierda la garantía de acceso a la atención sanitaria en un tiempo definido se encuentra haber rechazado la derivación a un centro asistencial alternativo. Esto provoca que los pacientes TRDs dejen de ser considerados población diana y por tanto, pueden esperar eternamente la intervención, quedando en un limbo administrativo. La pandemia ha generado una reducción de actividad asistencial que ha conllevado un incremento de las listas de espera, y el sistema no es capaz de digerir la población diana de cada año. Con el objetivo de poder dimensionar el problema que se nos avecina en el manejo de esta población de TRDs se ha planteado el presente trabajo.

OBJETIVO

Estudiar la evolución de pacientes en lista de espera quirúrgica que han rechazado centro alternativo en los últimos 14 años en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudios descriptivo transversal.

Variables: Nº de pacientes en lista de espera total, estructural, TNP y TRD. Período: 01/01/2009-30/04/2022.

Análisis: Se realizan cortes a 31 de diciembre del 2009 al 2021 y 30 de abril del 2022 para la comparación de la evolución.

RESULTADOS

En 2019 hay 1719 pacientes en lista de espera total, 1679 estructurales, 37 TNP y 3 TRD. En Abril del 2022, tenemos 3189 en lista de espera total, 2704 en estructural, 190 TNP y 295 TRD. Lo que arroja un crecimiento del 85,5% la lista de espera total y un 61,05% la estructural. La media de TRDs desde 2009 a 2016 fue de 18,38; de 2017 a 2022 ha sido 174,16; un crecimiento del 90,5%. Siendo el 2022 el que alcanza la cifra más alta con 295. En 2009, la composición de la lista de espera era 97,7% estructural, 0,23% TRDs; en 2022 84,8% estructural y 9,25% TRDs.

CONCLUSIONES

La lista de espera quirúrgica en numeros absolutos se ha incrementado, la población diana (estructural) a operar también de manera que hace muy difícil ser capaces de absorver esa población diana cada año; y por tanto, se hace imposible rescatar a los pacientes TRDs. La población de pacientes que han perdido los derechos de acceso han crecido de menos del 1% a casi un 10% en estos años, lo que hace que la presión de este colectivo sea muy alta y progresivamente mayor cada día. El procedimiento administrativo en este momento no es especialmente garantista ni para profesionales ni para los pacientes, se requiere un cambio en el procedimiento para dar seguridad a todos los agentes. Es preciso un plan especial de abordaje de esta problemática de forma urgente.

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

SARA NAVARRO SANTOS; JOSÉ ÁNGEL ELVIRA GARCÍA; VERÓNICA REAL MARTÍNEZ; ENRIQUE CLAUDIO ROMO; CRISTINO DEL CAMPO CAZALLAS; JULIA DE LA FIGUERA BAYÓN
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *5813*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Personal Management Organization and Administration Prehospital Care*

INTRODUCCIÓN

Los planes de acogida generan un ambiente favorable a los profesionales que se incorporan y facilitan una mayor implicación, confianza y motivación e integración en su incorporación al puesto de trabajo.

En nuestro servicio de emergencias, la dispersión de las bases de recursos móviles, distribuidas por toda la comunidad autónoma, dificulta conocer el servicio y su organización, así como la cooperación entre iguales a la hora de resolver dudas sobre procedimientos operativos y funcionamiento de dispositivos de electromedicina entre otros. Los profesionales son únicos en su categoría en el recurso al que han sido asignados, siendo por tanto la acogida una necesidad para acortar la curva de aprendizaje e integrarlos.

OBJETIVO

Desarrollar un procedimiento de acogida a los nuevos profesionales de enfermería. Evaluar la satisfacción de los profesionales con el procedimiento a los dos meses de la incorporación. Identificar áreas de mejora para futuras acogidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un grupo de trabajo formado por el equipo de supervisión de enfermería (ESE) y el departamento de recursos humanos. Se elaboró un procedimiento que se implantó en abril de 2021, mediante el cual cada nueva incorporación de un profesional de enfermería es comunicada al ESE.

El Supervisor de Guardia cita al profesional para una entrevista y le envía por correo electrónico documentación que incluye aspectos claves administrativos, de conocimiento de la organización y operativos del propio puesto de trabajo.

El día de la entrevista se comprueba que el profesional dispone de todos los elementos necesarios para su desempeño, acceso a la información relevante para su puesto de trabajo y se le muestra el recurso asistencial al que ha sido asignado.

La satisfacción se valoró mediante encuesta en Google Forms enviada por correo electrónico a los dos meses de su incorporación con preguntas tipo Likert (0-10), cerradas y abiertas orientadas a este fin y a identificar áreas de mejora para futuras acogidas.

RESULTADOS

Durante el año 2021 se han incorporado 25 nuevos profesionales de enfermería. Todos fueron incluidos en el plan de acogida. Contestaron a la encuesta 15 profesionales (60%). La valoración de la acogida realizada por parte del ESE obtuvo una media de 9 DE 1,26 (mediana 10, rango IQ 1). La valoración de la documentación entregada obtuvo una media de 8,2 DE 2,07 (mediana 9, rango IQ 3,5). Los puntos señalados como más problemáticos por los nuevos profesionales fueron el uso del portal del profesional, las claves informáticas y la uniformidad. Ningún profesional reportó problemas en el desarrollo de sus guardias ni con otros profesionales.

CONCLUSIONES

Disponer de un procedimiento de acogida para nuevos profesionales facilita la incorporación de estos de manera efectiva a su puesto de trabajo. Los profesionales valoran positivamente el procedimiento de acogida. Se identifican como áreas de mejora el acceso a las aplicaciones informáticas y la uniformidad.

NUEVOS DESAFIOS EN COMUNICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA

MARGARITA RUANO ENCINAR; MARTA MORO AGUD; ALICIA HERRERO AMBROSIO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5828*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Comunicación interna, Servicio Farmacia, estrategias comunicación*

JUSTIFICACIÓN

El sistema de gestión de la calidad nos exige establecer procesos adecuados de comunicación dentro de la organización.Así,el plan de comunicación de nuestro servicio se adaptó a los tiempos difíciles del pasado reciente y deberá hacerlo ante los nuevos retos del futuro inmediato con los cambios estructurales, físicos y humanos que implicará el traslado intermedio del servicio de farmacia hospitalaria(SFH) por la construcción de un nuevo hospital.

OBJETIVO

Desarrollar y evaluar un nuevo plan de comunicación de un SFH certificado por la norma ISO 9001 en situación de cambio estructural y de procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El plan de comunicación SFH 2022 partió de un análisis de contexto DAFO tras el que se definieron unos objetivos.Posteriormente,se estableció: audiencia(interna SFH,intrahospitalaria y externa),canal de comunicación(presencial o digital),tipo de mensaje(escrito:informe,boletín,nota informativa,nota prensa,redes,publicaciones; verbal: reuniones,comisiones) y periodicidad. Se identificó si era nueva estrategia de comunicación o continuidad del plan 2021.Se evaluó el plan mediante indicadores de calidad y actividad hasta mayo 2022 frente a 2021.

RESULTADOS

En la contextualización del SFH se identificaron 2 amenazas,2 debilidades,2 oportunidades y 3 fortalezas directamente relacionadas con la comunicación.

Estrategias comunicación:

- Interna SFH con continuidad(3 presencial,3 digital):
  - -Reuniones semanales farmacéuticos-jefe administrativo-supervisora:94% realizadas/programadas(95% 2021);90% asistencia(86% 2021)
  - -Informe diario de guardia (a farmacéuticos vía app)(100%)
  - -Mensajería diaria por correo electrónico corporativo(100%)
  - -Reunión semanal farmacéutico área-Técnicos(75%)
  - -Memoria anual SFH
  - -Grupos de trabajo internos(Atención farmacéutica,Seguridad medicamentos-CoSeMe,Investigación residentes-ResInvest)

- Intrahospitalaria con continuidad(2 presencial,2 digital):
  - -Notas informativas de medicamentos(difusión correo electrónico/Intranet)(n=8; 9 en 2021)
  - -Propuestas de noticias SFH al Gabinete de Comunicación(n=4; 4 en 2021)
  - -Reuniones trimestrales jefe servicio-Dirección(100%)
  - -Participación en Comisiones clínicas y comités intrahospitalarios(n=14 y n=20)

- Externa con continuidad(digital):
  - -Blog SFH(14.483 visitas)
  - - Actualización anual Web
  - -Notas de prensa(n=6; 8 en 2021)
  - -Twitter(2.168 seguidores)

-Publicaciones científicas(17 FI=52,24),comunicaciones(15),ponencias(30)

- Nuevas estrategias 2022 comunicación interna(digital):
  -Boletín mensual de noticias del SFH (vía correo corporativo farmacéuticos)(n=5/5 meses, 100%)
  -Diseño de logo corporativo propio SFH
  -Herramienta digital para comunicación de incidencias entre turnos trabajo/áreas/personal técnico-administrativo- farmacéutico(GIFARM) (inicio mayo22)

CONCLUSIONES

Disponer de un plan de comunicación adaptado a tiempos difíciles nos ayuda a poner en valor y cohesionar el trabajo del SFH dentro y fuera del propio equipo.

Innovar en comunicación y anticiparnos nos permitirá afrontar nuevos desafíos.

PALLAPUPAS: HUMORTERAPIA PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y CONSOLIDAR MENSAJES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

MARTA ARIAS GUILLÉN; BÁRBARA ROMANO ANDRIONI; ANNA YUGUERO ORTIZ; ANA LÓPEZ LAZCANO; NURIA CLEMENTE JUAN; BEATRIU BAYÉS GENIS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA

ID: *5832*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humorterapia, experiencia de paciente, nutrición, ejercicio físico, salud emocional*

JUSTIFICACIÓN

Desde Hipócrates se ha pensado que el humor puede tener efectos sobre la salud de las personas. Pallapupas son payasos de adultos que enfocan sus actividades al cuidado emocional de las personas enfermas. Pallapupas mejora la XPA y a través del humor se pueden reforzar mensajes de salud y conseguir objetivos de educación sanitaria sencillos pero que en realidad no son fáciles de afianzar.

OBJETIVO

Introducir actividades programadas de payasos (Pallapupas) en un centro sanitario para evaluar el impacto en la experiencia del paciente (XPA) y la capacidad de transmitir mensajes de estilo de vida saludable.

Grupo Diana: Pacientes y Profesionales

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES:

- Sesiones de co-creación entre responsables de XPA, profesional sanitario y Pallapupas durante 3 meses, 3 sesiones mensuales en un turno de diálisis (20 pacientes).
- Intervenciones educativas de Pallapupas: nutrición, ejercicio físico, estrés emocional. El equipo multidisciplinar (nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, nefrólogos, enfermería) preparó tres mensajes clave de cada materia que transmitió a Pallapupas para su puesta en escena.
- Reuniones de feedback tras cada sesión entre el equipo multidisciplinar/Pallapupas. d.Evaluación mediante encuestas/entrevistas, que también realizaron los profesionales.

RESULTADOS

Encuesta:

El 64% valoro la calidad de las intervenciones como muy buenas y afirma que recibió el servicio que esperaba. Un 73% de los pacientes recomendaría Pallapupas en diálisis. El 50% de los pacientes cree que han ayudado a tolerar mejor las diálisis y un 46% afirma que ha sido fácil captar los mensajes de salud.

Entrevistas:

Los días de la intervención la sesión de diálisis fue mejor tolerada (sensación de ser más corta) teniendo mejor acogida las intervenciones reducidas (20 min) y cuando se combinaron intervenciones grupales con individuales. Pallapupas no explicó mensajes nuevos, pero reforzó los temas conocidos (a través de historias que tenían una continuidad lógica y entretenida, prefiriéndose evitar intervenciones que infantilizaran. Los mensajes en relación con el ejercicio físico fueron los más fáciles de captar. Los profesionales consideraron que hubo una correcta comunicación y organización.

CONCLUSIONES

Esta experiencia nos ha enseñado a trabajar en equipo con profesionales del humor aprendiendo con cada sesión cómo mejorar la XPA a través de sus diferentes intervenciones y reforzar así mensajes de estilo de vida saludable. Se observó que era mejor respetar el tiempo de la conexión y desconexión de los pacientes para evitar complicaciones y el personal de enfermería estuviera más tranquilo y concentrado, así como a reducir la intensidad o adecuar el vestuario para una mejor integración durante la sesión de diálisis. Hubo pacientes que mostraron inicialmente indiferencia pero a medida que transcurrían las sesiones su participación era cada más activa y con mejor tolerancia.

PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LUCÍA SOPENA CARRERA; BEATRIZ BONAGA SERRANO; AZUCENA GONZALO RODRIGUEZ; JOSE MANUEL VINUESA HERNANDO; MERCHAN FLORES ARITZ; MERCEDES ARENERE MENDOZA; MARIA ANGELES ALLENDE BANDRES; ISABEL VARELA MARTINEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *5836*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Antimicrobianos, PROA, cirugía.*

JUSTIFICACIÓN

Los programas de optimización de antimicrobianos (PROA) tienen como finalidad mejorar los resultados clínicos, minimizar los eventos adversos asociados y evitar la posible aparición de resistencias.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es analizar las recomendaciones emitidas por el farmacéutico al SCG y evaluar el grado de aceptación por parte de los cirujanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo febrero-abril 2021. Se incluyeron pacientes con tratamiento antimicrobiano durante ≥ 4 días. Recomendaciones: duración del tratamiento, optimización posológica, terapia secuencial precoz (TSP) (a las 72h si estabilidad clínica, disponibilidad de vía oral y existencia de antimicrobiano para administración oral). Se consideraron aceptadas si la prescripción se modificaba pasadas 24h. Variables: sexo, edad, estancia previa en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e inicio de tratamiento, microorganismo aislado, tratamiento empírico o dirigido, fármaco, categoría de recomendación y su aceptación, media de días desde la suspensión del tratamiento hasta el alta y necesidad de reinicio con antimicrobiano a los 7 días.

RESULTADOS

Se hicieron 75 recomendaciones. Se incluyeron 58 pacientes con una edad media de 69 (desviación estándar 15,8) años y un 58,7% hombres. El 36% procedía de UCI, iniciándose tratamiento antimicrobiano en el 66,8%. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron Escherichia coli (13,4%), Enterobacter cloacae (10,4%) y Enteroccocus faecium (8,9%). El tratamiento fue empírico en el 68%. Recomendaciones emitidas: duración del tratamiento (84%), TSP (9,3%), optimización posológica (6,7%). El 66,6% de ellas fueron aceptadas. La mayoría de los fármacos prescritos fueron: piperacilina/tazobactam (34,7%), amoxicilina/ácido clavulánico (16,0%), meropenem (13,3%). Media de 5 días desde la suspensión del tratamiento hasta el alta. Necesidad de reiniciar la terapia antimicrobiana a los 7 días en 4%.

CONCLUSIONES

La duración de la terapia antimicrobiana fue una de las principales razones de un uso inadecuado en el SCG. Un tercio de los pacientes procedían de la UCI. Las recomendaciones tuvieron un buen porcentaje de aceptación. Sin embargo, una mayor comunicación entre farmacéuticos y cirujanos podría ser una estrategia para optimizar el tratamiento antimicrobiano.

LA MALDICIÓN DEL SEGUNDO SEMESTRE: COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA POR SEMESTRES DEL 2009 AL 2021

RICARDO DE DIOS DEL VALLE [(1)]; VICTOR MANUEL RODRIGUEZ BLANCO [(1)]; MARIA MANIEGA CAÑIBANO [(1)]; COVADONGA NORIEGA LÓPEZ [(1)]; PATRICIA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ [(2)]; TANIA CEDEÑO BENAVIDES [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, [(2)] ÁREA SANITARIA III

ID: *5837*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *HOSPITAL, GESTIÓN, ACTIVIDAD, CONSULTAS, URGENCIAS, INTERVENCIONES, TEMPORALIDAD*

JUSTIFICACIÓN

Aún siendo conocida la disminución de la actividad hospitalaria en el segundo semestre del año debido al disfrute de los períodos vacacionales del verano y de las navidades resulta necesario ser dimensionar el impacto de dicha disminución analizando un número amplio de años para evitar el impacto de variaciones interanuales puntuales. Sería interesante conocer si ese efecto del segundo semestre se da tanto en actividad programada como a demanda. Y con ello, poder tener en cuenta este conocimiento a la hora de planificar objetivos anuales y el seguimiento de los mismos de una forma más realista; y establecer programaciones que intenten minimizar este impacto. Con esa meta afrontamos el presente estudio.

OBJETIVO

Comparar la actividad asistencial hospitalaria del primer y segundo semestre del 2009 al 2021.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Período: 1/01/2009 al 31/12/2021.

Variables: Nº intervenciones totales, nº de intervenciones urgentes, nº de intervenciones programadas, nº de consultas, nº de urgencias atendidas, nº ingresos totales, nº de estancia hospitalarias.

Análisis: se comparan los datos por semestre (1º y 2º semestre).

RESULTADOS

Del 2009 al 2021 se atendieron 437728 urgencias en el primer semestre acumulado, y 438897 en el segundo semestre. Lo que arroja una diferencia de 1169(+0,27%) en el segundo semestre. En el segundo semestre se producen también más intervenciones quirúrgicas urgentes (6671 vs 6811, +2,6%). Sin embargo, la actividad programada como intervenciones programadas se reducen en el segundo semestre (47806 vs 37583; -21,57%), las consultas (1312353 vs 112743, -15,2%),

ingresos (112423 vs 103423, -8,2%) y estancias (686103 vs 617176, -10,04%). Si analizamos el comportamiento de cada año, vemos que el 2020, 2021 y 2012 son los años que representan en mayor número de veces los límites del rango en cada actividad.

CONCLUSIONES

Analizar los datos de 13 años nos permite establecer una tendencia estable del funcionamiento del sistema. La disminución de actividad en el segundo semestre es constante a lo largo de los años. Esta reducción se produce esencialmente en la actividad programada pero no en la actividad urgente que es mayor incluso en el segundo semestre. Entendemos, por tanto, que probablemente esta disminución de la actividad tiene que ver con la planificación de las ausencias vacacionales de los profesionales en verano y en navidad. Obsevando la estabilidad que nos da el análisis de tantos años pensamos que es ingenuo pensar en cambiar esta tendencia a nivel de mesogestión. Se observa también un impacto importante de los eventos críticos como puedo ser la pandemia y el conflicto laboral del 2012. Debemos tener en cuenta esta realidad a la hora de planificar objetivos y estimación de resultados, así como diseñar medidas específicas para reducir el impacto de este fenómeno en los resultados finales.

CALIDAD DEL REGISTRO ASISTENCIAL: AUDITORÍA DE INFORMES CLÍNICOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

CARMEN MILAGROS MENDOZA SÁNCHEZ; NELVA GARCÍA GARCÍA; ADRIANA PAOLA GIMÉNEZ CABRERA; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; PABLO BUSCA OSTOLAZA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5887*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad del Registro. Informe Clínico. Servicio de Emergencia.*

JUSTIFICACIÓN

La calidad del registro de la historia o el informe clínico (IC) no es la de la atención, pero si la forma más cercana de conocer la calidad asistencial ofrecida al paciente.

En nuestro servicio de emergencias (SE) existe un interés en el IC ya que de él se puede inferir la calidad asistencial que prestamos además de constituir una herramienta jurídica, al poder ser requerido, en su caso, como prueba para comprobar la actuación, diligente o no, del profesional o de la organización sanitaria. Se ha desarrollado dentro del propio informe el registro de Vías Clínicas en las patologías tiempo dependientes.

Garantizar que el IC emitido por un profesional refleje de manera adecuada la atención prestada es una obligación de todo servicio sanitario. Nos propusimos auditar el IC, comenzando por las patologías tiempo dependientes por ser las de mayor impacto en la seguridad y efectividad de la asistencia.

OBJETIVOS

Conocer el cumplimiento del IC en nuestro SE para promover e implantar mejoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra aleatoria por "Alerta Hospitalaria" de los Informes Clínicos y Vías Clínicas que se hicieron a lo largo del año 2021 a través del Programa ADEGA. Indicadores:

- Escala de Evaluación Analógica (EVA) del Dolor; Escala de Glasgow, Glucemia (Glu), Temperatura (Tª).
- IC correctamente cumplimentado en base a criterios explícitos preestablecidos: Anamnesis (motivo de consulta, alergias, antecedentes personales, tratamiento habitual, enfermedad actual; Exploración: Comentarios de la Evaluación; Tratamiento Prescrito; Observaciones Médicas; y Evaluación.

RESULTADOS

Se auditaron 1096 IC.

En el 56,37% se evidenció una adecuada cumplimentación del mismo. Valores de registro adecuado de constantes:

- EVA del Dolor: media de cumplimiento del 14,98% (SCA: 22,96%; ICTUS: 7,43%; TG: 14,57%).
- Glasgow: 97,33% en todos IC, excepto en PCR (64.28%), en SCA: 98,05%; ICTUS: 98,82%; TG: 95,14%.
- Glu: en SCA: 49,03%; ICTUS: 96,87%; en PCR: 52,57; TG: 31,07%
- Tª: SCA: 38,52%; ICTUS: 90,23%; PCR: 0,35% y TG: 19,42%.
- IC correctamente cumplimentado: SCA: 58,36"; ICTUS: 61,32%; PCR: 55,35%; TG: 50,48%.

Más de 30% de los IC tenían escaso contenido en la Anamnesis y en algunos apartados de evaluación primaria y secundaria.

También se evidencia un mejorable registro de comentarios de la evaluación del paciente.

Los datos de constantes que son transmitidos de forma automática desde el Monitor hasta el aplicativo del IC tienen el 100% del registro.

CONCLUSIONES

En general el registro del IC es mejorable y omite datos esenciales para el paciente u otros profesionales sanitarios que puedan intervenir en algún momento en su atención.

Las mejoras a implantar valoradas fueron: retroalimentación a los profesionales de sus auditorías, ayudas cognitivas en el IC, campos específicos del IC electrónico que no permitiesen el cierre del IC hasta que no fuesen registrados y, en algunos casos, itinerarios formativos específicos a los profesionales.

GESTIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN VALOR: AGENDA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

JOSE LUIS PEREZ OLMO; CARMEN MIGUELES GUERRERO; CÉSAR CARDENETE REYES; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; PABLO LLOPIS LÓPEZ; NELVA GARCÍA GARCÍA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *5889*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *GESTIÓN ENFERMERÍA. CONTINUIDAD DE CUIDADOS. ATENCIÓN PRIMARIA. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.*

JUSTIFICACIÓN

La continuidad de cuidados (CC) mejora la calidad de la asistencia, la seguridad de los pacientes y eficiencia del sistema sanitario, por lo que implementar nuevas herramientas que la potencien es un objetivo estratégico de la coordinación.

Desde la primera ola pandémica en nuestra comunidad autónoma (CA), la CC en fines de semana y festivos se realiza por unidades de atención domiciliaria de enfermería (UAD E) en pacientes que no tienen problemas de desplazamiento, para lo que llaman al 061 siguiendo las indicaciones de la enfermera (E) de Atención Primaria. Este sistema generaba problemas en la gestión de la asistencia al no poder prever la demanda en volumen y horario en las diferentes zonas y generar inequidades en cuanto a tiempos de espera y de intervención.

Se establece la necesidad de una herramienta que permita anticipar y gestionar la demanda de cuidados para mejorar la efectividad, eficiencia y experiencia del paciente con el servicio.

OBJETIVOS

Diseñar e implantar una agenda compartida entre AP y nuestro servicio de urgencias extrahospitalaria (SUE) que garantice la derivación de pacientes que precisan CC enfermeros en sábados, domingos y festivos desde una perspectiva integradora y centrada en el paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo de trabajo de AP y SUE.

Identificación de áreas de mejora del proceso y de requisitos para su adecuación. Rediseño. Análisis de necesidades de recursos.

Diseño y desarrollo de una agenda compartida. Requisitos para su implantación:

- Procedimiento de gestión de citas de agenda
- Programa informático con diferentes funcionalidades. Pilotaje. Incorporación de mejoras. Extensión de la implantación

RESULTADOS

Desarrollo de una agenda visible para todos los centros de salud donde las E pueden programar dicha continuidad e informar al paciente de la hora aproximada de atención en base a los huecos disponibles.

El procedimiento se inicia cuando un profesional sanitario de AP, prescribe a un paciente CC en el tiempo que el CS permanece cerrado y el paciente requiere atención domiciliaria. Se registra en agenda que es compartida con el supervisor del SUE, gestionándose para cada UAD E una ruta de pacientes con domicilios cercanos que optimiza los tiempos de atención. Registro. Cada vez que la UAD E informa de la finaliza una atención de continuidad se asigna el siguiente. Finalizada la jornada, cada E remite al Supervisor de enfermería un informe para detectar incidencias y poder analizarlas e implantar cambios o mejoras.

CONCLUSIONES

- La agenda compartida para CC permite planificar la demanda asistencial, en base a un canal de comunicación y derivación compartido, fiable y seguro.
- La visibilidad de la agenda y sus huecos, permite auto modular la necesidad de la prestación sanitaria entre los distintos centros de Atención Primaria.
- La respuesta asistencia es más eficiente, permitiendo una mejor gestión del tiempo.
- Se trata de un modelo replicable y exportable a otros escenarios y comunidades.

AUDITORÍA DE LAS VÍAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO, ICTUS, PARADA CARDIORESPIRATORIA, TRAUMA GRAVE Y SEPSIS

CARMEN MILAGROS MENDOZA SÁNCHEZ; ADRIANA PAOLA GIMENEZ CABRERA; NELVA GARCÍA GARCÍA; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; PABLO BUSCA OSTOLAZA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5890*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Vías Clínicas. Síndrome Coronario Agudo, Ictus, Parada Cardio-respiratoria, Trauma Grave y Sepsis.*

JUSTIFICACIÓN

Las patologías tiempo-dependientes son aquellas en las que la premura de la intervención sanitaria determina la supervivencia y calidad de vida del paciente. Hay evidencia de que la estandarización de la atención a través de vías clínicas (VC) disminuye la variabilidad de la práctica clínica y beneficia al paciente.

En nuestro servicio de emergencias (SE) tenemos implantadas VC en el Síndrome Coronario Agudo (SCA), Ictus, Parada Cardio-respiratoria (PCR), Trauma grave (TG) y Sepsis; debiendo efectuarse un registro específico normalizado que garantiza que se atiende al paciente adecuadamente.

Nos propusimos conocer la situación actual de utilización de las VC para proponer mejoras.

OBJETIVOS

Identificar el grado de utilización de la VC. Valorar las actuaciones de menor registro para proponer mejoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Auditoría de una muestra aleatoria por cada "Alerta Hospitalaria" de las VC que se hicieron a lo largo del año 2021 a través del Programa ADEGA.

Criterio de auditoría: los ítems de las VC que se despliegan en el Informe Clinico informático que lleva embarcado los dispositivos de nuestro SE.

Estadística descriptiva.

RESULTADOS

VC del SCA: Nº de IC auditados 296; se incluyeron 280 VC (94,59%), en las que se registró "hora de inicio de los síntomas": 56.66% "hora del primer ECG": 61.66%, el "diagnóstico electrocardiográfico": 98.33%, el "manejo terapéutico acorde a la VC": 88.33% y las "complicaciones": 52.53%.

VC del Ictus: Nº IC auditados 327; se incluyeron 255 VC (77,98%), en las que se registró "hora de inicio de síntomas": 93,33%, la "valoración del ECG" y las "constantes": 99,21%, los "síntomas de focalidad actual": 95.66% y la "Escala de M- Direct": 80,78%.

VC PCR: Nº de IC auditados 175; se incluyeron 82 VC (46,86%), en las que se registró "hora de PCR": 90.24%, "ritmo": 85%, "RCP básica previa": 91,46%, registro de "ECG en RCP exitosa": 97,56% y registro de "arritmias": 96,34%.

VC TG: Nº de IC auditados 263; se incluyeron 96 VC (36,50%), en las que se registró la "evaluación inicial, secundaria completa y reevaluación": 38,12%; registro de "tipo de accidente": 90.62%, "biomecánica del accidente": 86,45%, "sedoanalgesia eficaz": 79,16%, técnica de "inmovilización eficaz": 98,95%, "volemia eficaz": 69,79% y registro de "tiempo de extricación": 86,87%.

VC Sepsis: Nº de IC auditados 35, se incluyeron 31 VC (88,57%), en las que se registró "qSofa": 90,32% y de "temperatura": 89,19%.

CONCLUSIONES

El registro es correcto en un porcentaje bastante elevado en las VC del SCA, Ictus y Sepsis.

SCA e Ictus fueron las primeras en instaurarse y está más interiorizado su uso en el personal sanitario; la Sepsis, de reciente instauración tiene escasa detección, pero cuando se hace el profesional está alerta y la registra adecuadamente.

La PCR tiene el hándicap del estrés in situ. El TG está pendiente de actualización para optimizar el proceso.

Los datos, aunque positivos, orientan mejoras de: retroalimentación a los profesionales, recordatorios y seguimiento directivo.

IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN DE UN BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS DEL GRUPO DE ESPELEOSOCORRO

MARÍA TERESA ACÍN GERICÓ [1]; IRENE ORTIZ MARTÍN [2]; LORENA MALAGÓN LÓPEZ [2]; JAVIER RUIZ LUCEA [2]; DAVID RUIZ DE LAS HERAS CORRES [3]; OSKAR LATASA ZUGASTI [4]; ANA ISABEL MUNGUIRA ELIZONDO [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA, [2] SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA, [3] GRUPO DE ESPELEOSOCORRO. SERVICIO DE BOMBEROS DE NAVARRA, [4] GRUPO DE ESPELEOSOCORRO, [5] SERVICIO DE PROTECCIÓN CIVIL Y EMERGENCIAS

ID: *5900*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Medicamentos. Botiquín. Espeleosocorro*

JUSTIFICACIÓN

Por la atención de emergencia en simas, se precisa de disponer de un botiquín adecuado y conforme a las necesidades del contexto para actuar con rápidez, agilidad y seguridad.

OBJETIVOS

Disponer de un botiquín de medicamentos de uso para el Grupo de Espeleosocorro de la Federación Regional de Espeleología, necesarios para una asistencia eficiente y en el menor tiempo posible en situaciones de accidentes en simas montañosas, así como la gestión y logística de suministro.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Subdirección de Farmacia junto con el Servicio de Protección Civil y Emergencias y Grupo de Espeleosocorro de la Federación Regional de Espeleología establecieron los medicamentos necesarios para tener disponibles en situaciones de rescate por accidente en simas. Se establecieron las cantidades mínimas necesarias para cubrir hasta varios días de tratamiento. Se implementó el catálogo de estos medicamentos en la aplicación informática de pedidos de farmacia MM-SAP® y se realizó una formación al personal encargado sobre el circuito de pedidos, reposición, control y gestión del botiquín. Para evaluar su implantación se pactaron reuniones periódicas del grupo de trabajo.

RESULTADOS

Para la implantación se catalogaron 58 medicamentos, entre los que se encuentran medicamentos básicos para curas de heridas (suero fisiológico, clorhexidina), analgésicos (paracetamol), antiinflamatorios (diclofenaco, dexketoprofeno). Se ha solicitado al grupo Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) de la comunidad la inclusión de los antibióticos cefazolina y gentamicina, para su uso en fracturas abiertas, que son las que previsiblemente se encontrarían en un accidente de espeleosocorro. Los medicamentos del botiquín se dispensarán siguiendo el procedimiento general establecido en atención primaria. La tramitación del pedido se realizará a través de la aplicación informática de gestión de pedidos de farmacia MM-SAP®. Se concretó la logística de suministro y transporte; y se organizaron sesiones formativas del grupo de trabajo. Para la notificación y resolución de incidencias y otras consultas se facilitó una dirección de correo genérica de farmacia.

CONCLUSIONES

La implantación de este botiquín permite el acceso rápido y seguro a los medicamentos necesarios en estas situaciones de emergencia, reduciendo de forma considerable el tiempo para su abordaje. Se inicia un proyecto colaborativo multidisciplinar con la consecuente mejora en la asistencia y protección de la integridad física de las personas.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE LAS VÍAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

CARMEN MILAGROS MENDOZA SÁNCHEZ; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; ADRIANA PAOLA GIMÉNEZ CABRERA; NELVA GARCÍA GARCÍA; PABLO BUSCA OSTOLAZA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5901*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Tiempos estandarizados. Seguridad del paciente. Efectividad de la asistencia. Evidencia Científica. Vías Clínicas.*

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de emergencias (SE) tienen como función principal proporcionar atención sanitaria en las emergencias y urgencias en el ámbito extra-hospitalario, consiguiendo la supervivencia y la mejor calidad de vida posible a los pacientes tras su intervención. En las patologías tiempo-dependientes se han establecido vías clínicas (VC) que tienen como objetivo estandarizar todo el proceso de atención, minimizando los tiempos y facilitando la aplicación de la mejor evidencia científica.

El grado de cumplimiento de los tiempos establecidos en las VC es un indicador relevante para la seguridad del paciente y la efectividad de la asistencia.

OBJETIVOS

Conocer el cumplimiento de los tiempos estandarizados en las vías clínicas en las patologías tiempo dependientes en nuestro medio para promover e implantar mejoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo de desarrollo de Auditorías de Informes y Vías Clínicas. Auditoría de las 5 Vías Clínicas que dispone nuestro SE. Realización auditoría: 1er trimestre 2022.

Muestra aleatoria por “Alerta Hospitalaria” del total de las Vías Clínicas realizadas en 2021, a través del Programa informático ADEGA. Criterios de adecuación tiempos: los establecidos en las VC. Indicadores:

1. Tiempo (T) de propuesta automática de Soporte Vital Avanzado hasta la llegada del recurso asistencial menor o igual a 15 minutos (14 minutos en el caso de PCR).
2. T medio de gestión del Traslado Hospitalario (TH) menor o igual a 15 minutos: T que mide la gestión desde que el recurso asistencial llama al centro coordinador y éste alerta al hospital idóneo donde se va a trasladar al paciente
3. T intervención-transferencia (TIT) menor o igual a 60 min: T desde que equipo asistencial llega a donde está el paciente hasta que le transfiere al hospital.

Estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se auditaron 1061 VC (327 de ICTUS, 296 de Síndrome Coronario Agudo (SCA), 175 de Parada Cardio-respiratoria (PCR) y 263 de Trauma Grave (TG)).

El “T de propuesta automática de Soporte Vital Avanzado hasta la llegada del recurso asistencial menor o igual a 15 minutos (14 minutos en el caso de PCR)” se cumple en un 85,71% en la PCR, un 70,87% en TG, un 61,71% en el Ictus y 65,75% en SCA.

En cuanto al “T medio de gestión del TH menor o igual a 15 minutos” se cumple en un 96,37% para las 4 VC (98,04% Ictus, 96,88% SCA, 96,42% PCR, 94,17% TG).

En cuanto al “TIT menor o igual a 60 min” es de un 55,07% en Ictus, un 65,76% en SCA y un 54,36% en TG.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de los T de respuesta tiene un comportamiento desigual entre las diferente VC pese a ser todas tiempo- dependientes. Factores como la identificación de la situación, más fácil en la PCR y TG, y de mayor dificultad en Ictus y SCA, como de cultura en la gestión ajena a las instrucciones se han detectado como contribuyentes.

El T de TH tiene un alto nivel de cumplimiento al ser un proceso plenamente implantado en el SE y los hospitales de nuestra comunidad.

Se está trabajando sobre los T desagregados del TIT para implantar medidas que lo agilicen.

CIRCUITO ASISTENCIAL DISFAGIA ENTRE ATENCION HOSPITALIZADA Y PRIMARIA: CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SUSANA CHAJMA IZQUIERDO; SUSANA ANDRES MORERA; ANA CRISTINA GARCIA ALVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5903*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *disfagia, conciliación medicación, circuito asistencial*

JUSTIFICACIÓN

La disfagia está asociada a la edad y a diversas patologías. Estos pacientes están polimedicados y es frecuente la manipulación de la medicación, pudiendo alterar la biodisponibilidad, eficacia y perfil de efectos secundarios.

OBJETIVO

Desarrollo e implantación de un circuito de continuidad asistencial entre Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP), en pacientes con disfagia. Mediante la conciliación del tratamiento ,para mejorar eficacia y seguridad en el manejo de la medicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población hospitalizada y ambulante del Hospital Universitario la Paz-Carlos III-Cantoblanco, desde enero de 2019 hasta la actualidad. Las herramientas informáticas utilizadas son: Historia clínica electrónica HCIS en comunicación con el visor de información clínica HORUS de AP. Módulo único de prescripción (MUP).Correo corporativo entre Farmacia Hospitalaria y Farmacia de AP. Los Servicios implicados son: Farmacia Hospitalaria,Servicios clínicos,Comisión de Continuidad Asistencial, Farmacia de AP y médicos de AP.

RESULTADOS

Circuito asistencial:1.Diagnostico de disfagia por médico especialista.2.Petición de solicitud de conciliación de medicamentos a Farmacia Hospitalaria.3.Revisión de medicación y elaboración de informe de conciliación indicando: las alternativas a las formas farmacéuticas más adecuadas en disfagia y la correcta manipulación de la medicación.4.Informe guardado en historia clínica HCIS.5.Cambio en MUP,por el médico especialista,a las alternativas recomendadas.6.El médico especialista entrega al paciente el informe de conciliación y la hoja de medicación actualizada.7.El médico de AP es informado del diagnóstico de disfagia con el informe de conciliación, el cual puede visualizar en HORUS. También puede visualizar en MUP los cambios realizados.8.En los casos en los que no haya alternativa a una forma farmacéutica más adecuada, y las que existen no se puedan manipular, sólo quedaría la opción de cambio a otro equivalente terapéutico. En ese caso Farmacia Hospitalaria informaría a Farmacia de AP, para su evaluación y propuesta al médico de AP.

DATOS PACIENTES

72 pacientes cuya mediana de edad fue 73 años (RIC 66-84). El 46% hospitalizados y el 54% ambulantes. Patologías más frecuentes: ELA, 29 pacientes (40%) e ICTUS, 17(24%). La mediana de medicamentos sobre los que se evaluó su manipulación fue 8(6-10).Se propuso una mediana de 3(1-4) alternativas a una forma farmacéutica más adecuada. Se detectó que estaban prescritos un total de 50 medicamentos que no se deben manipular

CONCLUSIONES

La conciliación de la medicación en pacientes con disfagia es fundamental para asegurar la eficacia y seguridad del tratamiento. La elaboración de informes farmacéuticos con alternativas de tratamiento es de gran utilidad en el ámbito hospitalario y en las transiciones asistenciales. La implantación de un circuito de continuidad asistencial para pacientes con disfagia, supone una mejora en su calidad asistencial.

UNIFICACIÓN DE LA DOTACIÓN DE LAS MOCHILAS DE URGENCIA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA TERESA ACÍN GERICÓ; BEATRIZ ÁGREDA LIZÁLDEZ; JAVIER ROCA HERRERO; LUCÍA GOYENECHE HARO
CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA

ID: *5910*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *mochilas, atención primaria, urgencias*

JUSTIFICACIÓN

Para mejorar la calidad y seguridad de la actividad de los profesionales de atención primaria, se hace necesario plantear la unificación de los materiales de uso en asistencia en urgencias de las mochilas ubicadas en los centros de salud.

OBJETIVOS

Unificar la dotación de la mochila de urgencias de los equipos de atención primaria, para que los profesionales, hayan o no trabajado en un centro de salud concreto, estén familiarizados con estas mochilas. Esto facilita su movilidad a cualquier punto de la región, minimizando el tiempo empleado para la formación en su uso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para resolver la dificultad de los profesionales de encontrar rápidamente los medicamentos en los múltiples departamentos de la mochila ante una atención urgente, se formó un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de enfermería, medicina y farmacia. Establecieron un consenso del contenido y continente de las mochilas, y coordinaron su implantación con el siguiente cronograma:

1ª fase: centros principales, con pack completo de mochilas de adulto. 2ª fase: consultorios, con pack completo de mochilas de adulto.

3ª fase: centros principales y consultorios, con kit de hemorragias. 4ª fase: unificación de pack completo de mochilas de pediatría.

5ª fase: unificación de carro de paradas.

RESULTADOS

Se ha cubierto la primera fase con la dotación de un pack completo de mochilas de adulto para los centros de salud urbanos y rurales. Actualmente se trabaja en la unificación del pack completo de mochilas de pediatría. Se ha recogido de forma verbal la impresión positiva del proyecto a través de los equipos piloto del grupo de trabajo y comentarios entre profesionales. Entre otras cuestiones, se destaca que disponer de esta información unificada agiliza la asistencia y aumenta la seguridad del paciente y de los mismos profesionales, lo que es de especial relevancia en situaciones de urgencia. Se prevé que próximamente, con la implantación de la parte pediátrica, se distribuya una encuesta de valoración del proyecto, para recopilar propuestas y sugerencias.

CONCLUSIONES

Se ha logrado unificar tanto el formato como el contenido de las mochilas de urgencia de los equipos de atención primaria. Se ha dado trasparencia a la información sobre el contenido y formato de las mochilas de urgencia. Todo ello repercute en la mejora de la seguridad de la asistencia, de la gestión de los procesos en atención primaria.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A COLECTIVOS ADMINISTRATIVOS

ESTRELLA FERNÁNDEZ VIVANCOS; ALBERTO LUIS; MARTA TORRES; DIEGO MOYA; FERNANDA DE LA TORRE; RAFAEL MANZANERA
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *5911*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Impacto formativo, seguridad del paciente, programa de formación, colectivo administrativo, formación continuada*

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias invierten recursos importantes en la formación continuada de sus profesionales para desarrollar su capacitación y así mejorar la atención a los pacientes. Existen numerosos trabajos que abordan estrategias de aprendizaje efectivas y modelos de evaluación de la formación. Sin embargo, la medición del impacto formativo es poco habitual.

La formación de los profesionales es una herramienta esencial para transformar la cultura de seguridad, y así promover una práctica clínica más segura. Esta formación se destina frecuentemente al colectivo sanitario, es menos habitual entre el colectivo administrativo que trabajan en este ámbito y desarrolla tareas que se relacionan con aspectos de la seguridad de los pacientes.

Se analiza el impacto de la formación en seguridad del paciente dirigida a profesionales administrativos.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es determinar el impacto de una sesión formativa a profesionales administrativos, dirigida tanto a incrementar sus conocimientos en la materia, como a mejorar sus actuaciones a corto y a medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio cuasi-experimental antes-después del curso. Se utilizaron dos tipos de fuentes de información: 1) el test de conocimientos previo (PRE) y posterior (POST), y 2) una entrevista con preguntas dirigidas, sobre la actuación ante los protocolos específicos de seguridad del paciente, previo (PRE) y posterior (POST) a la sesión, y se da una puntuación según la adecuación de la respuesta. Se realizará una segunda entrevista a los 6 meses de la sesión formativa. La valoración de las entrevistas se realiza por dos observadores independientes.

RESULTADOS

Se selecciona una muestra de 167 administrativos, los resultados (promedio de nota) en los exámenes de conocimientos tipo test muestran una mejora (PRE: 5,6 y POST: 7,5), estadísticamente significativa según el test de medidas repetidas (con alta significación estadística).

También se evalúa el impacto del curso mediante una entrevista telefónica. Se realizó esta entrevista tanto antes como después de realizar el curso. Participaron 20 administrativos en la entrevista PRE y 22 en la entrevista POST. La diferencia entre los resultados de las entrevistas PRE y POST son significativos (p altamente significativo) según la prueba de la U de Mann-Whitneyun para dos muestras independientes.

CONCLUSIONES

Conviene evidenciar la utilidad de nuestras estrategias formativas sobre seguridad del paciente para los profesionales administrativos, así como por la mejora de la práctica profesional aplicada en el ámbito de la seguridad del paciente.

Esta constatación es sin duda el mejor argumento para profesionales y gestores para mantener la inversión en formación, dado que estamos seguros que mejora el nivel de conocimientos de los profesionales y para asegurar la implantación de circuitos y protocolos específicos, quienes además lo aplican en el ejercicio profesional.

VALORACIÓN RETIRADA DE MEDICACIÓN EN PACIENTES CON GDS- FAST SUPERIOR A 7B TRATADOS CON ANTICOLESTERASICOS O MEMANTINA

LLATZER ZURANO DOMINGO [1]; MIREIA ESPAÑOL PONS [2]; NOELIA HERNANDEZ GAUCHIA [1]; EMMA MARQUES CASASOLA [1]; GEMMA MUÑOZ ALVAREZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CAP LLIBERTAT, REUS (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT), [2] CAP REUS 2 (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT)

ID: *5912*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Palabras clave: *Polimedicación ; Adecuación terapeutica ; Alzheimer ; residencias geriátricas*

La Demencia de Alzheimer (DA) es un trastorno cerebral degenerativo que afecta la calidad de vida de las personas y sus familiares. Dada la evolución progresiva e irreversible de la enfermedad a pesar del tratamiento, en muchos casos las posibilidades asistenciales dentro del ámbito familiar se ven sobrepasadas y pueden desencadenar un ingreso en una residencia geriátrica.

En la actualidad disponemos de dos grupos de fármacos para el tratamiento de la DA. Los anticolesterásicos (IECA): donepezilo, rivastigmina y galantamina que actúan inhibiendo la enzima acetilcolinesterasa, y la memantina, que es un antagonista de los receptores de N-metil D-aspartato. No existe evidencia científica sólida que respalde mantener la prescripción de estos fármacos en estadios avanzados de DA. Teniendo en cuenta que entre el 30 y el 40% de los pacientes geriátricos están polimedicados, realizamos una revisión de la prescripción farmacológica en las diferentes fases de la escala de deterioro global mediante la escala GDS-fast para valorar su retirada.

Nuestro objetivo principal es valorar la retirada del tratamiento con IACEs y/o memantina en pacientes diagnosticados de DA en fase de deterioro avanzados. Como objetivos secundarios buscamos identificar los usuarios de las residencias geriátricas de nuestra ciudad diagnosticados de DA en tratamiento con IACEs y/o memantina, y actualizar su estado de deterioro global.

Presentamos un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Entre marzo y abril del 2022 se efectúa un seguimiento de los usuarios de instituciones geriátricas de un área urbana de poco más de cien mil habitantes. Se realiza una búsqueda de todos los pacientes diagnosticados de DA a partir de la base de datos de seguimiento clínico, y se buscan aquellos en tratamiento con algún fármaco IACE o memantina. A éstos, se les realiza el test de GDS-fast para actualizar la evolución de deterioro global. A los residentes con resultado igual o superior a 7b (deterioro avanzado), se valora la retirada progresiva de esta medicación tal y como indican las guías clínicas, y se observa tolerancia por parte de los cuidadores de las residencias. Se presentan los resultados en porcentajes.

Se han seguido 656 usuarios, de los que se ha podido valorar 587 ancianos. Hay 91 pacientes diagnosticados de EA en tratamiento con IECA y/o memantina (15.5%), de los cuales, 17 estaban en fase de deterioro avanzado. Se ha retirado la medicación a 13 pacientes. Al resto no se ha retirado la medicación por diferentes motivos. No se han observado reacciones hasta el momento. Dos usuarios perdidos por éxitus.

La optimización del tratamiento debe ser una prioridad en la práctica clínica para evitar posibles efectos secundarios e interacciones entre los fármacos, especialmente en ancianos. Una continua actualización en las guías clínicas mejora la adecuación farmacológica de los pacientes. El trabajo en equipo interdisciplinar mejora la práctica clínica y la vigilancia del paciente.

REVISIÓN PERMANENTE Y CONJUNTA DEL CARRO DE PAROS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES

NORMA GRAU; JORDI ORTNER; MARTA TORRES; DIEGO MOYA; CARME SAURI; XAVIER FARRUS
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *5914*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Carro de Paros, emergencia médica, seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2015 MC Mutual unificó y homologó los carros de paros de los centros ambulatorios de su red asistencial y se elaboró el procedimiento de revisión del carro de paros para la atención de emergencias médicas.

La revisión del carro de paros se basa en el cumplimiento de una serie de registros de control. Desde 2016 se auditan estos registros, lo que nos ha permitido establecer acciones de mejora. Se plantea incorporar un role play simulando la respuesta ante una emergencia médica.

OBJETIVO

Implantar el simulacro de actuación en caso de emergencia en los centros asistenciales de MC Mutual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mensualmente se registran el impreso del Checklist carro de paros (Utillaje) y Formulario de mantenimiento dispensadores de urgencias (Medicación). Ambos impresos se auditan anualmente y se envía el informe de los resultados a cada centro. Además, el personal del centro revisa semestralmente y de forma conjunta el carro de paros, esta revisión, liderada por el colectivo de enfermería, va dirigida a todos los colectivos profesionales, para tener conocimiento de su ubicación, equipos, material sanitario y medicamentos de urgencias que contiene. Consolidado este proceso, se implanta una revisión en forma de simulacro definiendo los roles y tareas de los perfiles profesionales para cada centro. Esta revisión es auditada y se incorpora como indicador de calidad en el Modelo de estándares de calidad sanitaria de los centros.

También, durante estos años se ha sensibilizado a los colectivos profesionales sobre la importancia de dicha revisión conjunta con asignación de roles, y se informó que este ítem se incorporaría como criterio evaluador de la auditoria.

RESULTADOS

En cumplimiento del 'Utillaje' ha mejorado del 72% (2016) al 98,8% (2021) y en cuanto al de 'Medicación' del 90% (2016) al 100% (2021).

La realización de la revisión conjunta se registraba en el Checklist del carro de paros.

Durante el 2020 se auditó este ítem obteniéndose un resultado del 71,2% de cumplimiento. El año 2021 el resultado mejora al 94,2%.

Posteriormente se diseña un impreso para homogeneizar la revisión conjunta en los centros asistenciales de MC Mutual y la asignación de roles, que se implementa este año 2022.

CONCLUSIÓN

El control sistemático es útil para asegurar el estado óptimo del equipamiento y fármacos en el momento de actuar ante una emergencia. Se incorpora una revisión conjunta y la asignación de roles en el contexto de simulacro de actuación local ante una emergencia vital con la finalidad de avanzar en la mejora de la respuesta ante estas situaciones. Los profesionales perciben una mejora en la respuesta ante situaciones de emergencia, como se constata en la encuesta de percepción del impacto del Plan de Calidad Sanitaria.

MAPEO INNOVACIONES COVID-19 Y SU ESCALADO

DIANA RUIZ BUENO; FERNANDO ABADÍA BADENAS; JOSÉ MANUEL ALMUDÍ IGADO; ALBA DE MARTINO RODRIGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

ID: *5917*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Innovación, escalabilidad, buenas prácticas, lecciones aprendidas, protocolos, covid19*

JUSTIFICACIÓN

Desde el inicio de la pandemia han surgido varias iniciativas por parte de los profesionales sanitarios para atender a los desafíos del Covid-19. Algunas de estas medidas han sido sólo coyunturales para atender necesidades puntuales de la pandemia, pero otras se han quedado implantadas en los centros sanitarios porque han aportado una mejora asistencial significativa.

OBJETIVOS

El objetivo es mapear innovaciones que sigan teniendo continuidad y detectar las iniciativas potencialmente escalables con la intención de dar continuidad a las ideas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado las 382 comunicaciones de las XIX Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, por ser una de las principales fuentes de información que recoge las iniciativas de los profesionales sanitarios. Los criterios que se han seguido para seleccionar las ponencias han sido:

- Covid-19: se seleccionan sólo comunicaciones relacionadas con la pandemia.
- Continuidad: se descartan las propuestas coyunturales de la situación de pandemia.
- Escalabilidad: medidas con potencialidad de ser adaptadas en otros centros o usadas por otros profesionales.
- Innovación: iniciativas que impliquen una nueva forma de hacer las cosas.

RESULTADOS

De las 382 ponencias del Libro de Comunicaciones, 175 son experiencias Covid-19. De estas experiencias Covid-19 y atendiendo a los criterios expuestos, se han seleccionado 30 comunicaciones. Analizando el tipo de comunicaciones escogidas, se han agrupado en 5 categorías:

- Protocolos: son protocolos que tienen posibilidad de ser aplicados en otros centros. 12 comunicaciones seleccionadas.
- Experiencias: son buenas prácticas de interés para otros profesionales o centros. 4 comunicaciones seleccionadas.
- Formación: son talleres de formación realizados. 6 comunicaciones seleccionadas.
- Herramientas: son herramientas informáticas que se han desarrollado, y pueden resultar interesantes para otros centros. 5 comunicaciones seleccionadas.
- Acciones externas: actividades iniciadas con externos: consejos de salud, residencias o asociaciones. 3 comunicaciones seleccionadas.

Durante el análisis de las ponencias, se ha tenido la dificultad de valorar el criterio de continuidad y la escalabilidad real de las iniciativas con sólo la información que aparece en las comunicaciones.

CONCLUSIONES

Dada la dificultad de determinar el potencial de continuidad de las ideas, se desarrollará un proceso de evaluación y escalado que nos permita involucrar a los autores de las iniciativas y obtener:

- Estado en el que se encuentra la iniciativa: fase de idea, piloto, despliegue, implantada, etc.
- Posibilidades reales de escalado: recursos necesarios para su implantación, adaptaciones necesarias a otros contextos, aprendizajes, etc.

Para completar este proceso se contará también con los puntos de vista de pacientes y agentes decisores del sistema de salud.

EVALUACIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN EL CONTEXTO DE REFORMA HOSPITALARIA

LUISA CABOT; CAROLINA JIMÉNEZ; JUAN CARLOS SERFATY; RAQUEL CABALLERO; JOSE ENRIQUE RODRÍGUEZ; DIEGO MOYA
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *5932*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Riesgos sanitarios, reforma hospitalaria, infraestructura hospitalaria*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto de trasformación de clínicas MC, es un cambio intenso que implica mejorar servicios e infraestructura, ampliando cartera y actividad, pero sobre todo de ilusión por el futuro en la organización. Pero como todo gran proyecto presenta elementos que cabe tener en cuenta para que el resultado sea el esperado y minimizar eventos indeseables. Así, la gestión del riesgo forma parte de la planificación del mismo, ya que impacta en todos los aspectos que constituyen el ámbito asistencial.

Se define un plan funcional sanitario que complementa el Plan Funcional de obras y que detecta los riesgos relacionados con la seguridad del paciente para cada fase del proyecto.

OBJETIVOS

Detectar y minimizar los riesgos para la seguridad del paciente en el contexto del proyecto de obras y de traslado transitorio de la actividad asistencial a otras instalaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El plan de obra define tres fases en el proyecto, una primera de convivencia con la actividad asistencial en el mismo edificio, una segunda fase de traslado de actividad hospitalaria, quirúrgica y de urgencias a las instalaciones de otra institución sanitaria y una tercera fase de retorno a las instalaciones ya reformadas.

Se analiza y define un plan sanitario que permita la planificación y detección de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente que se aprueba en el Comité de Seguimiento de Calidad Sanitaria.

Se utiliza la técnica del grupo nominal, se recopila la información necesaria y se presentan las ideas pidiendo a los individuos que respondan a las preguntas planteadas por el moderador, se discuten estas ideas y se pide que prioricen las propuestas del grupo.

RESULTADOS

Se consensuan los riesgos críticos para cada fase. En la primera fase de inicio de las obras se define como elemento crítico la convivencia de la actividad asistencial con las obras dentro de clínicas. Menor nivel de criticidad se considera el iniciar estas obras en los espacios adyacentes, considerando en este contexto como riesgos moderados los relacionados con la contaminación acústica y los posibles déficits en la información a pacientes y familiares. Durante la fase de traslado de la actividad hospitalaria, quirúrgica y de urgencias, los elementos críticos están relacionados con el uso de un aplicativo informático distinto al habitual. También se prioriza aspectos relacionados con circuitos asistenciales, y con la coordinación entre profesionales de ambas instituciones.

CONCLUSIONES

Se consideran los aspectos sanitarios que impactan en la estrategia, el liderazgo, la adecuada gestión del cambio asociada a los profesionales y la priorización de riesgos estratégicos y para la seguridad del paciente. Todo ello relacionado con lo planificado en el Plan funcional de Obra. Disponer de foros de debate y consenso ayuda a ajustar la planificación y prever aspectos críticos no considerados inicialmente. Los proyectos de cambio requieren de transparencia, participación, y visión pragmática.

IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS LEVES AUTOLIMITADOS EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ENFERMERÍA

MARTA MONTEJO [1]; VANESA MARTIN GONZALEZ [2]; SARA CELORRIO DIEZ [3]; OSCAR VAZQUEZ PEDROSA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO SALUD RONTEGI, [2] HOSPITAL SAN ELOY, [3] HOSPITAL DE SAN ELOY

ID: *5938*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*

JUSTIFICACIÓN

Un proceso leve autolimitado (PLA) es un signo, síntoma o un conjunto de ellos que generalmente tiende a resolverse espontáneamente y en el que la actuación de los profesionales de enfermería permite la resolución del problema de salud que genera la demanda. La actuación ante estos procesos susceptibles de abordaje por enfermería se ha protocolizado para garantizar una asistencia de calidad y este nuevo rol en el sistema sanitario.

OBJETIVO

Describir el plan para la implementación de estos procesos en la gestión de las consultas de enfermería pediátrica de un área de atención pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una sesión online con la plantilla de enfermería pediátrica con el objetivo de conocer la situación basal y priorizar necesidades y las principales barreras y riesgos para la implementación. La información recabada sirvió para la elaboración del plan de trabajo que se concretço en líneas de acción centradas en las demandas y necesidades de profesionales. Las guías se difundieron por correo electrónico corporativo y online. Se desarrollo un plan de formación consistente en dos sesiones teóricas y dos sesiones presenciales en forma de resolución de casos; formación online en prescripción de fármacos antitérmicos y de uso de herramienta informática en historia clínica. Se creo un protocolo de apoyo a estos procesos realizados de forma telefónica. Se unificaron la denominación y tiempo de los actos de las agendas de enfermería según normas corporativas. Además, se realizó una sesión formativa con el área administrativa centrada en gestión de estos procesos. Finalmente se distribuyeron en las consultas folletos informativos destinadas a las familias explicando y reforzando el papel de la enfermería en estos procesos.

RESULTADOS

Sólo dos centros de 17 habían iniciado la implementación en el momento de la sesión inicial en la que se identificaron y priorizaron 6 barreras principales: falta de formación y experiencia práctica en aspectos específicos de las guías; gestión telefónica versus presencial, problemas recurrentes para la prescripción de fármacos; falta de uniformidad en actos y gestión de las agendas de enfermería pediátrica; registro informático y reticencias de las familias. Acudieron el 90% de los destinatarios a las sesiones formativas y se solucionaron todas las incidencias relacionadas con la prescripción de fármacos. Tras la puesta en marcha del plan de acción se ha realizado una encuesta de satisfacción de la formación realizada y otra sesión para monitorizar la puesta en marcha de la implementación. Actualmente, todos los centros, excepto uno, realiza la gestión de estos procesos.

CONCLUSIÓN

La implementación de una forma de atención a los pacientes pediátricos, procesos leves autolimitados, ha requerido un plan de múltiples acciones. Las acciones clave han sido la difusión y formación en las guías, la gestión de las agendas y la información a las familias centrada en el nuevo rol de enfermería pediátrica.

EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA MUTUA LABORAL

DIEGO MOYA [1]; GUILABERT MERCEDES [2]; MARTA TORRRES [1]; EMILI MOLINA [1]; RAFAEL MANZANERA [1]; JOSE JOAQUIN MIRA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] MC MUTUAL, [2] UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ, [3] UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ

ID: *5940*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Percepción profesional, encuesta de calidad, seguridad del paciente, análisis cualitativo*

JUSTIFICACIÓN

Las instituciones sanitarias emplean numerosos recursos en la implantación de programas de seguridad del paciente, sin embargo no siempre miden su impacto en los profesionales sanitarios.

Desde 2013, se ha puesto en marcha un Plan de Calidad Sanitaria (PCS) que refleja el compromiso continuo de la organización para lograr una atención centrada en pacientes y profesionales. En 2015 se inicia el proyecto Antena de Calidad con el propósito de determinar el grado de despliegue del PCS desde la percepción de grupos específicos de profesionales sanitarios que han ido ampliándose.

OBJETIVOS

Conocer la evolución de la percepción de los profesionales sanitarios sobre Seguridad del Paciente desde el periodo pre- pandémico hasta la fase de salida de la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto Antena es un estudio cualitativo que mide el nivel de implantación de las propuestas del Plan de Calidad vigente, a través de un cuestionario semiestructurado de 30 preguntas (8 dimensiones y 22 ítems), planteado a 431 profesionales sanitarios agrupados por grupos (83 Referentes de centros asistenciales, 38 profesionales de centros pequeños, 140 profesionales de centros grandes y 170 sanitarios de Clínicas. Aquí nos hemos centrado en la dimensión de Seguridad Clínica y en las preguntas más específicas relacionadas con la Seguridad del Paciente. Éstas preguntas hacen referencia al Mapa de Riesgos, la prevención de errores de medicación e infecciones, la formación en Seguridad del Paciente, la actuación ante una emergencia, el uso del Sistema de Notificación de Eventos Adversos, el manejo de pacientes amputados y el programa de higiene de manos.

RESULTADOS

Se observa que el promedio de nota que los tres grupos dan al desarrollo de la dimensión global de Seguridad clínica es de 8,3 en 2019, 6,8 en 2020 y 8,1 en 2021. Entre los grupos los Referentes de calidad son los que mejor valoran la dimensión los tres años (7,7-8,4), en cambio los sanitarios de clínicas son los que perciben peor esta dimensión (7,8). Analizando los datos de percepción acerca de la dimensión de Seguridad clínica, destaca una disminución en la encuesta en 2020, respecto al 2019 y 2021. La pandemia es un elemento explicativo importante. Al considerar el agregado de los ítems, los profesionales perciben un buen grado de implantación (en torno al 7,5) en las actuaciones del Plan de Calidad que tienen que ver con la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

La tendencia de los datos apunta a que la puesta en marcha de una estrategia en seguridad del paciente guarda relación positiva en los resultados en el medio plazo. Estos análisis se han basado en las valoraciones que realizan los profesionales sanitarios y reflejan de forma indirecta los cambios en procedimientos y resultados que se han ido produciendo en nuestra realidad. Los cambios en la cultura de seguridad tienden a ser más lentos que los que se producen como resultado de la implantación de nuevas actuaciones en materia de calidad.

LA METODOLOGÍA LEAN: UNA NUEVA MANERA DE VER Y HACER

VANESA MARTIN GONZALEZ; MARIA LOURDES VIVANCO GOMEZ; JOSE MARIA IBAÑEZ AGUIRRE; ALFONSO GIL IBARRA; IRENE FERNANDEZ SAINZ-MAZA; ANTONIA MARIA JIMENEZ NIETO
CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO

ID: *5957*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *Lean Management, mejora continua, aportar valor*

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, organizaciones sanitarias han empezado a usar herramientas de Lean Management para mejorar los procesos asistenciales y los resultados, tanto salud como de optimización de los recursos. Con esta metodología se busca reducir los tiempos de espera del proceso total de atención al paciente. Si con los mismos recursos conseguimos disminuir el tiempo del proceso global, estaremos mejorando la eficiencia del proceso, reduciendo sus costes y mejorando la accesibilidad, ya que liberaremos antes los recursos para poder atender a otros pacientes. Durante el proceso de atención sanitaria se ejecutan tanto actividades que añaden valor al paciente, como actividades que no lo añaden; por ejemplo, el tiempo de espera en sala, las esperas del paciente hasta que llega el facultativo, son actividades que no añaden valor y que son percibidas por el paciente como tiempo de su proceso de atención. La clave de la metodología Lean está en la eliminación de desperdicios. Pero para poder eliminarlos, primero hemos de ser capaces de identificarlos. Para identificarlos, hemos de conocerlos.

OBJETIVOS

Conseguir un circuito de atención de consultas de oftalmología, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, más fluido, disminuyendo los tiempos de espera que no aportan valor al proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar el análisis del circuito de atención ambulatoria en las consultas de Oftalmología se decidió utilizar la metodología Lean y sus herramientas: observación directa, recogida de tiempos, Value Stream Map…… Se realizó formacion a los profesionales y se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que contaba con el apoyo metodológico de la unidad de calidad. Como punto de partida se elaboró un borrador del circuito de atención en consultas tanto del ámbito hospitalario como del ambulatorio de atención especializada que da cobertura a la población de Barakaldo. Se aplicaron las herramientas Lean de observación directa y de análisis de tiempos identificándose los despilfarros del proceso y aquellas actividades del proceso que no aportaban valor y que por tanto podían ser eliminados para conseguir un proceso asistencial más ágil. Se identificaron una seria de acciones de mejora que podían contribuir a mejorar el proceso. Se elaboró un plan de acción y se realizó una nueva evaluación de tiempos de proceso.

RESULTADOS

Participaron un total de 28 profesionales en la formacion y 10 en el grupo de trabajo constituido. Se rediseño el proceso de atención ambulatoria y las agendas de consultas adaptando los tiempos de citación según duración total del proceso, reduciendo tiempos en sala de espera. Se planificaron 12 acciones de mejora consensuadas por el equipo, implementándose 11, más del 90%.

CONCLUSIONES

El Lean Healthcare es una metodología que pone al paciente en el centro. Nos permite organizar procesos de manera más efectiva y eficiente. Implica a los procesionales en la filosofía Kaizen de pequeñas y constantes mejoras.

PROYECTO DE MEJORA DE LOS PIIC DE UN ÁREA BÁSICA DE SALUD

SERGI RODRÍGUEZ SOLER [(1)]; WALESKA BADIA RAFECAS [(1)]; MARTA PUJOL VIDAL [(1)]; MARIA ANTONIA MORENO ORTIZ [(1)]; IRIA MUIÑO BOVE [(1)]; ALBA CABELLO ARMESTO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CAR SALOU, [(2)] CAP VALLS

ID: *5963*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *Lean Management, mejora continua, aportar valor*

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC) es un documento que recoge los datos sanitarios y sociales más importantes de una persona catalogada como Paciente Crónico Complejo (PCC) o con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA). Todos los sanitarios de nuestra comunidad pueden consultarlo por lo que asegura la continuidad asistencial y ayuda a tomar la mejor decisión, lo que repercute en un aumento de la seguridad del paciente.

Es importante que el PIIC esté completo y actualizado, teniendo en cuenta las decisiones del paciente y su familia (respetando así el principio de autonomía), y la visión de los profesionales que le atienden habitualmente. Solo de este modo se puede asegurar la calidad del documento para que resulte útil a otros profesionales cuando tengan que consultarlo.

OBJETIVOS

- Conocer la situación cualitativa basal de la calidad de los PIIC del ABS.
- Formar a los profesionales del EAP en la realización de PIIC de calidad.
- Mejorar la calidad de los PIIC de los pacientes PCC y MACA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: selección aleatorizada del 50% de los pacientes MACA y del 15% de los pacientes PCC del ABS que tengan el PIIC hecho. Se realiza un análisis cualitativo de los PIIC mediante la herramienta PROSP en la que se evalúa en cada paciente si está cumplimentado cada punto del PIIC y se valora de forma subjetiva si el documento es de utilidad. Posteriormente, se forma a enfermeros/as, médicos/as y trabajadora social del centro mediante una sesión formativa de 1 hora y se cita una visita no presencial en la agenda del enfermero/a de referencia para revisar el PIIC. Se dará soporte individual a los profesionales que lo soliciten y a los 6 meses se realizará una nueva valoración cualitativa de los PIIC para comprobar si aumenta su cumplimentación y si mejora su utilidad.

Periodo de estudio: de abril del 2022 a noviembre del 2022. Población de estudio: pacientes PCC y MACA del ABS.

RESULTADOS

Se han analizado 46 PIIC del ABS, 38 de pacientes PCC y 8 de MACA. El 45% de los PIIC no estaban actualizados en el último año y hubo 5 ítems del PIIC que no estaban completos en más del 40% de los casos.

El 45% ha sido catalogado como nada útil, el 34% poco útil, y el 21% bastante útil. Ninguno fue descrito como muy útil. En el 95% de los casos se indicó a su equipo de referencia que el PIIC debía ser revalorado con el paciente y la familia.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los PIIC analizados de nuestra ABS no están completos o no están actualizados y por tanto no son útiles. Atribuimos estos resultados al contexto pandémico actual y al perfil clínico dinámico de los pacientes con complejidad.

Realizar auditorías de los PIIC con el aplicativo PROSP nos permite conocer la situación basal e implementar acciones de mejora para aumentar la calidad de dichos documentos y así mejorar la seguridad en la atención integral de los pacientes complejos.

IMPLANTACIÓN DE GESTIÓN POR OBJETIVOS EN LA COORDINACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE

JUAN ANTONIO PINGARRON LÓPEZ; ZITA QUINTELA GONZALEZ; DOLORES ROBLEDO TIRADOR; JOSE ALFONSO JIMENEZ RODRIGUEZ; RICARDO GARZÓN SANCHEZ; MARIA JOSE FERNÁNDEZ CAMPOS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *5971*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Transporte sanitario, liderazgo, gestión en salud*

JUSTIFICACIÓN

La coordinación de Transporte Sanitario Programado (TSNU) se encarga de la supervisión de los traslados en transporte sanitario (TS) para que se realicen en tiempo y forma, así como dar respuesta a las incidencias diarias debido a demoras o solicitudes inadecuadas. Son los interlocutores con empresas, pacientes y profesionales del hospital. Es un trabajo complejo por su volumen (alrededor de 2000 traslados al día) y por las altas expectativas de los usuarios tanto profesionales como pacientes.

Para mejorar en la organización se plantea la implantación de gestión por objetivos.

OBJETIVOS

Implantar la gestión por objetivos en la coordinación de TSNU. Alinear los objetivos de los profesionales con los de la organización. Mejorar la satisfacción de los profesionales y usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Definición de la estructura: Equipo interdisciplinar formado por personal administrativo, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias bajo la supervisión de la Subdirección médica.
2. Definición de los objetivos de la coordinación de TSNU de forma participativa.
3. Definición de evaluación y seguimiento compartida:

RESULTADOS

Los objetivos definidos fueron:

- Mejorar los circuitos de transporte en hospitales en las prestaciones de diálisis, altas hospitalarias, consultas, extracciones, curas y rehabilitación,
- Mejorar la prescripción de la solicitud de TS,
- Mejorar la usabilidad de los programas informáticos,
- Mejorar la satisfacción del usuario y
- Seguimiento de indicadores y costes.

Durante el año 2021 se han asignado 48 tareas, de las cuales 26 tareas son para el objetivo A, 5 tareas son para el B, 6 tareas para el C, 2 tareas para el D, y 9 tareas para E.

Se asignaron por profesional de la siguiente manera 17 a los TES con 100% de cumplimiento,11 al área administrativa con

100% de cumplimiento, 11 a la dirección médica con un 57% de cumplimiento, 1 enfermera con 100% de cumplimiento, 8 a informática con un 75% de cumplimiento de los mismos.

La supervisión y evaluación del rendimiento a través de una hoja Excel compartida y se reconocen los logros de los profesionales a través de reuniones mensuales con el gerente de la organización.

Los seguimientos de los mismos se realizan a través de reuniones quincenales con la dirección médica.

CONCLUSIONES

El modelo de gestión por objetivos ha mejorado las comunicaciones en el equipo y su logro, ha generado un ambiente laboral más abierto, porque los miembros del equipo entienden cuáles son los objetivos de la organización y saben que sus objetivos personales se alinean con ellos.

La personalización de los objetivos por categoría profesional ha ayudado a su cumplimiento al 100%. La dinámica de la gestión por objetivos ha favorecido el trabajo en equipo y que los integrantes se ayuden unos a otros para alcanzar los objetivos personales y los de la organización.

AGITACIÓN PSICOMOTORA GRAVE EN URGENCIAS: UN PROBLEMA DE SEGURIDAD DE PACIENTES ?

JOSEP RAMON TOST VALLS; JESÚS RAMIREZ GEA; BEATRIZ URRUTIA CASADO; GONZALO AGUILAR CRUZ; SARA GRAELL SOLE; ELISABETH GONZALEZ LAO
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA

ID: *5972*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *agitación; seguridad de pacientes; urgencias*

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotora grave (APMG) es una patología de difícil manejo en urgencias, asociada a problemas de seguridad para el paciente (errores diagnósticos por heurística, de medicación, lesiones por contenciones…) y para el profesional (riesgo de incidentes hostiles). La contención física del paciente precisa de la administración de fármacos sedantes por vía parenteral a altas dosis con un riesgo potencial de complicaciones. La evidencia científica en el manejo de estos casos es limitada por la ausencia de estudios de calidad, dificultando su manejo en urgencias.

OBJETIVO

Conocer las características de los pacientes con una APMG en urgencias, las variables relacionadas y los problemas de seguridad detectados en estos pacientes.

MÉTODO

Análisis retrospectivo de los casos de APMG en urgencias en el periodo de junio-2017 a diciembre-2018, incluyendo aquellos pacientes que precisaron dosis altas de midazolam (superior a 10 mgr) y/o propofol (superior a 100 mgr) para controlar la agitación. Se analizaron variables cuantitativas (edad, horas de estancia en urgencias, horas de contención física) y cualitativas: sexo, antecedentes médicos o psiquiátricos, ingreso hospitalario, mortalidad a 30 días, reconsulta a urgencias antes de 72 horas, fármacos utilizados para la sedación, necesidad de contención física, antecedente de agitación previo, factores desencadenantes del episodio y determinación de tóxicos. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Todos eran varones. La edad media era de 38 años de edad. Todos precisaron contención física. Más de la mitad de los casos tenían antecedentes psiquiátricos (68,5%) y de agitación y en 2 casos no existían antecedentes previos (25%). El factor desencadenante más frecuente fueron los tóxicos (63%). La mayoría de casos (87,5%) precisaron de la combinación de fármacos (2-6 fármacos) para controlar el cuadro siendo el fármaco asociado con mayor frecuencia la levomepromazina (71%). La respuesta paradójica a los sedantes se detectó en 2 casos (25%). La mayoría de casos no precisaron ingreso (75%) y fueron dados de alta y ninguno reconsultó a las 72h. La mortalidad a los 7 días fue de 1 caso (12,5%), en un paciente pluripatológico con delirium.

CONCLUSIONES

La APMG es una patología compleja que requiere dosis altas de fármacos sedantes y en combinación para su control, en ocasiones con respuesta paradójica al tratamiento. A pesar del potencial riesgo de seguridad para el paciente, no se observan incidentes de seguridad y el paciente es dado de alta sin complicaciones. En la mayoría de casos existen antecedentes psiquiátricos y toma de tóxicos como factor desencadenante. Se necesitan más estudios para conocer mejor esta patología y consensuar pautas de sedación farmacológica en estos pacientes.

EXPERIENCIAS DE ÉXITO: ASÍ TE CUIDAN LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

ILUMINADA MARTIN-CRESPO GARCÍA [1]; ANA PABLOS MARTIN [1]; FERNANDO RODRIGUEZ SANCHEZ [1]; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ [2]; JUAN ANTONIO PINGARRON LÓPEZ [2]; DOLORES ROBLEDO TIRADOR [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] ALCER, [2] SUMMA112

ID: *5979*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *Transporte sanitario, calidad de vida relacionada con la salud*

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica y la diálisis (D) comprometen la calidad de vida del paciente que presenta limitaciones para la actividad física, laboral e inseguridad en relación con la salud y el bienestar. Las asociaciones de pacientes (ADP) realizan una intensa labor de información, formación y asesoramiento de la enfermedad favoreciendo la actividad social y laboral de estos pacientes. Establecer sinergias entre las asociaciones y la administración aprovechando en esa labor informativa incluir la referente al transporte sanitario (TS) supone para el paciente una atención integral en un ambiente diferente al hospitalario con una mejor comprensión y a su vez la administración puede recibir las mejoras del servicio propuestas por el paciente por parte de la asociación.

OBJETIVOS

Coordinar con ADP la información y gestión del TS. Mejorar la experiencia del paciente y familia con el TS. M

Grupo de trabajo mixto para Identificar y prioridad necesidades y priorizar actuaciones. Actuaciones desarrolladas:

- Identificar los pacientes que utilizan TS con D.
- Ofrecer el contacto con ADP para la información sobre su enfermedad y TS
- Revisar ADP y los centros de D la correcta petición del TS.
- Gestión de incidencias por ADP surgidas: cambio de centro, anulaciones etc…
- Atención telefónica de ADP para los trámites necesarios.

RESULTADOS

En esta Comunidad hay cerca de 3.000 pacientes en D, el 70% acuden en TS a los centros sanitarios suponiendo un 37% de la actividad del TS (a excepción del año 2020 debido al COVID que supuso el 50% de los traslados).

La atención telefónica de ADP durante los últimos 3 años ha sido creciente pasando de 120.271 llamadas en el año 2019 a 148.713 en el año 2021 con un incremento del 23,6%, en las cuales se han realizado entre 21.578 trámites de TS en 2019 a

70.150 trámites en 2021 con un incremento del 225% debido al COVID. Esto supone que se ha pasado de un 17% a un 47% de las llamadas con trámites a realizar.

La administración ha recibido un 5,54% de reclamaciones en el servicio de TS a pacientes con D, mientras que en otras prestaciones donde no participan asociaciones de pacientes y con un volumen inferior de servicios como la rehabilitación con el 20,8% de la actividad de TS tiene el 28,16% de las reclamaciones o consultas con una actividad del 11,75% presenta el 26,19% de las reclamaciones (datos del 2021).

CONCLUSIONES

La participación de asociaciones de pacientes en la gestión del TS supone una mayor satisfacción para los pacientes con un menor número de reclamaciones en este servicio frente a otras prestaciones y es necesario debido al número importante de gestiones que precisan estos pacientes.

Es clave para mejorar la calidad de vida en pacientes con D el trabajo con ADP al contactar con otras personas que viven su enfermedad y comparten las mismas experiencias e incluir la información del TS con el resto de aprendizaje tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo del proceso de la enfermedad.

PROYECTO TXIMELETA. HUMANIZANDO EL PROCESO LA MUERTE PERINATAL

AMAIA URANGA IBARRA; CATHERINE ALONSO RODRIGUEZ; CONSUELO PANTOJA ALVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: CLÍNICAS IMQ

ID: *5980*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Palabras clave: *Humanización, duelo perinatal, maternidad*

INTRODUCCIÓN

La muerte de un hijo/a intraútero o intraparto está reconocida como una de las experiencias más traumáticas que unos padres pueden vivir y puede estar asociada con efectos psicológicos a largo plazo. Además, los padres pueden haber tenido experiencia limitada o nula con la muerte, están normalmente asustados y confusos ante el proceso médico-familiar- personal que tendrán que atravesar y cuáles son las posibles opiniones.

Es por eso que creamos y trabajamos una guía integral sobre el proceso de la muerte perinatal contando con profesionales de todos los estamentos y servicios implicados.

OBJETIVOS

- Proporcionar una asistencia humanizada y de calidad por parte de los profesionales a las mujeres/parejas que viven una situación de muerte perinatal y sus familias.
- Facilitar la elaboración del duelo de los padres y familia, gracias al apoyo sanitario.
- Facilitar toda la información necesaria para potenciar la autonomía de la mujer/pareja, en la toma de decisiones relacionada con su proceso de duelo.
- Dar herramientas de apoyo a los profesionales en situaciones de este tipo, que les proporcionen seguridad.
- Dotar a los profesionales de una guía de actuación que les ayude a orientar sus cuidados y atención a las necesidades de cada mujer/pareja.

METODOLOGÍA

- Constitución de la Comisión Tximeleta
- Análisis de situación actual del proceso
- Detección de áreas de mejora en el proceso
- Implantación de acciones de mejora
- Elaboración de Guía Clínica
- Colaboración con Asociación Esku Hutsik
- Formación a todos los profesionales de las Clínicas
- Seguimiento de acciones de mejora

RESULTADOS/ CONCLUSIONES

Junto a otras iniciativas que componen el Plan de Humanización de las Clínicas, este proyecto ha sido uno de los más enriquecedores y satisfactorios para profesionales. Humanizar un proceso tan silencioso y con tantos tabúes como es el de la muerte perinatal, ha hecho que nuestros profesionales, sobre todo aquellos que trabajan fuera de la Unidad de Maternidad pero que forman parte del circuito de estas pacientes, empaticen con ellas y sus parejas/familiares, así como conozcan la atención y servicio que requieren.

EL VALOR AÑADIDO DEL DONANTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

MARIA JESUS GARCIA EXPOSITO [1]; CARMEN OLMEDO MARTIN [1]; LETICIA DE LA TORRE ORTEGA [2]; ÁNGEL MIGUEL GARCÍA LORA [1]; ANA ISABEL RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] BIOBANCO IBS. GRANADA. BIOBANCO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, [2] BIOBANCO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

ID: *5982*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Biobanco, Registro de donantes, Ciudadanía, Investigación*

JUSTIFICACIÓN

En primavera de 2020, empezó una actividad frenética en el campo de la COVID-19 tanto en investigación clínica, en investigación traslacional como en investigación básica. Los investigadores clínicos diseñaron proyectos de investigación, estudios poblacionales y ensayos clínicos reclutando pacientes a una velocidad desorbital.

Debido a la movilización de recursos tanto públicos como privados, un buen número de investigadores reorientaron sus investigaciones hacia la nueva enfermedad. Muchos de ellos decidieron gestionar su proyecto por Biobanco, por diversos motivos, uno de los principales el díficil “acceso” a muestras de pacientes con la COVID-19.

La mayoría de los clínicos colectores, tenían su propio proyecto de investigación, complicando y retrasando la recogida de muestras. Por lo que se decidió utilizar el el Registro Andaluz de Donantes de Muestras para la Investigación Biomédica.

OBJETIVOS

Cubrir las necesidades de aquellos investigadores (no clínicos) que en su momento reorientaron sus investigaciones hacia el estudio de la nueva enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Al ser el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante, BBSSPA), un biobanco en red, el Nodo Provincial Granada solicitó la implicación del Registro Andaluz de Donantes de Muestras para la Investigación Biomédica (en adelante, Registro de Donantes).

La Consejería de Salud y Familias, en junio de 2015, creó el Registro de Donantes, integrado en el BBSSPA que es el órgano encargado de su gestión. Y fue en 2020, cuando se incluye en la ampliación del alcance de la UNE-EN ISO 90001:2015. El objetivo del Registro de Donantes es fomentar y potenciar la participación de la sociedad andaluza en la investigación sanitaria mediante la donación de muestras biológicas y/o datos asociados. Este Registro de Donantes contribuye a paliar la falta de muestras biológicas humanas para investigación biomédica permitiendo a la sociedad participar en el desarrollo científico.

El Registro de Donantes lleva a cabo una campaña para la donación de muestras de pacientes que han superado la COVID-19 para contribuir a la investigación de esta enfermedad. Toda la información de esta campaña se puede encontrar en la web: www.soydonanteparainvestigacion.es.

RESULTADOS

De los 6 proyectos de investigación sobre la COVID-19, que hasta el momento se han gestionado a través del Biobanco del Nodo Provincial Granada (en los que 3 participaban clínicos colectores), gracias a la implicación del Registro de Donantes, se han podido atender 2 proyectos de investigación con participación ciudadana.

CONCLUSIONES

La participación de la ciudadanía en la investigación biomédica mediante la donación de muestras biológicas y/o datos asociados a través del Registro de Donantes, permite disponer de una vía de obtención de muestras biológicas y/o datos en el formato adecuado para investigación.

COMPARACIÓN SOBRE LA PREVALENCIA EN ENFERMERÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO CRÍTICO

JOAQUIM VALMAÑA RODRÍGUEZ; ELISABET GONZÁLEZ LAO
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

ID: *5984*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *síndrome burnout, enfermería, críticos y urgencias.*

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería desarrollan tareas de cuidados a los pacientes ante situaciones de difícil manejo como es el dolor, la muerte y procesos terminales, requiriendo una gran capacidad de adaptación, estabilidad psicológica y emocional dentro de su trabajo asistencial.

Dichas situaciones conllevan en muchas ocasiones sobrecargas emocionales y de estrés que de forma crónica y sostenida puede desarrollar problemas psicosomáticos, alteraciones psicológicas, problemas organizativos, enfermedades y patologías físicas, lo que se describe como Síndrome de Burnout o agotamiento profesional.

OBJETIVOS

Analizar el grado de prevalencia del Síndrome Burnout (SB) en los profesionales de enfermería de la atención al paciente urgente y crítico.

Evaluar el grado de agotamiento emocional, despersonalización y bajos logros personales, asociados al síndrome del Burnout.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudios transversal, analítico y observacional realizado en el primer trimestre de 2020, con una muestra de 58 sobre 83 enfermeros/as totales (n=53), para todos los turnos laborales. Se realizó dos encuestas: una encuesta autogestionada para la recogida de variables según literatura y otro cuestionario validado ‘’Marlasch Burnout Inventory’’.

Posteriormente para el tratamiento de datos se utilizó el programa SPSS, para el cálculo de las variables cuantitativas: media, porcentaje y Intervalor de Confianza 95%. Para las variables cualitativas: ANOVA, post-hoc, kruskhall Wallis, Chi- cuadrado, prueba de Fisher.

RESULTADOS

En los resultados se han detectado 4 casos de SB, aunque no han sido estadísticamente significativos.

En el análisis de las 3 dimensiones de SB con relación a las variables estudiadas, se encontraron resultados similares a otras investigaciones.

Se identificó una asociación estadística significativa en la variable turnos en relación a las dimensiones de SB. Área del paciente urgente - subgrupo agotamiento emocional en los turnos de tarde y rotación con un p-valor 0,040. Área del paciente crítico - subgrupo de despersonalización con un p-valor 0,046 y un IC 95% en los turnos de tarde y noche.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, tras obtener y comparar los resultados, nos encontramos con varias CONCLUSIONES

- En el caso de los niveles de SB de los profesionales de enfermería estudiados representa un 6,89% total, aunque no son cifras significativas, destaca la presencia de SB en las áreas estudiadas.
- Se identificó una afectación de los turnos laborales en relación con el mayor riesgo de SB, como reflejan las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización.
- Aunque la muestra obtenida de respuesta de los participantes es superior a la ‘’n’’ necesaria de muestra y superando los niveles del 60% exigidos por Fincham nos hemos encontrado con la limitación de un tamaño muestral pequeño que ha podido repercutir en la significación estadística demostrada. Recomendamos seguir con el estudio potenciando la participación.

SOLEDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES: UNA REALIDAD EMERGENTE

JOSEP RAMON TOST VALLS; DOLORS MATEO ORTEGA; CRISTINA TUDO MOIX; BEATRIZ URRUTIA CASADO; ELISABETH GONZALEZ LAO
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA

ID: *5985*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Soledad en el paciente crónico*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *soledad; hospital; cronicidad*

JUSTIFICACIÓN

La soledad no deseada se define como un estado de disconfort emocional por la ausencia de relaciones interpersonales. Tiene una elevada y creciente prevalencia en la sociedad occidental (17-55%), dato atribuible al envejecimiento de la población, los cambios en el sistema familiar, sociológicos y /o migratorios. Diversos estudios han relacionado la soledad con enfermedades mentales y cardiovasculares y con una mayor mortalidad. A nivel hospitalario, aunque la soledad puede facilitar los errores diagnósticos y/o farmacológicos existen pocos estudios al respecto.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de la soledad en pacientes hospitalizados y sus factores relacionados, en aquellos servicios donde por riesgo de complicaciones asociadas y seguridad clínica el paciente sería tributario de acompañamiento durante su estancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis transversal observacional de pacientes solos hospitalizados en el periodo de noviembre-2019 a febrero-2020. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años que consintieron participar y que puntuaban 0 en la escala de soledad según acompañamiento objetivado (0: nunca - 5: siempre). La observación se realizó cada 2 semanas en las mismas plantas médicas, quirúrgicas, paliativos, geriatría y en urgencias (si estancia superior a 24 horas). Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, estado civil), antecedentes patológicos (depresión, alcoholismo, deterioro cognitivo, enfermedad cardiovascular, uso de fármacos psicótropos), motivo de ingreso, necesidad de fármacos psicótropos o de contención física. Se pasó la escala de soledad validada EDSOL preguntando sentimiento de soledad por parte del paciente (0: nunca - 5: siempre), uso del móvil recurrente y detección de signos externos de malestar emocional. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se detectaron 103 pacientes solos sobre 1541 pacientes hospitalizados en las plantas estudiadas (prevalencia: 6,7%). 21 pacientes no fueron incluidos por estado confusional. La mayoría de pacientes eran varones (64%), de edad media 68 años (un tercio mayores de 80 años). La prevalencia de pacientes solos fue superior en plantas médicas (11%) y urgencias (9,6%) respecto a plantas quirúrgicas (4,1%). Se detectó distocia social en 19 pacientes (18,4% del total), asociada con frecuencia a enolismo crónico. La escala EDSOL en los pacientes estudiados mostró ausencia de signos de malestar emocional y de uso del móvil y puntuaciones medias en sensación de soledad.

CONCLUSIONES

En este estudio pre-pandemia, la soledad en pacientes hospitalizados era significativa, sobretodo en plantas médicas. La mayoría de pacientes eran menores de 80 años y con elevada distocia social. La percepción de malestar emocional asociado a la soledad fue leve. Son necesarios más estudios en soledad hospitalaria por riesgo de complicaciones asociado, especialmente en los ancianos.

CIENCIA POR LA CALLE: HACIENDO MÁS HUMANA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

JOSÉ JONAY OJEDA FEO [(1)]; ANA COLOMA ZAPATERO [(2)]; PALOMA GÓMEZ CAMPELO [(3)]; AITANA LÓPEZ REDONDO [(3)]; MARÍA QUINTANAR JAIME [(3)]; GEMA VALLÉS PÉREZ [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(2)] FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [(3)] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *5986*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Investigación biomédica, Responsabilidad social, Objetivos de desarrollo sostenible, Difusión del la ciencia, Alfabetización en salud, Humanización*

JUSTIFICACIÓN

Los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) tienen como valor principal la generación de conocimiento biomédico que garantice la mejora de la salud de los pacientes. Por ello, se considera fundamental la actividad más allá de los laboratorios, enfocando los procesos desde una perspectiva más humana y cercana a todos los grupos de interés. En esta línea, nuestro IIS dispone de un sistema de gestión de Responsabilidad Social, un compromiso con la implantación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y una Comisión de Humanización y de Responsabilidad Social y Científica (CHRSC) que, situando el foco en varios de nuestros ODS, ha emprendido un proyecto titulado “Ciencia por la Calle”.

OBJETIVOS

Promover el interés científico entre la población joven de forma que los grupos en riesgo de exclusión se sientan al alcance de esta posibilidad laboral. Visibilizar la labor investigadora y la importancia de la participación ciudadana en la investigación. Difundir los principios de igualdad y diversidad, así como la no discriminación en la ciencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de la Memoria de Sostenibilidad del IIS se determinan las acciones a implantar para el cumplimiento de los ODS establecidos como estratégicos y relevantes. Estas acciones se planifican por la CHRSC, en la que participan no sólo profesionales del IIS sino representantes de Asociaciones de Pacientes y representantes municipales.

En base a la comunicación fluida con el personal del Distrito y las solicitudes recibidas se planifican actividades en centros educativos y sociales de la zona, dejando registro de las mismas y comunicando sus resultados a profesionales y población general.

RESULTADOS

Actualmente se contabilizan las primeras actuaciones realizadas y dirigidas a colegios e institutos, que han consistido en talleres de ciencia dirigidos a alumnos y alumnas entre 10 y 13 años. Las actividades tuvieron lugar el Día Internacional de la Mujer y la Niña en la Ciencia (11 de febrero), y a la misma asistieron investigadoras del IIS con el fin de visibilizar su trabajo y fomentar referentes femeninos que pudiesen contribuir a la elección de estas áreas como carreras profesionales. Entre las próximas actividades planificadas se encuentran dirigir las mismas a jóvenes en situación de exclusión social, nuevas acciones de visibilización de la ciencia en residencias y centros de día, así como seguir recibiendo en las instalaciones del IIS a la ciudadanía con el fin de mostrar nuestro lado más humano y difundir y promover la investigación y la innovación.

CONCLUSIONES

Nuestro IIS trabaja para conseguir “humanizar” la investigación ya que el acercamiento a la sociedad es fundamental para nuestros objetivos. Visibilizar la ciencia como carrera profesional poniendo énfasis en la inexistencia de barreras para alcanzar esta meta es una prioridad que tenemos en nuestra institución, por ello consideramos determinante acercar posturas con entidades educativas y sociales del distrito.

NUEVO MODELO ASISTENCIAL CON VEHICULO PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

MERITXELL DAVINS; ROGER VILLUENDAS; JUANA LINARES; CARLES QUIÑONES; LLUISA GARCIA VIDAL; GLORIA CARDONA; JORGE ABAD; LAURA CAÑAS; ANTONI BAYES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

ID: *5991*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Innovación asistencial, nuevo modelo asistencial*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia nos ha llevado a situaciones extremas, mostrando la necesidad de una transformación del sistema. No podemos obviar la necesidad de la transformación digital y que el paciente puede ser un recurso muy eficiente. No podemos disminuir la calidad, la seguridad ni abandonar a los pacientes. Un ejemplo claro son el control de los marcapasos. La visita telefónica es insuficiente para garantizar esta calidad, puesto que no podemos saber cómo está el nivel de batería, si hay una arritmia asintomática, si hay una alteración del cableado,… Necesitamos reinventarnos para mejorar la experiencia del paciente y transformar los modelos.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad y seguridad asistencial.
- Incrementar la eficiencia del sistema
- Mejorar la experiencia del paciente: Patient journey y apoderamiento.
- Estar preparados por una nueva pandemia.

PROYECTO

El proyecto tiene como base un nuevo punto de atención hospitalaria con vehículo. En este el paciente hace las diferente prestaciones sin bajar del vehículo. El primer caso de uso fue con los marcapasos. El paciente se le realiza una interrogación del marcapàs estando él en su vehículo acompañado de sus acompañantes. Esta prestación es realizada por una TCAI y dura 2 minutos. Y a las 24-48 horas se realiza una visita telefónica donde se le da los resultados teniendo toda la información. Es el primer dispositivo de estas características a nivel español. Dado los buenos resultados y la gran acogida por los profesionales y sobre todo por los pacientes se ha escalado con otras prestaciones como es: Recogida de poligrafías, dispensación de medicación de dispensación hospitalaria. Se está trabajando para poder ampliar el tipo de prestación. Se ha trabajado también con una aplicación (app) para poder mejorar el apoderamiento y la adherencia terapéutica sobre todo en los pacientes con MHDA. Se espera poder poner el primer paciente a la app el próximo mes de abril.

RESULTADOS

En el momento actual se han realizado 1233 controles de marcapasos, 987 dispensaciones de MHDA y 22 poligrafías. Los resultados obtenidos en la valoración de los marcapasos en el nuevo dispositivo ha estado: 78,9 (población de riesgo por COVID), un 6% de los casos se ha tenido de realizar visita presencial por una complicación detectada gracias a la interrogación remota y una satisfacción por parte del paciente de 4,95 sobre 5.

CONCLUSIONES

Modelos innovadores centrado en el paciente como este, fácilmente implantables y escalables son necesarios para poder mejorar la seguridad, la eficiencia y la mejor experiencia del paciente. Los pacientes destacando poder estar siempre acompañados por sus familiar, no tener que bajar del coche, no tener problemas de aparcamiento y movilidad y ser rápidos. Los profesionales: la seguridad en el control de los marcapasos. El hospital realza la disminución de la afluencia dentro del hospital mejorando la seguridad por el riesgo de transmisión al ser un espacio abierto y poder ser más eficientes.

UN “ME GUSTA” A LA COMUNICACIÓN SANITARIA POR REDES

SARA CELORRIO DIEZ; VANESA MARTIN GONZALEZ
CENTRO DE TRABAJO: OSI BARAKALDO-SESTAO

ID: *5992*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *redes sociales comunicacion crisis*

JUSTIFICACIÓN

En marzo de 2020, el inició de la pandemia por COVID supuso preocupación y desconcierto en una sociedad que reclamaba información sanitaria veraz de fuentes rigurosas. Este contexto, marcado entre otras cosas por cambios de protocolos y normativas constantes, evidenció la necesidad de establecer una comunicación rápida y fluida entre nuestra organización sanitaria y la ciudadanía.

Tras un análisis sobre las herramientas a nuestro alcance, concluimos que las redes sociales aunaban las características que estábamos buscando.

OBJETIVOS

El objetivo general que perseguíamos con la creación de nuestros perfiles en redes era el de convertirnos en una fuente de información sanitaria de referencia de la sociedad, en concreto de la población de nuestro ámbito de actuación. En un entorno caracterizado por la sobreinformación y desinformación, nuestros perfiles pretendían no solo ofrecer a la sociedad aquella información que solicitaban, sino también responder a aquellas dudas que les podrían surgir derivadas de la situación de alerta sanitaria.

Como objetivo específico, conseguir visibilidad en nuestros perfiles era una pieza clave para que nuestros mensajes llegaran a un amplio número de gente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los materiales que necesitamos para el desarrollo y funcionamiento fueron: un ordenador con conexión a internet y acceso libre a las páginas de redes sociales, un móvil para poder gestionar con fluidez los perfiles y una persona especialista en comunicación digital.

De todas las plataformas de redes sociales existentes a día de hoy, decidimos crear nuestros perfiles en Facebook y Twitter teniendo en cuenta el público objetivo de cada red social y el nuestro. En cuanto a la metodología seguida, diseñamos un plan que detallaba el número de publicaciones que íbamos a realizar por semana, el estilo de escritura, las imágenes…

También consideramos fundamental realizar un seguimiento de la acogida que estaban teniendo nuestros perfiles, por ello realizamos informes de seguimiento trimestrales.

RESULTADOS

Los resultados logrados cumplieron nuestro objetivo principal y respondimos al 100% de las dudas que nos trasladaron mediante las redes. Durante el primer año de funcionamiento del perfil de Facebook conseguimos más de 700 seguidores y otros 100 en Twitter. Otro indicador a tener en cuenta es el dato de alcance conseguido: durante el primer año en Facebook fue de 30.000 y en Twitter de un alcance 47.000

CONCLUSIONES

Ante una situación nueva, excepcional y de alarma la sociedad demanda información actualizada, veraz y comprensible. Es responsabilidad de las organizaciones sanitarias cubrir estas necesidades informativas de la manera más eficiente posible adaptándose a las circunstancias y medios disponibles en cada momento. Las redes sociales han demostrado ser herramientas útiles para que organizaciones hagan llegar sus mensajes a la sociedad.

MEJORANDO EL CONTROL DE CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARISA FORÉS PALACIOS; CARMEN MENSA GUIJO; JUDITH LAVADO MÁRQUEZ; MARTA MARTÍNEZ MIGALLÓN; ALBERT MORA MARTÍNEZ; ESTHER GRANADO FONT
CENTRO DE TRABAJO: CAP HORTS DE MIRÓ

ID: *5995*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad Calidad Paciente*

OBJETIVOS

Las consultas de urgencias y gestión de la demanda aguda son espacios donde se requiere una asistencia rápida, se debe tener acceso inmediato a todo el material y estar seguros que tanto éste como la medicación que se requerirá, está en condiciones óptimas para su uso, de la misma manera que los almacenes clínico y de farmacia tienen que optimizar el espacio y permitir el fácil acceso al material y estar en perfectas condiciones.

Durante la utilización de ambos espacios y las herramientas de las que disponemos para el control de seguridad y calidad (roSP y TPSCloud), nos hemos encontrado material caducado, duplicado y de riesgo biológico.

El Lean Manufacturing es una filosofía de trabajo enfocada en la mejora contínua y la optimización de un servicio mediante el cumplimiento de su objetivo que es la disminución del derroche de cualquier tipo. En este caso nos centramos en el de inventario.

Una de las herramientas Lean son las 5S que se centran en la limpieza y orden de cualquier área. Es la base para la implementación de otras mejoras. Las 5S se desarrollan en 5 pasos: Eliminar, ordenar, limpiar, estandarizar y disciplina.

Los beneficios de esta técnica son:

- Facilitar el acceso al material durante el trabajo Evitar la búsqueda innecesaria de material Mejorar visualmente el ambiente de trabajo
- Crear y mantener unas condiciones seguras para realizar el trabajo Reducir las pérdidas de material (también por caducidad)
- Crear las bases para la mejora continua.

OBJETIVOS

1. Optimizar el espacio de las consultas y los almacenes.
2. Reducir el stock para evitar caducidades innecesarias.
3. Mejorar la seguridad de los trabajadores y de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Formación de un grupo de mejora multidisciplinar (Enfermería, Medicina, Técnico en Curas Auxiliares Enfermería). Reordenación de los espacios para su optimización.

Comunicación al equipo de todas las decisiones y cambios.

Para la evaluación utilizaremos las herramientas de las que disponemos para el control de calidad y seguridad: PROSP CAT: Aplicació Proactiva de Seguretat dels Pacients de Catalunya

Sistema de notificació d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients

RESULTADOS

Desde la creación del grupo de mejora se han notificado menos incidentes en relación a la seguridad, se han optimizado los espacios (tanto del área de atención urgente como de los almacenes) y ha disminuido el material desechado por exceder la caducidad.

CONCLUSIÓN

Tener un sistema de notificación de incidentes y un control de caducidades además de una cultura de calidad y seguridad implantada en un equipo de salud, disminuye los riesgos de daño asociados a la asistencia sanitaria y mejora la calidad de la misma.

PROYECTO DE PROCESO DE RESULTADOS CLÍNICOS EN SARCOMAS

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ [1]; JAVIER GARCIA DEL MURO SOLANS [2]; GABRIEL ANDRÉS MOLERO [2]; JOAN MUNIESA RUBIO [3]; EVA LOUREIRO VARELA [2]; ROSER BRICULLE FUENTES [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL, [2] ICO HOSPITALET, [3] ICO HOPSITALET

ID: *5998*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Sarcomas, resultados clinicos, bases de datos, big data, acreditaciones.*

JUSTIFICACIÓN

L'assistència oncològica des d'una unitat funcional amb l'ús de protocols internacionals adaptats a cada centre, precisa i obliga a disposar de resultats, tant clínics com a activitat. Són necessaris per avaluar l'assistència i implementar millores. Su cumplimiento además conlleva, en el caso de los sarcomes, al reconocimiento como centro terapéutico de referencia (CSUR).

OBJECTIUS

- Disponer d'una BBDD adaptada
- Obtenció de resultats clínics del món real per al coneixement de l'activitat assistencial i per a millorar les millores terapèutiques
- Necessitat de complir amb la demanda d'indicadors de l'acreditació CSUR

MATERIAL I MÈTODES

- Se pretengui unificar les diferents bases de dades (BBDD) en les que s'han realitzat registres de sarcomes. Període: 2012-2021
- Mapeo de les variables de les BBDD de sarcomes explorades, cinc en total, amb un rang de 57 a 180.
- Recuperar i validar entre 1.100 i 1.500 registres per no perdre la potència històrica de la cohort i obtenir una descriptiva bàsica, corbes de supervivència global i alguns indicadors.
- Crear un formulari nou al BBDD pilot de resultats, de la que ja es disposa al centre, prèvia consens de variables i diccionaris. De este modo la explotación de datos comunes ya queda vinculada a la general de tumores.
- Definir el procés de Sarcomes.
- Automatitzar algunes fases del procés de reconeixement de dades i altres de resultats.

RESULTATS

Destacar la complejitat del procés d'identificació, correlació i selecció definitiva de variables. Del total de 223 s'han seleccionat 127. De estas darreres, 50 ja tenen diccionaris que poden compartir identificació prèvia i adaptació de les seves categories equivalents entre les taules prèvies. Una veintena son fechas d'esdeveniments. Per a la creació del formulari nou de sarcomes s'ha utilitzat el bàsic comú (amb un centenar de variables comunes) añadint com a específiques de la patologia el resto.

El rescat de dades dels registres anteriors, ha precisat una programació informàtica d'equivalències entre variables i diccionaris per a la seva càrrega directa. Ha estat necessari un control manual i neteja de dades posteriors dels mateixos des dels taulers i tots els completats des de les històries clíniques. Se mostra descriptiva preliminar de los resultados.

CONCLUSIONS

- Importància de definir: el procés clínic concret i les variables i indicadors que contesten les preguntes assistencials reals, previ a l'ús de les eines de IA.
- Incrementar la quantitat de dades reconegudes.
- Inversión de temps en la neteja de dades, amb la possible reconversió de les funcions de documentalistes.
- Ventatges d'invertir en talent interior per a un millor control de confidencialitat de dades.
- Posibilitats d'automatitzar la sortida de resultats a temps real dels informes que es consideren.
- L'ús d'eines de IA permet agilitar tots els procediments, amb adaptació i aprenentatge de cada una de les seves aplicacions i correccions.

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

PATRICIA CORRO MADRAZO [1]; MARIA ORO FERNANDEZ [2]; JOSÉ LUIS TEJA BARBERO [2]; MARTA GONZÁLEZ SANTOS [2]; ÓSCAR FERNÁNDEZ TORRE [2]; VERÓNICA BRUGOS LLAMAZARES [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, [2] SUBDIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA, [3] HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA-TRES MARES

ID: *5999*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SiNASP, INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS*

JUSTIFICACIÓN

Tras el estudio ENEAS sobre los Eventos Adversos (EA) ligados a la hospitalización, el Ministerio de Sanidad observó que hay una alta incidencia de EA que además generan un alto coste. De ahí, se desarrolló un sistema de notificación de incidencias para su análisis posterior y planificar las medidas para su reducción: SiNASP. El objetivo principal del SiNASP es que aprender de los errores. Con ello, podemos mejorar la seguridad de los pacientes, promover cambios en el sistema y en el aprendizaje. Un modelo que contribuye a examinar los fallos del sistema y su repercusión sobre la seguridad del paciente. Esto no significa que, a más notificaciones, más errores; si no que tenemos más oportunidades de aprendizaje y de acción de mejora. Desde su implantación el número de notificaciones se ha venido manteniendo en el tiempo e incluso aumentando coincidiendo con las formaciones, hasta la llegada de la pandemia, donde hemos visto un gran impacto en el sistema lo que nos hace ver la necesidad de volver a difundir y formar a los profesionales en la importancia de la gestión de riesgos y en la cultura de seguridad.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en las notificaciones del SINASP, tanto en tendencia como en tipo de incidentes y eventos adversos notificados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo donde se analizan los resultados del informe del SINASP de los últimos años (2019-2022) evaluando el cambio generado en el número de notificaciones y en su tipología. Primero a nivel de CCAA y posteriormente por área de notificación: hospitalaria y atención primaria (AP). Se objetiva el tipo de notificación más frecuente, si llega a paciente y si tiene daño asociado, así como el perfil de profesional que notifica.

RESULTADOS

Durante el año 2020 hubo un descenso significativo del nº de notificaciones de un 36,3% respecto al año previo que mejoró hasta una reducción del 22% en el año 2021. Dentro del área hospitalaria parece recuperarse (189 en 2019, 129 en 2020 y 171 en 2021) a diferencia de la primaria, que continua con un descenso muy significativo (45 en 2019 pasando a 11 en 2021). En relación al tipo de notificaciones, previo al 2020 eran los incidentes relacionados con la medicación los más notificados, cambiando a incidentes relacionados con la gestión organizativa/recursos tras la pandemia tanto a nivel CCAA como por áreas. Destaca la identificación como segundo incidente más notificado en AP en 2020 lo cual, desencadenó acciones de mejora en la identificación y trazabilidad de muestras PCR. La enfermería es quien más notifica, sin diferencias pre y post pandemia.

CONCLUSIONES

El SiNASP proporciona mucha información y de gran valor sobre incidentes y EA. Actualmente, existe una infranotificación importante. De ahí, la necesidad de potenciar y difundir esta herramienta entre nuestros profesionales, sin olvidarnos del posible efecto de segundas víctimas que se puede desarrollar al estar involucrados en un Evento Adverso.

SATISFACCIÓN DE UNA UNIDAD CALIDAD COMO SERVICIO TRANSVERSAL EN LA GESTION DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MERCEDES ROMÁN FUENTES; ÓSCAR CRUZ SALGADO; NATALIA CASASOLA LUNA; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ; MARTA DEL NOZAL NALDA; JESÚS CÁRCAMO BAENA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *6000*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SATISFACCIÓN, CALIDAD, PERCEPCIÓN*

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los elementos claves en la Gestión de la Calidad de las instituciones sanitarias la presencia de Unidades de Calidad como servicio de apoyo transversal a objetivos, líneas de trabajo y políticas sanitarias es un factor fundamental para dar continuidad a las estrategias establecidas. Nos proponemos valorar la percepción de nuestros profesionales con la actividad desarrollada por la Unidad de Calidad en el Centro.

OBJETIVO

Medir satisfacción de los profesionales con la atención recibida por la Unidad de Calidad en las diferentes líneas de trabajo de su cartera de servicios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado un cuestionario en formato electrónico accesible a través de email con un link de enlace al mismo. El cuestionario se compone de 12 preguntas.

Las instalaciones son adecuadas, Accesibilidad y contacto con el personal, Tiempo de respuesta en la necesidad planteada, Grado de resolución, Trato recibido, Asesoramiento en los procesos de certificación, Asesoramiento Incidentes de Seguridad/ Sistema de notificación, apoyo a la Acreditación de Competencias Profesionales, apoyo a las Comisiones Hospitalarias, satisfacción con la Formación que la Unidad de Calidad ha impartido, satisfacción global con la Unidad de Calidad, etc.

Las opciones de respuesta están categorizadas de 1 a 5 (1 puntuación mínima y 5 puntuación máxima) y 2 preguntas abiertas en un apartado de texto libre para aportar sugerencias/mejoras y fortalezas.

Diseño descriptivo observacional transversal del período comprendido entre octubre de 2021 a abril 2022.

Población: profesionales del hospital que han tenido contacto estrecho con la Unidad de Calidad sectorizándolo a: Miembros de las Comisiones Hospitalarias, Jefes y supervisores de Unidades, Gestores de Incidentes de seguridad

RESULTADOS

Se utilizó la técnica de encuesta usando como herramienta el cuestionario de satisfacción. Números de cuestionarios cumplimentados: 79

La satisfacción global como media para la pregunta “De forma general, valore su satisfacción con la Unidad de Calidad” (4-5) fue de un 87,34%.

Con respecto a áreas específicas de asesoramiento y apoyo se obtuvieron unos niveles de satisfacción (puntuación 4-5) de:

Asesoramiento de Acreditaciones/certificaciones (Unidades 85.38% y profesionales 80%), Asesoramiento en estrategias de seguridad del paciente 82.61%, Coordinación de Comisiones hospitalarias 85,07% y formación 95.56%.

CONCLUSIONES

Los resultados nos permiten detectar áreas de mejora y resaltar fortalezas que ponen de manera objetiva el valor añadido que estas Unidades aportan.

Los comentarios aportados por los profesionales encuestados en el apartado de texto libre (sugerencias/mejoras), ponen de manifiesto la satisfacción con la actividad desarrollada si bien, destacan como líneas de mejora, dar mayor visibilidad a las actividades desarrolladas y como fortalezas, destacan la profesionalidad, formación, implicación de los profesionales que integran la Unidad de Calidad y su accesibilidad

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL POST PANDEMIA MEDIANTE UN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN GUI

Mª LOURDES RAMIREZ SAMANIEGO [(1)]; LUISA FERNANDA MARTINEZ RODRIGUEZ [(2)]; Mª ISABEL ROMO SOLER [(3)]; JON LETONA ARAMBURU [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DIRECCION GENERAL OSAKIDETZA, [(2)] OSAKIDETZA, [(3)] OSAKIDETZA

ID: *6001*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Autoevaluacion, Modelo Gestion Avanzada, Medicion resultados y Mejora continua*

JUSTIFICACIÓN

Es responsabilidad de la DG, la colaboración, control, coordinación estratégica y los poderes centralizados de gestión que se establezcan respecto a todas las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del ente.

Una vez superada la crisis pandémica, y en el convencimiento de que seremos capaces de convivir con ella, nos enfrentamos al reto de retomar la gestión de la normalidad, y la definición de un horizonte al que encaminar nuestro sistema de salud, lo que exige evaluar el impacto que la crisis sanitaria ha tenido en nuestra organización y en las OS respecto a la gestión.

Es necesario adoptar un marco de gestión adecuado capaz de estructurar y recoger los objetivos en diferentes ejes, el plan de acción y la medición de resultados.

El Modelo de Gestión Avanzada propuesto, (evolución del modelo EFQM), que centra la gestión en 5 elementos: Estrategia, Clientes, Sociedad, Personas, Innovación e incorpora un sexto elemento de Resultados relacionados con cada uno de los anteriores, permitirá la trasformación de la gestión en la Dirección General hacia un mapa de procesos integrado, "rompiendo los procesos estancos" para crear un espacio asistencial (E. Clientes) soportado por la estrategia (E. Estrategia), y conectado con los principales aliados (E. Sociedad): Departamento de salud, OS, Espacio Social y basado en principios de eficiencia y sostenibilidad. En el trabajan profesionales (E. Personas) que cuentan entre sus valores: la experiencia, la capacidad para generar conocimiento e innovación en la gestión, y aprendizaje continuo (E. Innovación).

Este modelo de gestión propugna la MEDICIÓN DE RESULTADOS Y LA MEJORA CONTINUA.

OBJETIVOS

- Disponer de un Autodiagnóstico actualizado según el MGA para un análisis situacional.
- Disponer de un Informe de Diagnóstico de situación.
- Identificar y/o redefinir los procesos clave estableciendo nuevos objetivos. Método
- Presentación del Modelo de Gestión Avanzada y de la mecánica de autodiagnóstico y contraste al equipo directivo de la DG y del perímetro de la evaluación.
- Autoevaluación por parte del equipo directivo, centrado sobre todo en la gestión de la Dirección general. Enfoque corporativo, pero sin entrar en el detalle
- Informe priorizado con las principales áreas de mejora.
- Creación de 5 grupos de trabajo para avanzar en las áreas de mejora identificadas con el compromiso de identificar iniciativas a desarrollar para dar respuesta a las mismas

RESULTADOS

Informe de priorización identificando lo PF y AM de la D Entrega a la DG del resultado de este proceso

Avanzar en el compromiso de la mejora continua

CONCLUSIONES

Este proceso reflexivo ha permitido al equipo Directivo obtener una visión global de la Dirección General. Analizar qué hacemos y qué resultados obtenemos.

Identificar pistas para la acción. Planificar el ritmo de acción.

Implicar a los profesionales de la Dirección General en este proyecto.

AUTOMATIZACIONES Y CONTROL DE CALIDAD DOCUMENTAL EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD PARA ESTUDIOS DE SUPERVIVENCIA

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ [1]; JOAN MUNIESA RUBIO [2]; ROSER BRICULLE FUENTES [2]; GABRIEL ANDRÉS MOLERO [2]; EVA LOUREIRO VARELA [2]; ANA M. ESTEVE GÓMEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL, [2] ICO HOSPITALET

ID: *6003*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Palabras clave: *Mortalidad, supervivencia, oncologia, INDEF, big data*

JUSTIFICACIÓN

Agilizar las consultas periódicas de datos entre las BBDD de estudios de cohorte oncológicos y el Índice Nacional de Defunciones (INDEF), automatizando el envío de listas y la carga de registros recibidos.

OBJETIVOS

- Optimizar el trámite reiterativo de cruces y envíos de registros.
- Disminuir las devoluciones y reenvíos con niveles de aceptación bajo.
- Validar el control de seguimientos de los pacientes oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- A partir de la BBDD creada para la obtención de resultados clínicos en términos de supervivencia, se crean consultas según la normativa del INDEF para cruzar los registros. Se precisa permiso específico y tarjeta digital para controlar el acceso.
- La BBDD permite la extracción de listados masivos, con identificación de errores en su confección que permite su corrección previo envío. La entrada en la consulta del INDEF es directa y de respuesta rápida (inferior a 24h).
- Las respuestas se validan, primero según el nivel de coincidencia: los "1a" se introducirán automáticamente, y el resto serán introducidas por documentalistas expertas.
- Tras la validación quedarán estructurados: el nivel de cruce, la fecha de exitus recibida en un campo distinto a la fecha identificada por el centro (si la tuviere), y la fecha de realización de la consulta. Para el análisis de supervivencia, los individuos en los que no conste ninguna fecha de exitus se considerarán en seguimiento hasta la fecha del cruce con INDEF.

Se realiza un estudio piloto sobre 2 patologías tumorales (mama y pulmón) más prevalentes en las que se puede objetivar la ganancia de la consulta masiva, la confiabilidad de niveles de cruce, cuantificando la ganancia de entrada de datos en cada uno de ellos.

RESULTADOS

Se dispone aproximadamente de 4.000 registros por cada patología sobre los que actualizan sus curvas de supervivencia.

La ganancia de datos es la aportación inferior al 10% más de datos sobre las fechas de exitus identificadas (según patología).

Estos son automatizables en más de un 55% por tratarse de niveles "1a", el resto precisan de una validación manual.

Como control de calidad documental adicional, para los casos en que se dispone de las 2 fechas de exitus (del centro y del INDEF), antes de decidir la mayor fiabilidad entre ellas se establece un cálculo de intervalo entre ellas. La mayoría, más del 90%, son coincidencias. De las restantes el intervalo de mayor frecuencia es de 1 día de diferencia. Se analizan a parte los intervalos superiores a 10 días para verificar su nueva aceptación.

CONCLUSIONES

- Importancia de definir: el proceso concreto de solicitud y carga, así como las variables necesarias para construir indicadores de control de calidad.
- Inversión de tiempo en la limpieza de datos, con la posible reconversión de las funciones de documentalista.
- Alto nivel de control de seguimientos de los pacientes.
- Máximo rendimiento de los niveles de aceptación de cruce, evitando reenvíos necesarios.
- Alto nivel de control de seguimientos.

IMPLANTANDO MEDIDAS PARA EL USO SEGURO DE GASES MEDICINALES EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

CRISTINA BILBAO GÓMEZ-MARTINO; MARTA AYLLÓN MORALES; CARMEN SOBRINO JIMENEZ; NURIA BLAZQUEZ RAMOS; MARGARITA RUANO ENCINAR; ALICIA HERRERO AMBROSIO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *6004*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *gases medicinales, seguridad, calidad*

JUSTIFICACIÓN

Los gases medicinales (GM) son considerados medicamentos desde la Ley 25/1990 que los clasificó como medicamentos especiales. Actualmente, su uso se regula por el RD.1345/2007 y el RDL.1/2015, de garantías y uso racional de los medicamentos. Por ello, es responsabilidad del farmacéutico su correcta adquisición, conservación y dispensación, así como garantizar su uso seguro.

Sin embargo, en la mayoría de hospitales su gestión ha correspondido tradicionalmente a los servicios de mantenimiento e ingeniería, y no suelen incluirse como medicamentos en los programas de prescripción, careciendo de validación farmacéutica y aumentando el riesgo de errores de medicación.

OBJETIVO

Implantar y difundir estrategias para el uso seguro de los GM acordes a la legislación en al menos el 90% de las unidades de hospitalización de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Servicio de Farmacia (SF) revisó la legislación y bibliografía disponible, siendo de especial utilidad los procedimientos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria elaborados junto a la Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria.

Junto con el Servicio de Mantenimiento (SM), se evaluaron los procedimientos actuales de gestión de GM del centro, y sus circuitos de distribución. Se revisaron las zonas de almacenamiento y la información disponible sobre la correcta utilización de los GM en las unidades de hospitalización.

Se elaboró y difundió cartelería adaptada a la legislación para la identificación de estas zonas. Se realizó y difundió un poster informativo con las principales recomendaciones para el uso seguro de los GM, así como fichas de uso seguro para los 6 GM comercializados en España.

RESULTADOS

El equipo multidisciplinar formado por SF y SM consensuó que las primeras medidas para el uso seguro de GM se centraran en la correcta identificación, almacenamiento y manipulación de las botellas de gas.

Se elaboraron seis fichas para el uso seguro de cada GM, describiendo su etiquetado, presentaciones disponibles, indicaciones, posología, toxicidad, contraindicaciones, precauciones de uso e información de conexiones.

Se elaboró un cartel informativo sobre la identificación, correcto almacenamiento y uso seguro de los GM.

Las fichas y carteles fueron difundidos a través de la intranet del hospital, y distribuidos a los 42 supervisores de las plantas de hospitalización (100%). Se revisaron las zonas de almacenamiento de GM en las unidades clínicas y se informó a los supervisores sobre las mejoras necesarias conforme a la legislación.

El SF impartió una sesión informativa para asegurar la formación de los farmacéuticos en la materia.

CONCLUSIONES

Las medidas adoptadas ordenan y favorecen la seguridad en el uso y almacenamiento de los GM, disminuyendo el riesgo de cometer errores de medicación.

Las futuras acciones incluirán la gestión integral de estos medicamentos liderada por el SF, así como garantizar la formación e información quirófanos, consultas y otras unidades.

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE TELEMEDICINA EN UNA MUTUA LABORAL

CARME SAURÍ; MONICA RODRIGUEZ; JORDI ORTNER; XAVIER FARRÚS; JOSÉ ENRIQUE RODRÍGUEZ; DIEGO MOYA
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *6006*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Telemedicina, plataforma tecnológica, solución tecnológica, medicina virtual, medicina en remoto*

JUSTIFICACIÓN

MC MUTUAL es una mutua colaboradora con la Seguridad Social de ámbito nacional, cuenta con 86 centros ambulatorios que conforman la red asistencial, presente en todo el territorio español. La incorporación de la Telemedicina forma parte del plan de transformación digital de la organización, que apuesta por la aplicación de soluciones innovadoras con el fin de adaptarse a las necesidades de su población protegida y mejorar su experiencia sanitaria y de otras prestaciones en la mutua. Nos concentraremos en la descripción de las características de las visitas médicas, en las que en un contexto de interacción de pacientes y profesionales, se lleva a cabo la exploración del paciente o el análisis de las pruebas diagnósticas.

OBJETIVOS

Describir la implantación y desarrollo del proyecto de Telemedicina en un mutua colaboradora con la Seguridad Social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un proyecto a dos años (abril 2021-abril 2023) y consta de dos fases (26 y 17 centros, 43 en total, y las 3 clínicas).

Se seleccionaron los centros de ambas fases y se planificó la instalación de la tecnología de forma progresiva. Paralelamente se creó un equipo de profesionales sanitarios que elaboró el procedimiento para desarrollar adecuadamente las visitas de Telemedicina. Finalmente se creó un grupo de soporte técnico y seguimiento de incidencias (Unidad de Seguimiento y Ayuda a Telemedicina).

RESULTADOS

Durante el inicio del proyecto se integró la plataforma tecnológica en las clínicas y 26 centros ambulatorios y de forma progresiva se extiende a 17 centros más. Se realizó formación a los profesionales sanitarios implicados mediante el aprendizaje teórico y por simulación.

Se ha realizado una valoración de los riesgos (demora de la puesta en marcha con pacientes, resistencia de los profesionales a la utilización de una nueva herramienta, y problemas informáticos) y se ha establecido un plan preventivo.

El seguimiento se realiza con indicadores de estructura (implantación de equipos, formaciones realizadas e incidencias), proceso (numero de actuaciones, vinculación quirúrgica de las actuaciones y porcentaje sobre el total) y resultado (satisfacción pacientes, profesionales, numero de visitas de especialista total y coste) y en su nivel de adecuación a los objetivos planteados.

Se han llevado a cabo diferentes actuaciones de comunicación interna y acciones de sensibilización para promover el cambio cultural.

CONCLUSIONES

La Telemedicina permite mejorar la accesibilidad y la experiencia del paciente durante su contacto con la mutua, así como la experiencia de los profesionales.

El objetivo fundamental de la telemedicina es incrementar la accesibilidad y calidad de la atención. Profesionales y pacientes han de sentirse confortables y seguros.

La eficiencia por la reducción de los desplazamientos y en la realización de pruebas complementarias, la accesibilidad a especialistas desde cualquier ámbito geográfico, son elementos que impactan en la experiencia de los pacientes.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN A TRAVÉS DEL AUDIT DE HISTORIAS CLÍNICAS

MARTA TORRES; ALBERT VIVES; DIEGO MOYA; JORDI ORTNER; NORMA GRAU; ELENA PEREGRÍN
CENTRO DE TRABAJO: MC MUTUAL

ID: *6009*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *audit historias clínicas, revisión historias clínicas, evaluación historias clínicas, calidad registro asistencial*

JUSTIFICACIÓN

Desde hace más de 10 años se desarrolla un programa sistemático de audit de historias clínicas que revisa la calidad de los registros de los profesionales médicos, enfermeros y fisioterapeutas. Desde hace dos años se ha desplegado una historia clínica que incorpora los aspectos asistenciales y los de medicina evaluadora y de otras prestaciones. Esta herramienta está en constante desarrollo, y se configura como un instrumento que mide algunos indicadores, expresión de calidad de las actuaciones asistenciales en los 86 centros ambulatorios

OBJETIVOS

Evaluar aspectos de la adecuación de la actuación asistencial, médica y de enfermería a través del audit de historias clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se selecciona una muestra de 880 historias clínicas, en donde se revisan por dos expertos en auditoría de historias clínicas los registros que informan de la adecuación de la actuación asistencial, con un grado bueno de concordancia.

Para médicos se revisa la adecuación de la solicitud de pruebas complementarias y la adecuada indicación del tratamiento fisioterápico. Para el colectivo de enfermería se revisa la adecuación en el seguimiento de las curas de las heridas, y también se revisa el seguimiento de las inmovilizaciones y yesos.

Se aportan los resultados de los indicadores de las auditorías del 2020 y del 2021, comparando su evolución.

RESULTADOS

La justificación de la solicitud de pruebas complementarias externas debe incorporar el motivo de solicitud, la justificación de la prueba, con algo que indique el motivo de la petición. En 2020, el promedio de puntuación de todos los centros fue de 8,3 sobre 10. En 2021, esta nota se incrementó hasta un 9,4 de nivel de adecuación.

En relación con la indicación del tratamiento rehabilitador, la justificación debe incluir, al menos, uno de los siguientes ítems que justifique la solicitud: Mejorar el balance articular o muscular, Disminución del dolor o Recuperar el déficit neurológico. En este ítem el promedio de puntuación de todos los centros fue 10, tanto en 2020 como en 2021.

En enfermería, el registro del seguimiento de las curas de las heridas se consolida de manera general (puntuación de 10 en 2020 y en 2021). En cuanto al seguimiento de inmovilizaciones y yesos, los registros sistemáticos aparecen en la mayoría de casos. La auditoría los puntúa con un 10 desde el 2020.

CONCLUSIONES

La experiencia acumulada y el extraordinario rendimiento conseguido en valoraciones individuales y por centros, de profesionales médicos, de enfermería y fisioterapeutas, sirven para una práctica clínica de mayor calidad y de mejora de estas auditorías gracias a la nueva Historia Clínica electrónica.

La revisión de los registros clínicos, por lo que respecta a los criterios de adecuación, es un buen ejemplo del uso de estos instrumentos, para la detección de aspectos relacionados con el desarrollo de prácticas de valor y la reconducción de prácticas de escaso valor en los circuitos asistenciales de la organización.

UNSAFE SCAPE ROOM. INNOVANDO EN LA FORMACIÓN

KATI ALONSO RODRIGUEZ; AMAIA URANGA IBARRA; CONSUELO PANTOJA ALVAREZ; ISABEL URRUTIA JOHANSSON
CENTRO DE TRABAJO: CLINICA IMQ ZORROTZAURRE

ID: *6016*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *INNOVACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE, FORMACIÓN*

INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad del paciente permite trabajar de manera transversal, identificar puntos débiles y oportunidades para disminuir riesgos que pudieran suponer un error que cause daño al paciente.

Con el objetivo de reforzar la cultura de seguridad del paciente, desde 2012 se realizan cursos específicos destinados a los profesionales asistenciales. Como se venía apreciando una disminución de la asistencia y participación en las sesiones formativas, nos proponemos el reto de aplicar fórmulas innovadoras que resulten atractivas y eficaces.

Se analizan buenas prácticas de otras organizaciones sanitarias, descubriendo “La habitación de los errores”.

OBJETIVOS

- Diseñar una metodología diferente, innovadora.
- Aumentar la participación y asistencia a las sesiones formativas. Llegar a un mayor número de profesionales.
- Fomentar la cultura de la seguridad del paciente.
- Impulsar el sistema de notificación de incidentes, potenciar la notificación.
- Ofrecer feed back sobre los resultados y las acciones de mejora derivadas de la notificación.

METODOLOGÍA

- Buscar, valorar e identificar buenas prácticas de otras organizaciones.
- Desarrollar la idea de “La habitación de los errores”
- Trasladar la idea a la realidad propia de nuestra clínica enfocada a la gestión de riesgos de seguridad del paciente.
- Transformar la idea en papel en un juego donde los participantes son los protagonistas: Scape Room
- Definir el contenido de las sesiones formativas: objetivos, duración, estructura de las sesiones, etc..
- Preparar el escenario, dotar de los recursos para convertir una habitación de planta en un “scape room”.
- Hacer una simulación contando con profesionales propios, y validación del piloto.

RESULTADOS/ CONCLUSIONES

En el marco del plan de formación se han planificado 6 sesiones formativas en este formato, siendo la participación de profesionales más elevada que en las anteriores ediciones (se realizan anualmente). Y el resultado de las encuestas de satisfacción han mostrado resultado de una media de 9,5 sobre 10; con comentarios escritos agradeciendo la metodología.

Aún no se ha podido valorar el incremento de la notificación que se podrá evaluar en los informes anuales del próximo año.

Autores: Kati Alonso, Amaia Uranga, Consuelo Pantoja, Isabel Urrutia.

ERN: MÁS QUE UNA RED

AMPARO MARÍN POLO; MARÍA PICADO DE PUIG; SUSANA BAÑUELOS MARTÍNEZ; CRISTÓBAL MONTILLA RIVAS; LUÍS ALFONSO BURGUES BURILLO; FAUST FEU CABALLÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

ID: *6017*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *ERN ACREDITACIÓN SOPORTE*

JUSTIFICACIÓN

La ERN (European reference networks) consta de una red formada por diferentes hospitales de Europa para las acreditaciones en patologías minoritarias.

Las 24 primeras ERN se crearon en 2017, con la participación de más de 900 unidades sanitarias muy especializadas pertenecientes a más de 300 hospitales de 26 Estados miembros.

Para poder llegar a ser una ERN previamente se necesita ser CSUR (Centro, servicio y/o unidad de referencia del sistema nacional de salud). Esta red proporciona un canal de comunicación donde viaja la información de la experiencia entre los profesionales de diferentes países de Europa.

OBJETIVOS

Incrementar la participación en las acreditaciones de ERN.

MATERIAL Y MÉTODOS

El departamento de acreditaciones y certificaciones de la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DCySC) del hospital realiza una monitorización continua de la publicación por parte European Commission de los proyectos ERN. Identifica posibles sinergias entre los proyectos publicados y la actividad asistencial del hospital para proponer grupos de trabajo que desarrollen los diferentes proyectos.

Desde este departamento ofrecemos un soporte al profesional en todo el proceso para poder acceder a la red, en el cual realizamos explotaciones de base de datos, apoyo en todos los trámites de navegación e información (tipos de documentos solicitados en la ERN).

RESULTADOS

Gracias al soporte proporcionado por el departamento el hospital ha incrementado las acreditaciones de las ERN. En el 2017 constaba de 5 acreditaciones y en el 2020 han aumentado en 6 obteniendo a un total de 11 ERN, a su vez permite tener una mayor visibilidad tanto del hospital como del profesional a nivel europeo.

CONCLUSIONES

Pertenecer a la red de referencia europea proporciona una mayor preparación para los profesionales y a su vez atender de una manera más especializada a los pacientes con patologías raras, crear una estructura de soporte facilita la participación de los profesionales en la red.

GESTIÓN AVANZADA DE LA DEMANDA: ROMPIENDO LOS MOLDES

JON ANDER PUERTO SANCHEZ [1]; MARIA ELENA BARRAGAN GARCÍA [1]; ANA MARÍA ALCOCEBA DÍAZ [1]; OSCAR VAZQUEZ PEDROSA [1]; MAGDALENA MARÍA PRESMANES LOSADA [2]; VANESA MARTIN GONZALEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] OSI BARAKALDO-SESTAO, [2] OSI BILBAO-BASURTO

ID: *6019*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *GESTIÓN SANITARIA, GESTIÓN DE LA DEMANDA, ENFERMERÍA, ROL DE ENFERMERÍA, PROCESO LEVE AUTOLIMITADO*

JUSTIFICACIÓN

Los Procesos Leves Autolimitados (PLA) son signos o síntomas que tienden a resolverse espontáneamente y en los cuales la enfermería puede actuar de forma autónoma o colaborando con otros profesionales, emitiendo juicios clínicos y enfocándose en la educación sanitaria, el autocuidado y las nuevas competencias en prescripción de medicación.

La gestión de las citas tradicional, en el que se pregunta al paciente por qué profesional quiere ser atendido, no ha contribuido a desarrollar estas competencias ya que la atención estaba fuertemente sesgada a la consulta médica. Osakidetza decidió implementar un modelo que, mediante tres preguntas clave, dirige al paciente al profesional sanitario más adecuado en función de sus necesidades. Este modelo, sin embargo, requiere dotar de recursos a los profesionales y redefinir las rutas asistenciales.

OBJETIVOS

Implementar el Modelo de Gestión Avanzada de la Demanda (MGAD) en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barakaldo-Sestao.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han reestructurado todas las agendas de enfermería de Atención Primaria (AP), redefinido los canales de citación (incluida la Cita Web) y formado al personal de las áreas administrativas en las preguntas clave (¿Se trata de un problema de salud o un trámite administrativo?, ¿Está relacionado con su enfermedad habitual? y ¿Cree que podría resolverse por teléfono?).

Se asignó un profesional de enfermería a cada paciente y sus agendas se modificaron de acuerdo a unos criterios estandarizados en cuanto a nomenclatura y patrón de actos para gestionar citas espontáneas; las demandadas por los pacientes. Además, se formó a los profesionales en cómo gestionar los PLA (actualmente diarrea, dolor de espalda, dolor de garganta, resfriado común y síndrome gripal) y las consultas se equiparon para migrar de un modelo basado en salas a un modelo basado en profesionales de referencia.

RESULTADOS

Se modificaron 82 patrones de agenda, se impartieron 9 cursos en los que se formó a 154 enfermeros/as de AP en prescripción y desde el 1 de marzo de 2022 al 30 de mayo se han realizado 13.569 consultas espontáneas y 27.377 consultas telefónicas de enfermería, frente a las 4.317 consultas y 24.321 telefónicas del mismo periodo del año pasado; un 314,3% y un 112,6% respecto al mismo periodo del año pasado respectivamente.

CONCLUSIONES

Dotar a los profesionales de enfermería de AP de herramientas como la prescripción y el MGAD es costoso en actividades de formación y supone un incremento inicial de la actividad asistencial, pero permiten centrar la atención en la educación sanitaria y suponen un acceso al sistema más ágil para el usuario.

GENERACIÓN DE VALOR: INCORPORACIÓN DEL TES EN EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE

JOSE ALFONSO JIMENEZ RODRIGUEZ; RICARDO GARZÓN SANCHEZ; ZITA QUINTELA GONZALEZ; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LÓPEZ; DOLORES ROBLEDO TIRADOR; ANGEL BERMEJO RODRIGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6021*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Transporte sanitario, paramedic*

JUSTIFICACIÓN

La profesionalización de los técnicos de transporte sanitario llegó hace más de una década con la figura del Técnico en Emergencias Sanitarias (TES), desarrollándose ampliamente sus competencias: prestar asistencia básica sanitaria prehospitalaria, tele operación y teleasistencia sanitaria, colaborar en la organización y desarrollo de planes de emergencia, preventivos y de la logística.

En nuestra comunidad los hospitales de nivel 2 y 3 tienen un coordinador TES para organizar los traslados, habiéndose detectado para su supervisión y apoyo en la valoración de las condiciones de traslado sin asistencia, la necesidad de introducir la figura del TES en el equipo de coordinación del TS no urgente (TSNU).

OBJETIVOS

Incorporar al equipo de coordinación de TSNU la figura del TES

Mejorar la supervisión de las empresas contratadas para realizar TSNU. Mejorar los resultados de la prestación de alta hospitalaria (AH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Desarrollo del perfil del puesto de TES de equipo de coordinación (apoyo en labores administrativas y supervisión a los coordinadores de empresa y verificar las condiciones de traslado de pacientes en situaciones complejas (obesidad mórbida, saturación hospitalaria para coordinar el flujo de altas hospitalarias, problemas de tráfico, etc).

Selección e incorporación en marzo 2021.

Identificación de indicadores de supervisión de altas hospitalarias para mejorar el TS optimizando la coordinación con el hospital.

RESULTADOS

Desde su incorporación:

No se ha precisado un 2º recurso para traslados de pacientes con obesidad mórbida Se interviene en los problemas de tráfico presentados en 4 hospitales.

Se realiza seguimiento semanal de los coordinadores de empresa.

Se ha analizado la siguiente información por hospital de la prestación de AH año 2021 con relación a las solicitudes de TS: el 37,84% se realizan entre las 9,00-13,00h, el 5,53% no se realizan antes de las 20,00 h si se han pedido hasta las 18:30 h, el 14,99% se realizan más de una vez por errores en la petición.

Con esta información se plantea el seguimiento de las AH de los 35 hospitales con una disminución del promedio trimestral del número de altas pendientes a las 20,00 h entre 21,09 altas en el último trimestre del 2021 a 19,09 en el primer trimestre del 2022. El viernes es el peor día de la semana (19- 24 altas pendientes) y el miércoles el mejor (11-19 altas pendientes), concentrándose sistemáticamente en 7 hospitales el 85% de las altas pendientes. Estos hospitales son los que se intenta trabajar conjuntamente para mejorar los circuitos.

CONCLUSIONES

El TES ha aportado al equipo de coordinación la posibilidad de evitar el envío de segundos recursos gracias a la valoración in situ de las condiciones de los pacientes complejos, ha apoyado a los hospitales en situaciones de saturación, ha mejorado los traslados de la prestación de AH y permitido un seguimiento in situ de los coordinadores de la empresa, mejorando en conjunto la calidad de la prestación.

APROVECHANDO QUE ESTAMOS EN COVID...

RAQUEL GIRONA REAL; GEORGINA VIDAL MANSILLA; ANNA BALAUDER CARRERA; MARIA CARME GRAU PÉREZ; RAQUEL GIRONA REAL; GEORGINA VIDAL MANSILLA; JOSE JOAQUIN GERONA ALARCÓN; ANNA BALAUDER CARRERA; GEMMA CANDO GUASCH; MARIA CARME GRAU PÉREZ; JOSE JOAQUIN GERONA ALARCÓN; GEMMA CANDO GUASCH
CENTRO DE TRABAJO: EAP ALT CAMP EST

ID: *6022*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Organization; management; administration*

JUSTIFICACIÓN

Aprovechando algunas experiencias ya implementadas como al experiencia del Centro de Salud la Chana (Granada), y las propuestas de los artículos de Bodenheimer ("Teamlet", clasificación según necesidad de médico, ...), así como algunas oportunidades acaecidas con la pandemia de la COVID19 (potenciación de consulta virtual, predisposición de los usuarios,...), en nuestro Equipo de Atención Primaria se llevó a cabo una revisión de los circuitos de gestión de la demanda potenciando el papel del personal administrativo (PAd), dotándolo de las herramientas necesarias para aumentar su autonomía y su resolución, consiguiendo una atención más próxima y eficiente para el usuario.

OBJETIVOS

Revisar circuitos de gestión de la demanda para ajustar nuestra respuesta a las necesidades del paciente, preservando la longitudinalidad, optimizando la tipología de visitas para aumentar la satisfacción de usuarios y profesionales.

MATERIAL Y METÓDOS

El desarrollo ha sido el siguiente:

1. Revisión y nueva descripción de todos los circuitos de gestión a la demanda.
2. Propuesta de rediseño: a) potenciando que cada UBA resuelva sus pacientes evitando "agendas monográficas"; b) minimizando llamadas telefónicas inútiles (si queda claro que el paciente requiere visita no perdamos el tiempo por teléfono, si no requiere visita procurar disponer de todos los datos para resolver sin llamada); c) anticipando las actividades administrativas que son previsibles)
3. Consenso entre enfermeras y médicos para compartir de forma ponderada la actividad médico-enfermera de la UBA.
4. Formación específica al PAd con bases teóricas y casos clínicos.
5. Monitorización de las incidencias i feed-back específico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El rediseño de los circuitos ha permitido ajustar la respuesta a la necesidad de cada demanda, optimizar el tiempo del profesional, mantener la longitudinalidad y aumentar la satisfacción.

La principal dificultad radica en los reajustes que es necesario hacer en los casos de ausencias de profesionales para que los GIS tengan la posibilidad de ubicar cada demanda.

Esta experiencia es aplicable a otros equipos, adaptándose en función de las propias características (urbano/rural, plantilla, características de población,...).

MAPA DE RIESGO DEL TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO

ZITA QUINTELA GONZALEZ; DOLORES ROBLEDO TIRADOR; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LÓPEZ; JOSE MARTINEZ GOMEZ; MARIO MARTIN GONZALEZ; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6024*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Transporte sanitario, mapa de riesgos*

JUSTIFICACIÓN

El transporte sanitario programado (TSNU) es el que se realiza para desplazamientos de personas enfermas por causas clínicas que no pueden utilizar los medios de transporte ordinario, para ello se dispone de vehículos acondicionados. Para que el TSNU se realice de forma adecuada precisa de una coordinación entre varios niveles asistenciales el prescriptor: Atención Primaria y Atención Hospitalaria y el gestor de recursos el Servicio Extrahospitalario. Esto puede suponer un riesgo en los tiempos del servicio y pérdida del mismo, por lo que se plantea evaluar todo el proceso desde la prescripción hasta la llegada al destino del usuario. Se presentan las actuaciones realizadas en una CA.

OBJETIVOS

Identificar y analizar el proceso de TSNU para priorizar e implantar acciones para el cumplimiento del tiempo de servicio y evitar pérdidas del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de grupo multidisciplinar con experiencia en TSNU 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 8 pasos:

- Indicación y solicitud de la prescripción
- Transferencia al aplicativo WEB
- Modificación de la prescripción
- Envío de la información a las empresas
- Información al usuario del servicio
- Envío del transporte para traslado de usuarios
- Gestión de las incidencias
- Indicadores de seguimiento del servicio Modos de fallo más relevantes:
- Indicación de la prescripción fuera de la norma.
- Errores en la trascripción a la web.
- Elevado tiempo de transferencias del paciente en los centros sanitarios
- Información confusa en el SMS para el usuario.
- Circuitos de transporte ineficientes por parte de las empresas

Se identificaron las siguientes causas de mayor riesgo:

- Desconocimiento de la normativa.
- Falta de integración entre la historia clínica electrónica y la web de transporte.
- Falta de coordinación entre los coordinadores de empresas y los hospitales.
- Demasiados mensajes con los cambios de situación a los usuarios.
- Falta de comunicación entre los profesionales de la empresa para el envío de servicios.

Se priorizaron acciones según riesgo y factibilidad, entre los que se destaca:

- Difusión en hospitales de la normativa y problemática del TSNU.

- Integración entre HCE y web TSNU.
- Elaboración de un documento de presalida unificado para la CA.
- Modificación de SMS.
- Reuniones periódicas con las empresas para análisis de mejoras.

CONCLUSIONES

El uso de esta herramienta y la configuración de un grupo de trabajo multidisciplinar ha facilitado la realización de un mapa de riesgo de TSNU, para identificar las mejoras en la coordinación entre todos los intervinientes del proceso. De esta manera, se está trabajando en varios proyectos cuyos resultados esperamos se puedan apreciar en el nuevo contrato de transporte.

ANÁLISIS DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN 2021 EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA.

BEATRIZ ERRO ITURRI; PATRICIA LARA MARCOS; SUSANA Mª RUIZ OLALLA; INMACULADA MORAZA DULANTO; NATALIA ÁLVAREZ MOREZUELAS; PURIFICACIÓN ALEJANDRE RODRÍGUEZ
CENTRO DE TRABAJO: OSI ARABA

ID: *6027*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *INCIDENTE SIN DAÑO; SEGURIDAD DEL PACIENTE; CALIDAD ASISTENCIAL.*

JUSTIFICACIÓN

El proceso de notificación ante la ocurrencia de un incidente y su posterior gestión desde la seguridad asistencial es una labor fundamental que debe realizarse en cualquier centro hospitalario. El análisis y evaluación de las notificaciones que realizan los profesionales permite conocer la situación de seguridad clínica asistencial que reciben los pacientes, y establecer medidas de mejora para minimizar los errores en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Analizar los incidentes sin daño relacionados con la seguridad del paciente que fueron notificados durante el año 2021 en una organización sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

La notificación de incidentes de seguridad se efectuó mediante el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente. Esta herramienta permite un registro voluntario, anónimo y no punitivo, que preserva la confidencialidad de la información registrada. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo del total de incidentes notificados según profesional, servicio notificante y tipología del incidente.

RESULTADOS

Se notificaron un total de 1569 incidentes sin daño, siendo noviembre el mes con más registros notificados. Se registraron 428 incidentes más que en el año 2020 y 127 más que en el año 2019. Según categoría profesional, el 60% (n=941) de los incidentes fueron notificados por enfermería y técnicos en cuidados auxiliares, el 15,74% (n=247) fue declarado por médicos facultativos, y en un 17% (n=267) no fue identificado el profesional. En cuanto al origen de notificación, el 92% (n=1441) fue realizado en Atención Especializada y el 8% (n=128) en Atención Primaria. El servicio hospitalario que más notificaciones registró fue Medicina Intensiva (n=400). Respecto a la tipología principal del incidente sin daño, el 25,69% (n=403) estaba relacionado con la medicación, seguido de los incidentes tipo organizativo 22,43% (n=352), de protocolo 14,09% (n=221) y de identificación del paciente 10,83% (n=170). Dentro de los incidentes relacionados con la medicación, el 40% fueron errores de administración, el 33% de prescripción y el 27% de preparación del fármaco. El 56% (n=225) de los incidentes de medicación alcanzaron al paciente.

CONCLUSIONES

Se observó un ligero aumento en el número de notificaciones respecto a años anteriores, manteniéndose el perfil de registros realizados. Este elevado número de notificaciones puede ser atribuido al gran desarrollo en el concepto de cultura de la seguridad del paciente dentro de la organización, si bien existen diferencias notables en cuanto al porcentaje de notificación según categoría profesional. La tipología de incidente sin daño más frecuente estuvo relacionada con la administración de medicación, por lo que es esencial seguir trabajando de modo proactivo en la implantación de prácticas de medicación segura, con el objetivo de incrementar la seguridad asistencial en la organización.

GESTIÓN DE UN EVENTO ADVERSO TRAS ADMINISTRACIÓN POR VÍA ENDOVENOSA DE MEDICAMENTO ORAL LÍQUIDO.

PATRICIA LARA MARCOS; BEATRIZ ERRO ITURRI; JAIONE SANCHEZ ZUGAZUA; TERESA BOYANO LOPEZ; ANTONIO JOSE BLANCO GUTIERREZ; JOSE IGNACIO ULIBARRI ARGANDA
CENTRO DE TRABAJO: (1) OSI ARABA

ID: *6028*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVENTO ADVERSO, ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de administración de medicación por vía equivocada se encuentran entre los 10 errores de medicación de mayor riesgo detectados y pueden ser origen de eventos adversos (E.A) graves para los pacientes.

Entre los factores que pueden propiciar estos errores nos encontramos con envasados y etiquetados inapropiados, problemas de prescripción, dificultades en la preparación o también que se disponga de diferentes vías de administración que se puedan interconectar facilitando así la administración de medicamentos por vía errónea.

La prevención de los E.A debe ser prioridad en las instituciones sanitarias y un objetivo fundamental para todos los profesionales de la salud, sin olvidar, que una vez ocurren debemos aprovechar la oportunidad para aprender de lo sucedido.

OBJETIVOS

Determinar qué factores contribuyeron al E.A mediante la realización de un análisis causa raíz (ACR) Implementar acciones correctoras con el objetivo de disminuir la posibilidad de que se repita

Difundir los resultados relacionados con el caso como aprendizaje, manteniendo la confidencialidad y anonimato de los implicados

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras administración por vía errónea de aceite MCT (ácidos grasos de cadena media), el paciente inicia a las dos horas de la infusión con cuadro de fiebre, disnea, desaturación y deterioro de la función renal. Se confirma diagnóstico neumonitis asociado a infusión de MCT.

Tras conocer lo ocurrido, el procedimiento de actuación se desarrolló en torno a cuatro aspectos fundamentales:

1. Acciones inmediatas, incluye Análisis Causa–Raíz
2. Comunicación y soporte al paciente
3. Apoyo y soporte al profesional
4. Seguimiento y difusión de los resultados de los factores contribuyentes y las áreas de mejora a implantar.

RESULTADOS

Como factores contribuyentes encontramos factores de comunicación, de tarea, ligados a formación y entrenamiento, relacionados con equipamiento y recursos y factores de ambiente de trabajo.

Entre las acciones correctoras propuestas podemos destacar la sustitución de uso de jeringas de uso endovenoso para la preparación de medicación oral por vasos graduados o jeringas con sistema Enfit (que no permiten su conexión a dispositivos venosos) además de la difusión de este nuevo material.

CONCLUSIONES

Para garantizar la seguridad en la administración de medicación, no sólo es necesario desarrollar y utilizar medicamentos seguros o herramientas informáticas seguras sino también disponer de sistemas seguros para la preparación o administración que estén provistos de los elementos necesarios para reducir los E.A y mitigar al máximo sus efectos.

Los errores deben ser aprovechados como una fuente de aprendizaje y cambio, que permita mantener una mejora continua en la calidad de la atención de salud por lo que es indispensable darlos a conocer a los profesionales.

RELIZACIÓN DE UN PROCEDIEMINTO DE FERULIZACIÓN DENTAL A PROPÓSITO DE LA NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE DE SEGURIDAD

SUSANA MARÍA RUIZ OLALLA [1]; PATRICIA LARA MARCOS [2]; JUAN JULIÁN ALONSO FERNANDEZ-PACHECO [3]; CRISTINA QUESADA RAMOS [4]; ERIKA VITORIA GARCIA [1]; JUDITH DIAZ GUTIERREZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] OSI ARABA, [2] OSIARABA, [3] HUA SANTIAGO - OSI ARABA, [4] HUA TXAGORRITXU-OSI ARABA

ID: *6029*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Avulsión/luxación dental, ferulización, circuito, protocolo*

JUSTIFICACION

La avulsión/luxación dentaria es una situación traumática que requiere de un tratamiento de urgencia el cual determina pronóstico del reimplante de un diente en su alveolo.

El procedimiento de ferulización se realiza de urgencia y no supone un tratamiento definitivo, quedando a la espera de nueva valoración lo antes posible por un profesional odontólogo, que decida las pautas definitivas del tratamiento.

Desde el servicio de Urgencias de nuestra organización se observó que los pacientes que acudían fuera del horario de apertura de clínicas dentales provocaban un retraso en las pautas definitivas de tratamiento, avocando incluso a la pérdida definitiva del diente

OBJETIVOS

Dar a conocer las recomendaciones de conservación del diente tras una luxación/avulsión dental.

Establecer un circuito de actuación ante luxación/avulsión dental en el Servicio de Urgencias, que incluya el procedimiento de ferulización dental.

Difundir toda la información a los servicios de Urgencias de pediatría y adultos, al Punto de Atención Continuada (PAC) y a Atención Primaria.

MATERIAL Y METODOS

A raíz de un incidente de pérdida dental en una niña de 9 años, se contactó con el jefe del servicio de servicio de maxilofacial para valorar la elaboración de un circuito ante una luxación/avulsión dental y la solicitud de material para el proceso de ferulización dental.

Una vez se dio formato a la información y se recibió el material, se realizó una infografía para dar a conocer este nuevo procedimiento y se publicó en la intranet de la organización.

RESULTADOS

Tras la implantación del protocolo de ferulización en junio de 2021, se atendieron en el Servicio de Pediatría 10 niños, 8 con impresión diagnóstica de avulsión dental y 2 por luxación dental.

En todos ellos se estableció correctamente el circuito; si el paciente acudió al Servicio de Urgencias dentro del horario de apertura de las consultas de odontología, se derivó directamente a su odontólogo de forma urgente, si el paciente acudió fuera del horario en que las clínicas dentales están abiertas, o era un día festivo, se activó el protocolo de actuación y derivación al Maxilofacial.

Cabe destacar que un caso de avulsión con la dentición definitiva, en horario nocturno en el que las clínicas dentales estaban cerradas, precisó de la ferulización provisional.

CONCLUSIONES

Aunque la prevalencia de la avulsión dental es baja, las lesiones dentarias causadas por accidentes son muy habituales. El impacto estético y funcional de la pérdida de una pieza dental hace que sea esencial tener bien definido un circuito de actuación tras una avulsión dental que reduzca el tiempo extra-oral del diente y que mantenga en las mejores condiciones la pieza dental hasta su reimplantación.

CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO TRAS LA REALIZACIÓN DE CATETERISMO CARDIACO

MARIO MARTIN GONZALEZ [1]; ANGEL BERMEJO RODRÍGUEZ [1]; MARTÍN ABEJÓN [2]; ZITA QUINTELA GONZALEZ
CENTRO DE TRABAJO: [1] ; CESAR CERDENETE REYES [1]; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SUMMA112, [2] RAQUEL

ID: *6031*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Transporte interhospitalario, cateterismo, servicio de emergencias.*

JUSTIFICACIÓN

En nuestro Servicio de Emergencias (SE) la coordinación y el traslado interhospitalario (TIH) de pacientes es gestionada por las enfermeras del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) en base a procedimientos estandarizados.

Uno de los TIH más frecuentes es el del paciente con patología coronaria para cateterismo cardiaco diagnóstico y/o terapéutico, que precisa unos medios tecnológicos que sólo tienen los hospitales (H) de nivel III, tras cuya realización suelen retornar a su hospital de referencia. El tipo de recurso que se asigna para el TIH se basa en criterios normalizados.

Usar un transporte no idóneo impacta negativamente en la eficiencia del sistema público, comprometiendo la calidad asistencial prestada al paciente y al resto de ciudadanos que puedan necesitar una atención urgente en el ámbito extrahospitalario en ese momento.

Se analizan los TIH realizados tras cateterismo cardiaco urgente entre el 1 y el 30 de abril del 2022, para conocer si la calidad asistencial durante los mismos fue la adecuada y si se eligió el tipo de ambulancia idónea de acuerdo a lo descrito anteriormente.

OBJETIVOS

Conocer si la calidad asistencial durante los TIH tras realización de cateterismo cardíaco fue adecuada y en tipo de ambulancia idónea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión:

- Edad igual o mayor a 18 años.
- Paciente ubicado en H público con unidad de hemodinámica y al que se le ha realizado un cateterismo cardiaco.
- Paciente que va a ser trasladado a otro H público para continuidad de cuidados.
- TIH realizados entre el 1 y 30/04/2022.

Procedimiento de Coordinación de TIH.

Escala de valoración de transporte. Registro de propuesta de recurso tras evaluación de los datos administrativos y clínicos del paciente.

RESULTADOS

Se realizaron 112 TIH; media: 3,8 TIH/día.

Días de las semana con más traslados: Viernes:21,43% y martes: 20,54% El 19 de abril fue el día del mes con más TIH: 9 (8% del total).

El 91,96% se realizaron de lunes a viernes.

El 50% se realizaron entre las 8h y las 16h, y el 42% entre las 16h y las 24h.

De los 7 H emisores fue el HULP el que más traslados pidió (42.86%).

De los 14 H receptores fue el HISSS al que más pacientes llegaron (29,46%).

En el 42,86% se recogió al paciente antes de 90 minutos tras solicitud. El 79,46%: hombres. Media de edad: 66,31 años, (rango 40-89).

El 67,86% de los cateterismos se realizó por la arteria radial, insertándose al menos un stent en la mitad de las ocasiones.

El 5,36% los pacientes llevaban algún tipo de perfusión intravenosa y el 43.75% precisaban de monitorización electrocardiográfica, siendo acompañado de enfermera y/o médico durante el TIH.

En un 45,54 % el TIH fue en SVA (24,11% con médico).

No se documentó ningún fallecimiento o evento adverso importante.

CONCLUSIONES

Los datos indican un nivel de adecuación y calidad del TIH adecuada y garantista de la calidad y seguridad según los procedimientos establecido. No hubo incidentes graves en el periodo de monitorización.

IMPLANTACIÓN RONDAS DE SEGURIDAD EN UN GRUPO HOSPITALARIO

LAURA CID BUIZA [1]; EVA MARIA SAEZ MARTIN [2]; MARIA CARMEN ABARCA TORRALBA [3]; GEORGINA JIMENEZ RODRIGUEZ [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] VITHAS SANIDAD, [2] VITHAS SANIDAD, [3] VITHAS VALENCIA 9 DE OCTUBRE, [4] VITHAS MADRID LA MILAGROSA

ID: *6032*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *seguridad, paciente, rondas*

Este proyecto se justifica porque en el grupo no existía una herramienta con metodología establecida de verificación in situ y con participación de la Dirección, que permita acercarse a los servicios e identificar, analizar y evaluar la seguridad del paciente.

Los objetivos son:

- Estandarizar la metodología de trabajo e implantar la ronda de seguridad en los hospitales Vithas.
- Identificar áreas de mejora en seguridad del paciente.
- Participación de la Dirección promoviendo que sea partícipe de las necesidades de seguridad del paciente. Establecer línea directa entre profesionales y Dirección.

La metodología que se ha seguido es:

- Creación de grupo de trabajo con participación de 5 jefes de calidad de los hospitales.
- Análisis y revisión de la bibliografía y experiencias de otros centros para establecer el procedimiento Rondas de Seguridad a nivel corporativo.
- Formación a todos los hospitales del procedimiento y explicación de dos experiencias prácticas previas por parte de dos profesionales del hospital Vithas Madrid La Milagrosa.
- Pilotaje de ronda de seguridad en la UCI del hospital Vithas Madrid La Milagrosa con amplia participación directiva (gerente, dirección médica, dirección de enfermería, jefe de servicios generales, dirección de experiencia paciente y jefe de calidad) y grabación de un vídeo durante la ronda de seguridad.
- Formación a jefes de calidad, direcciones asistenciales y gerentes de todos los hospitales del grupo utilizando el video grabado en el hospital piloto.
- Priorización de los servicios para hacer la primera ronda de seguridad en todos los hospitales: urgencias, UCI y bloque quirúrgico.
- Realización de la ronda de seguridad en los hospitales. Los resultados que se han obtenido son:
- onocimiento de qué es una ronda de seguridad por el 100% de los miembros directivos de los hospitales.
- 16 hospitales (89% de los hospitales) han realizado ronda de seguridad, de los cuales se ha distribuido en los siguientes servicios:
    - Bloque quirúrgico: 33%
    - UCI: 17%
    - Urgencias: 17%
    - Hospitalización: 22%
    - REA: 6%
    - CMA: 5%

Las conclusiones del proyecto de implantación de las rondas de seguridad en un grupo de hospitales son:

- Se ha establecido una metodología sencilla que ha permitido que en un espacio breve de tiempo lo realizaran el 89% de los hospitales.
- Aquellos equipos directivos que desconocían por completo la metodología de rondas de seguridad han tenido una gran aceptación y puesta en valor de la mejora que les ha aportado a los hospitales.
- Se han puesto en marcha acciones de mejora de seguridad del paciente.
- Conocimiento directo de la Dirección de problemas de seguridad del paciente.
- Análisis y seguimiento corporativo a las mejoras.

PLAN DE MEJORA EN LA GESTIÓN VISUAL CON METODOLOGÍA DIN A3

IRIA MUIÑO BOVÉ; MONTSERRAT TOMAS MARTÍ; JESÚS VIZCAÍNO MARÍN; SARA CANOVACA DE LA FUENTE; FILOMENA CALAMOTE MANSO; BEATRIZ NADAL MENDEZ
CENTRO DE TRABAJO: CAR SALOU

ID: *6033*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Palabras clave: *TESEO. Sistemas de información. Metodologia DINA3.*

JUSTIFICACIÓN

Las grandes dimensiones de nuestro centro de salud y los cambios de profesionales y ubicación de éstos, suponen que los pacientes se pierdan en el centro con frecuencia. Acuden al mostrador a pedir información, lo cual aumenta las colas, la demora de los paciente y los profesionales, con aumento de listas de espera, conflictos entre pacientes e insatisfacción tanto de usuarios como de profesionales.

Actualmente las indicaciones visuales e informáticas son poco comprensibles y provocan confusiones.

OBJETIVOS

Reducir el número de pacientes que se pierden en el centro en 1 día, 1 mes y 1 año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizamos la metodología de DIN A3 para realizar el plan de mejora.

Según esta metodología dividimos el plan de mejora en definición del problema, situación actual, objetivos, análisis de la causa raíz, propuestas de mejora, plan de acción y seguimiento y resultados. Todos estos apartados, en formato de diagrama visual, sintetizado para que en solo un dinA3 aparezcan los puntos claves de cada apartado.

Como evaluación de la situación inicial realizamos una encuesta a los profesionales para cuantificar el número de eventos diarios (pacientes que se pierden en el centro).

En el análisis causa-raíz, detectamos que el sistema informatizado TESEO imprime tickets de pequeño tamaño y con errores, y que no se aprovecha todo su potencial técnico. Otras causas son las consultas compartidas entre varios profesionales, movimiento de los profesionales entre varias consultas según día y turno, cartelería poco visual y llamativa o inexistente y la gran dimensión del centro.

Como propuestas de mejora: 1. generar una cartelería que permita que no se pierdan los pacientes. Integrar nuevas funciones en el TESEO. Cambiar el nombre de las agendas del tiquet.

Realizamos una matriz esfuerzo-impacto integrando las propuestas.

En el plan de acción, se estable definir los puntos de ubicación de la cartelería fija según microequipo. Iniciar una cartelería dinámica con TV aprovechando la inminente implantación de la “llamada anónima” del paciente (TESEO) organizada por profesionales. Solicitar a la oficina técnica el cambio del nombre de las agendas.

RESULTADOS

En la evaluación de situación basal, tomamos como indicador la encuesta realizada a sanitarios: pacientes perdidos detectados por cada profesional en un día, siendo el resultado de 5-10%. Se establece como estándar <5% de pacientes perdidos de los pacientes visitados cada día.

Se realizará una nueva encuesta tras la implantación de las diferentes propuestas de mejora en septiembre de 2022.

CONCLUSIÓN

Un correcto conocimiento del centro por parte del paciente y un buen sistema de información tanto informático como de cartelería, tiene efectos tanto en la satisfacción del paciente como de los profesionales.

En los últimos años, con los cambios en el plan de contingència por COVID, hemos tenido que adaptar los sistemas de información para facilitar el acceso de los pacientes a las consultas.

ADAPTANDO LOS CONSULTORIOS...

ANNA BALAUDER CARRERA; GEORGINA VIDAL MANSILLA; ANNA BALAUDER CARRERA; GEORGINA VIDAL MANSILLA; RAQUEL GIRONA REAL; RAQUEL GIRONA REAL; MARIA CARME GRAU PÉREZ; MARIA CARME GRAU PÉREZ; GEMMA CANDO GUASCH; GEMMA CANDO GUASCH; JOSÉ JOAQUIN GERONA ALARCÓN; JOSÉ JOAQUIN GERONA ALARCÓN
CENTRO DE TRABAJO: EAP ALT CAMP EST

ID: *6034*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Rural healh center; medication; organization*

OBJETIVOS

Nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) se encuentra en una zona rural y está formado por 1 Centro de Salud (CS) y 17 consultorios locales (CL).

Desde 2014 en nuestra Área de Salud existen diferentes procedimientos de material clínico y farmacia, creados por equipos interdisciplinares, que en ocasiones no incluyen particularidades de las zonas rurales. Por eso nos planteamos la necesidad de determinar un stock mínimo de farmacia y de material clínico y de unificar los maletines de urgencias de los CL con la finalidad de facilitar la práctica diaria (a menudo los profesionales hemos de cambiar de consultorio para cubrir ausencias), garantizar el abastecimiento correcto y mejorar la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS

- Elaborar un proyecto para gestionar y unificar el material mínimo que han de disponer nuestros CL y el maletín de urgencias.
- Garantizar la calidad y seguridad de los fármacos y el material, así como una correcta disponibilidad de todos los productos en los diferentes CL.

MATERIAL / METODOS

Creamos un equipo de mejora formado por 2 médicos, 2 enfermeras, 1 auxiliar y 1 administrativa. Para el primer objetivo:

- Realizamos 2 reuniones específicas, a partir de los listados de farmacia y material concretando los médicos del EAP la medicación imprescindible (urgente y programada) y los enfermeros de l'EAP la medicación tópica y material clínico.
- Se revisan los 17 CL individualmente y se unifica la gestión y localización del material. Se crea una hoja de excel de caducidades para el control de los consultorios.
- Al año hicimos una evaluación de cómo había ido mediante una reunión de enfermería.
- Ahora, después de 4 años, se han revisado nuevamente los CL con una valoración visual de aspecto y de presencia de caducidades.

Para el segundo objetivo:

- Realizamos 1 reunión específica, para determinar qué tenía que contener el maletín y las cantidades.
- Un equipo adecuó todos los maletines y se repartieron en los diferentes CL.
- Se creó una hoja de excel de caducidades para cada consultorio.

RESULTADOS

Hemos observado que el material imprescindible no excluye que en cada consultorio pueda haber material opcional, se ha objetivado que el abastecimiento de las consultas ha mejorado y ha disminuido el material caducado no retirado. Finalmente el maletín de urgencias de los consultorios al estar unificado, agiliza el trabajo.

CONCLUSIONES

Las zonas rurales tienen particularidades diferentes a las de los CS urbanos. Es necesario adaptar y reestructurar los diferentes procedimientos de calidad y seguridad asistencial para poder garantizar el normal desarrollo de la atención programada y urgente sin que pueda verse afectada la seguridad del paciente. Es necesario pautar una revisión periódica de los CL para garantizar la unificación de los mismos.

EFECTIVIDAD DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO CIRCUITO TRANSFUSIONAL.

MARTA CARMONA MOZOTA; M. CARMEN OSTARIZ CÁRCAMO; ANA VECINO SOLER; DELIA GONZALEZ DE LA CUESTA; ANA LASALA VILLA; ANA PEREZ CALVO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6037*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Ronda de seguridad Transfusión Listado de verificación Seguridad del paciente*

OBJETIVOS

Las Rondas de Seguridad son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales de una unidad determinada para resolver temas sobre seguridad del paciente y revisar distintos indicadores previamente definidos. Así se consigue la implicación de las direcciones y responsables, identificando oportunidades de mejora y promoviendo un cambio en la cultura organizacional.

Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y efectividad, detectando sucesos adversos y prácticas poco seguras, mejorando las actitudes de los profesionales hacia cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de las rondas de seguridad en el seguimiento del protocolo de transfusión en las unidades de cuidados.

Describir los resultados de las rondas de seguridad. Detectar las desviaciones del protocolo más frecuentes.

Identificar áreas de mejora y desarrollar planes para incidir en la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional sobre la eficiencia de las rondas de seguridad sobre el protocolo.

En las rondas de seguridad participan entre 6 y 8 personas (Subdirección de enfermería de cuidados, formación y seguridad del paciente y servicio de transfusión) y duran unas tres horas. Se realizan cada 15 días, distribuyéndose en las unidades de cuidados, bloque quirúrgico y urgencias donde se va a realizar el procedimiento. Se presenta el equipo por parejas a los profesionales de la unidad,mediante observación directa del proceso se identifican los problemas con apoyo del listado de verificación y se interviene si es necesario.

Tras cada ronda, se programa una reunión del grupo de seguridad para analizar los incidentes encontrados y proponer medidas de intervención. Se recoge también las notificaciones del SiNASP.

Se analizan cuatro áreas: envio y transporte, preparación de transfusión, administración y actuación ante sospecha de reacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2021 se realizaron 22 rondas de seguridad, en unidades de cuidados de adultos, se detectaron problemas principalmente en el envío y transporte (relacionado con el contenedor de envío específico), en la preparación (revisión del componente sanguíneo) y en la administración (relacionado con la higiene de manos y los síntomos de alerta).

Ha aumentado el conocimiento sobre el protocolo, se han aportado ideas de mejora para el mismo, incrementando las notificaciones de incidentes, promoviendo el trabajo en equipo y mostrando soporte por parte de la subdirección, elevando así la calidad asistencial y la eficiencia del procedimiento.

Como conclusión la ronda de seguirdad permite solucionar dudas en el momento, reforzar la formación sobres los puntos críticos del protocolo, identificar problemas, incidir en las modificaciones y resolver incidentes.

EXPERIENCIA DE MEJORA DE UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA CERTIFICADA ANTE LAS RESTRICCIONES POR LA PANDEMIA COVID-19

ANGELICA MOSCONI DOMINGUEZ [(1)]; Mª LUISA FRAGA SAMPEDRO [(1)]; SALOMÉ ROMERO PEREZ [(2)]; JOSE MARIA RUMBO PRIETO [(1)]; AMPARO FONDEVILA LÓPEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE- ÁREA SANITARIA DE FERROL, [(2)] HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE

ID: *6042*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión, formación continuada, COVID-19, medidas de protección.*

JUSTIFICACIÓN

La formación continuada es un proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y están obligados los profesionales sanitarios, se inicia al finalizar los estudios de grado o de especialización, y está destinado a actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científico-técnica, así como ante las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. Sin embargo; desde que se declaró el estado de pandemia por la COVID-19, todo este proceso se vio alterado por fuertes medidas de restricción, para preservar la salud pública, tuvo que adaptarse a las nuevas circunstancias para solventar los inconvenientes y poder continuar con una actividad formativa de calidad.

OBJETIVO

Describir la experiencia ante los cambios y medidas adoptadas por nuestra Unidad de Formación Continuada (UFC) en el Sistema de Gestión de la Calidad (acreditación ISO 9001:2015) antes las restricciones impuestas por la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal. Revisión bibliográfica y documental de las normas y protocolos de actuación llevadas a cabo en el área sanitaria durante el periodo 2020/2021, y que afectaron a la UFC. Elaboración de conclusiones por consenso de grupo nominal entre aquellas actuaciones implementadas en el Sistema de Gestión de Calidad para mantener de forma adecuada la actividad formativa con calidad y seguridad.

RESULTADOS

La matriz de riesgos de la UFC pasó de tener identificados 8 indicadores de riesgo a más del doble (n=17). A raiz de las restricciones impuestas desde el Ministerio de Sanidad, principalmente en referencia de reducción de aforos de aulas, se pasó de 100% de actividad presencial a menos del 25%. Así mismo, durante la pandemia se aumentó aproximadamente un 75% de la actividad en la modalidad de teleformación y online. Otras medidas adoptadas fueron el diseño de carteleria específica recordando medidas de protección e higiene por COVID-19, distancia de seguridad, señalización de áreas restringidas, eliminación de papel y material fungible innecesario. También se paralizó la penalización por bajas injustificadas, entre otras medidas de gestión que serán expuestas durante el congreso. Destacar que hubo un porcentaje cualitativo de docentes que se negaron a realizar o elaborar actividades online o webinar.

CONCLUSIONES

Las medidas de procteción impuestas por salud pública durante la pandemia COVID-19, aunque necesarias y muy restrictivas, no han impedido a la UFC superar una auditoría interna y externa para reacreditarse en la norma ISO-UN- UNE-9001:2015 en junio 2021. La experiencia se basó en una nueva resilencia a los cambios, saber trabajar en equipo y adaptar el sistema de gestión la de calidad a la “nueva normalidad”.

GESTION PROACTIVA DE RIESGOS Y CALIDAD ASISTENCIAL EN HEMODINÁMICA

PILAR LÓPEZ CUARTERO; ANTONELA LUKIC OTANOVIC; Mª CRUZ PAESA GARZA; YOANA JIMÉNEZ AGESTA; ANA BELÉN ESTERAS GÓMEZ; AINHOA PÉREZ GUERRERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6050*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Seguridad de paciente, Cardiología intervencionista, Gestión de riesgos*

JUSTIFICACIÓN

A pesar de su carácter mínimamente invasivo, la Cardiología Intervencionista presenta riesgos asociados a los procedimientos que pueden derivar en complicaciones potencialmente graves.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo fue elaborar un plan de gestión proactiva de riesgos relativo a la realización de un cateterismo cardíaco.

MÉTODO

Fases del estudio: 1- Identificar, 2- Priorizar, 3- Planificar, 4- Monitorizar.

Evaluación proactiva de riesgos mediante su identificación con un Diagrama DAFO; Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que presentaba nuestra Unidad de Cardiología Intervencionista. Un Diagrama de Ishikawa o Espina de Pescado utilizando el marco estandarizado propuesto por la National Patient Safety Agency (NPSA). Posteriormente se priorizaron los riesgos mediante un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). A continuación, se elaboraron Planes de Contingencia para los riesgos con mayor priorización, y se diseñaron indicadores para su monitorización. Apoyados en el proceso por una Encuesta sobre la Calidad Percibida por el usuario SERVQUOS.

RESULTADOS

La encuesta sobre calidad percibida mostró, alta satisfacción percibida por los pacientes, sobre todo en lo relacionado con los profesionales (Likert 4,9-4,87). El espacio físico y elementos de confort resultaron lo peor valorado (Likert 3,7-3,8). En el análisis DAFO, destacan fortalezas y oportunidades respecto a debilidades y amenazas. Debilidades; Disponibilidad de recursos (100) Amenazas; Coordinación con los diferentes sectores sanitarios y niveles asistenciales (100) Fortalezas; Gestión picos asistenciales y reducción de lista de espera (240) Oportunidades; Ampliación unidad de hemodinámica (170).

El Diagrama Ishikawa evidencia la cantidad y variabilidad de factores predisponentes a riesgos peri procedimiento; gestión del proceso, infraestructura y materiales, recursos humanos, e inherentes al paciente. El AMFE arrojó cuatro fallos potenciales, relacionados con la antesala, medios personales y materiales, y coordinación de la información con otros niveles asistenciales, dando un Número de Prioridad de Riesgo (NPR): 224,128,112,105, y desarrollando planes de contingencia para los de mayor priorización.

CONCLUSIONES

La metodología y las herramientas utilizadas resultaron apropiadas para una gestión proactiva de riesgos, y generaron un valor intrínseco en la Unidad, en cuanto a la seguridad del paciente y mejora de la calidad asistencial.

Valorar la realización de este tipo de estudio en las Unidades clínicas para la monitorización de sus propios riesgos.

PROCEDIMIENTO DE ERITROAFÉRESIS AUTOMATIZADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DREPANOCITOSIS EN HOSPITAL TERCIARIO DE ARAG

JULIA DEL RINCÓN DE LA VILLA; Mª DEL PILAR COLLADO HERNÁNDEZ; SOFÍA CONGOST MARÍN; BEATRIZ MARTÍNEZ LÁZARO; JOSE ANTONIO MORENO CHULILLA; CARMEN VILELA MERA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ZARAGOZA

ID: *6056*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Palabras clave: *Coordinación, drepanocitosis, Enfermedad de Células Falciformes, eritroaféresis, Pediatría, Hematología*

OBJETIVOS

La drepanocitosis o Enfermedad de Células Falciformes (ECF) es un grupo de alteraciones crónicas caracterizadas por hemólisis y episodios intermitentes de oclusión vascular que causan disfunción orgánica aguda y crónica. La gravedad de la clínica está principalmente definida por la cantidad de hemoglobina falciforme (HbS) en los eritrocitos.

La ECF es la alteración más prevalente identificada en los estudios de cribado neonatal en varios países. En Aragón, la incidencia de casos es una de las mayores a nivel nacional.

En ella, la eritroaféresis automatizada es un procedimiento beneficioso, mediante el cual se obtienen hematíes sanos a través de un intercambio mecanizado isovolumétrico de estos por hematíes patológicos. Es un procedimiento relativamente seguro que permite mantener el plasma y resto de células hematológicas del propio paciente y alcanzar concentraciones de HbS muy bajas. Puede aplicarse ante una complicación aguda o como medida preventiva de situaciones crónicas, mejorando la calidad de vida.

OBJETIVOS

Este trabajo pretende crear una coordinación entre los servicios de Pediatría y Hematología y disponer de un protocolo que establezca las indicaciones y estandarice el procedimiento de la eritroaféresis. Los objetivos específicos fueron:

1. Establecer los criterios de actuación, unificándolos y proporcionando a los profesionales de enfermería, pediatría y hematología una información actualizada y consensuada.
2. Ofrecer a los pacientes y familias información de calidad de su enfermedad y del procedimiento.
3. Administrar una terapia segura y rápida para la disminución de HbS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ante un paciente candidato a eritroaféresis, el pediatra se pone en contacto con el servicio de Hematología para comentar el caso en una primera reunión. Posteriormente se informa a la familia de los beneficios, riesgos y complicaciones y se entrega un consentimiento informado. Tras cada procedimiento se realiza segunda reunión Pediatría/Hematología para evaluar la aféresis.

Se estableció una lista de materiales y recursos humanos necesarios y un protocolo estandarizado para la realización de la técnica, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. Se crearon una serie de indicadores de evaluación para valorar el proyecto.

RESULTADOS

En enero de 2020 se creó el equipo conjunto Pediatría/Hematología, se generó el protocolo de eritroaféresis en población pediátrica y se puso en marcha el mismo. En febrero de 2020 se generó el registro interno de pacientes. Por último, en junio de 2020 se difundió el protocolo. El porcentaje de pacientes manejados de acuerdo al protocolo es mayor de 90%.

CONCLUSIONES

La ECF es una enfermedad genética grave con importante morbimortalidad y disminución de la calidad de vida. Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece el proyecto, al estandarizar la técnica y conseguir la coordinación entre los servicios implicados, este se realizará de forma indefinida.

AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE EL PROYECTO:"MED1STMR: MEDICAL FIRST RESPONDER TRAINING USING A MIXED REALITY".

RAQUEL MORENO SÁNCHEZ; MIRIAM GONZÁLEZ; ASUNCIÓN COLOMER; ANA MARÍA CINTORA; JESSICA SUSAN NALDRETT; MARÍA REDONDO
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6059*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Aprendizaje, Realidad Virtual, Calidad Asistencial, Seguridad intervención, Incidentes múltiples víctimas*

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

Los sistemas de realidad virtual (RV), mixta (RM) y aumentada han experimentado una rápida evolución y su uso se ha expandido como herramienta de aprendizaje en el ámbito sanitario.

En los incidentes de múltiples víctimas (IMV) el personal de primera intervención (MFR) debe actuar de forma rápida y segura, lo que se complica por sensaciones, emociones y otros efectos anticipatorios, que conducen a disminución del rendimiento, inseguridad y errores. Por lo que es crucial proporcionarles una formación adecuada que los prepare para estas situaciones.

Este matiz de calidad les ayudará a resolver problemas de forma más rápida, optimizar la eficiencia, mejorar la colaboración con otros servicios y sobre todo incrementar la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Desarrollar un sistema de entrenamiento, con RM y retroalimentación háptica en los servicios de emergencias.

Mejorar la calidad asistencial y la seguridad de las intervenciones mediante el uso metodologías de aprendizaje basadas en entrenamiento en entornos virtuales que simulan situaciones reales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente, los investigadores realizan una revisión de literatura sobre uso de realidad extendida en formación. Se analiza el modelo de entrenamiento actual en IMV.

Participación en talleres de RV: uso de gafas Google HoloLens y creación de escenarios.

Uso de tecnologías portátiles con sensores corporales para monitorizar el estado y comportamiento de los alumnos durante el entrenamiento, midiendo sudoración, dilatación pupilar, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial.

Modelo científico para la capacitar del alumno con: Componentes psicológicos evaluados con escalas validadas.

Respuestas psicofisiológicas al estrés: electrocardiográficas y de saliva. Comportamientos: procesamiento de información y toma de decisiones. Aplicación de procedimientos correctos: evaluación por experto.

Resultados preliminares:

Gran aceptación de la RV como modalidad de formación. Experiencia de aprendizaje realista y positiva.

Beneficios: el entorno virtual ofrece flexibilidad, con oportunidad de entrar repetidamente en un escenario y repetir la interacción, con adición de variaciones de simulación (diferentes lesiones, ubicaciones de víctimas, apoyo de otro personal, etc.).

Oportunidad de aumentar habilidades y consolidar respuestas correctas. Menor tiempo para aprender. Mejores tiempos de triaje.

Adquisición de confianza en la valoración de pacientes y organización de recursos.

Percepción de mejor preparación y seguridad para afrontar IMV e incrementar la calidad y seguridad asistencial.

CONCLUSIONES

La RV proporciona formación y entrenamiento en eventos de alta gravedad y baja frecuencia, siendo un método de instrucción que al simular la realidad, refuerza el aprendizaje y mejora la retención.

Esto mejorará la seguridad en las intervenciones y la calidad asistencial.

GESTIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS MEDIANTE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL

VICENT ESTEVE SIMÓ; ELISABET GONZÁLEZ LAO; IRATI TAPIA GONZÁLEZ; SARA IBAÑEZ PALLARÉS; SANDRA RUBIO PÁEZ; MANEL RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

ID: *6060*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *indicadores de calidad, acceso vascular, diálisis, multidisciplinar*

INTRODUCCIÓN

Los equipos multidisciplinares del acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) resultan cruciales en la gestión adecuada del AV. Una de las tareas más importantes a desarrollar en los sistemas de gestión de calidad es el seguimiento periódico de indicadores. El Grupo de trabajo de Gestión de Calidad de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N) ha diseñado unos indicadores de calidad relacionados con el AV con el fin de conseguir un conjunto de estándares aplicables a nivel nacional que permitan mejorar la atención a los enfermos en HD.

OBJETIVOS

Analizar los resultados en la gestión del AV en nuestra unidad multidisciplinar del AV mediante los indicadores de calidad del grupo de la SEN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicentrico de 5 años (2016-2021). Principales indicadores de calidad AV analizados: Porcentaje de pacientes incidentes y prevalentes con AV desarrollado, tasa bruta de mortalidad así como las tasas de trombosis e infecciones paciente/año para AV nativo (AVn), AV protésico (AVp), catéter temporal (CT) y catèter tunelizado definitivo (CD) respectivamente.

RESULTADOS

Analizamos un total de 91 pacientes en HD (61.8% hombres), edad media de 68.4 años y tiempo de permanencia en HD de 49.9 meses. Un 42% de los pacientes tenían una edad > 75 años. Un 25% tenian DM. El índice de Charlson modificado era 8.5. Porcentaje pacientes incidentes AVn (33.8%), AVp (6.8%), CT (2.5%) y CD (54.7%). Porcentaje pacientes prevalentes AVn (63.1%), AVp (10.2%), CD (25.8%). No CT prevalentes. Tasa trombosis paciente /año AVn (0.11), AVp (0.85). Tasa de infecciones paciente/año AVn (0.03), AVp (0.10), CD (0.33). Tasa bruta de mortalidad anual : 14.4.

De manera global, la mayor parte de indicadores analizados permanecían dentro de los rangos óptimos establecidos por las guías de calidad de la SEN; a excepción del porcentaje de pacientes con AV interno y de la tasa de trombosis paciente/año de AVp.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la elaboración de objetivos predeterminados y la aplicación de medidas correctoras en función de los indicadores de calidad han sido herramientas útiles para proporcionar una adecuada calidad assistencial en la gestión de nuestra unidad multidisicplinar del acceso vascular, y permite identificar oportunidades proactives de Seguridad Clínica.

EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LA EFECTIVIDAD DE LA MEJORA CONTINUA EN LAS PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA

MARTA CHARLO BERNARDOS; ELENA ALTARRIBAS BOLSA; JESICA MONTERO MARCO; BEATRIZ HERRERO CORTINA; PILAR LÓPEZ CUARTERO; Mª LUISA HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6064*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *EFECTIVIDAD, MEJORA CONTINUA, GESTIÓN, PRÁCTICAS FORMATIVAS, ENFERMERIA*

JUSTIFICACIÓN

Las prácticas externas curriculares de enfermería que se llevan a cabo en un hospital de tercer nivel cuentan con una carga práctico asistencial de 2100 horas. Actualmente, se acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería tanto de universidad pública como privada y cuenta con 42 profesores asociados.

Tras seis años de implementación de un proceso sistemático de evaluación de los alumnos, de la gestión del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados junto a la aplicación de un sistema de mejora continua, se consideró necesario determinar la efectividad no sólo en el corto plazo sino en el marco temporal completo de la experiencia y comprobar así la permanencia de los efectos positivos.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad a largo plazo de la implementación de un sistema de mejora continua en las prácticas universitarias de enfermería en el ámbito de especializada basado en una estrategia combinada de evaluación sistemática de profesores asociados y alumnos, una incorporación de acciones correctivas y una medida de la eficacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

La sistemática de evaluación se ha implementado para cada uno de los módulos formativos que componen un curso académico durante 2016-2022, aplicando como metodología el ciclo de Deming de forma iterativa buscando el efecto acumulativo del proceso y de las acciones de mejora aplicadas mediante formularios digitales cumplimentados por alumnos y profesores asociados. Las fases de la metodología han sido: 1) Identificar los indicadores clave de los procesos y subprocesos 2) Sistematizar la información recopilada en los procesos de evaluación 3) Identificar las acciones correctivas aplicadas 4) Analizar las mejoras obtenidas en términos cualitativos y cuantitativos 5) Verificar la mejora de resultados en largo plazo.

RESULTADOS

Se evaluaron 21 indicadores claves de los diferentes procesos y subprocesos. Se realizaron 13 acciones de mejora, entre las que destacan por su impacto: la mejora de los procesos de acogida tanto presencial como online, así como la sistematización y protocolización de los sistemas de comunicación con las universidades. El porcentaje diferencial de mejora de los indicadores desde el comienzo del período 2016 a 2022 fue: 3 indicadores mayores al 50%, 5 menores del 10%, 7 menores o iguales al 10% y 3 no han sufrido cambios.

CONCLUSIONES

Todas las mejoras conseguidas se han afianzado a lo largo del período de seguimiento (incluso en contextos adversos como la pandemia por SARS-CoV2) y sus efectos positivos permanecen en la actualidad, sin observarse riesgos que puedan contrarrestar o disminuir su eficacia en los próximos años.

El desarrollo de este sistema de evaluación ha facilitado la gestión de las prácticas formativas con las universidades y profesores asociados mejorando el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.

IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL RIESGO DE DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS AÑOS

MARTA CHARLO BERNARDOS [(1)]; JESICA MONTERO MARCO [(1)]; BEATRIZ HERRERO CORTINA [(1)]; ELENA ALTARRIBAS BOLSA [(1)]; CRISTINA CARRETERO RANDEZ [(2)]; GRUPO NUTRIFAG [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE, [(3)] UNIVERSIDAD DE ALICANTE, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE (ISABIAL).

ID: *6065*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *cronicidad (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CRONICIDAD, DESNUTRICIÓN, DISFAGIA, FRAGILIDAD*

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es el resultado de un déficit en la ingesta o asimilación de nutrientes que altera la composición corporal, provocando una disminución de las capacidades físicas y mentales, lo que dificulta la recuperación durante un proceso de enfermedad. Las personas de 65 años o más son particularmente susceptibles de desarrollar desnutrición debido a los cambios fisiológicos durante el envejecimiento, la presencia de comorbilidades y los requerimientos nutricionales específicas de esta población. A su vez, la disfagia se asocia a una mayor prevalencia de desnutrición y fragilidad en esta población. La presencia de desnutrición y disfagia son factores de riesgo de una mayor morbilidad, mortalidad hospitalaria, estancia hospitalaria y del incremento de las tasas de reingreso y costes asociados.

OBJETIVOS

Evaluar el riesgo de desnutrición y el estado nutricional al ingreso y su evolución hasta el alta, en pacientes de 65 o más años hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo para realizar entre el 01/01/2022 y el 31/12/2024.Se reclutarán 453 personas de 65 o más años ingresados en unidades médicas y quirúrgicas (con duración de ingreso superior a 48h). La selección de participantes se realizará a través de muestreo consecutivo. Se recogerán variables relacionadas con el proceso asistencial, funcionalidad, cognición y comorbilidad, perfil de riesgo, estado nutricional y disfagia; así como fragilidad, calidad de la dieta y variables contextuales. Se calculará la incidencia de riesgo de desnutrición y disfagia durante el proceso asistencial y al alta. La presencia de factores de riesgo se estudiará con modelos de regresión logística y modelos de regresión de Cox multivariante. Además, se realizará un análisis de la satisfacción de los participantes con los servicios de alimentación.

RESULTADOS

Los resultados del proyecto proporcionarán información relevante sobre la incidencia de ambas patologías, sus factores asociados y su relación con la estancia media, la mortalidad hospitalaria y el reingreso precoz. Además, la evolución del estado nutricional y la disfagia a lo largo del proceso de hospitalización proporcionará evidencia sobre la utilidad del cribado y seguimiento de la desnutrición y la disfagia al inicio de un ingreso hospitalario de las personas de 65 y más años, y que en un futuro puedan ser incluidos en protocolos y guías de práctica clínica. Finalmente, los hallazgos obtenidos servirán de base para el desarrollo y evaluación de intervenciones nutricionales adaptadas a la presencia de desnutrición y disfagia y sobre todo a la situación clínica de los pacientes 65 o más años.

CONCLUSIONES

Es importante visibilizar e identificar la desnutrición y la disfagia como posibles factores de riesgo, así como la necesidad de protocolizar actuaciones para una atención integral y multidisciplinar.

DESARROLLO DEL PLAN DE CONTINGENCIA FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19 EN UN SERVICIO DE DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO

ELENA SÁNCHEZ ZAPARDIEL; REBECA RODRÍGUEZ PENA; ELISABET MATAS PÉREZ; PILAR NOZAL ARANDA; BÁRBARA MARTÍNEZ DE MIGUEL; EDUARDO LÓPEZ GRANADOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *6066*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión de la Calidad, COVID19, Inmunología, Matriz de Riesgos*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia COVID19 supuso un reto sin precedentes para la sanidad en todos sus ámbitos. La gestión de la calidad en los primeros meses necesitó adaptaciones urgentes que primaran la seguridad del paciente/trabajador, sin menoscabar la calidad de los resultados. En el caso de los Laboratorios, el aumento de la solicitud de pruebas ya existentes, así como la necesidad de puesta a punto de nuevas técnicas, marcó un cambio en la rutina diaria.

OBJETIVOS

El objetivo es presentar el plan de contingencia desarrollado para la reorganización funcional interna del Servicio de Inmunología ante pandemia COVID19 y la necesidad asistencial de identificar sus características.

MATERIAL Y MÉTODOS

El principal recurso de gestión de calidad fue la Matriz de Riesgos, de la que se derivaron Planes de Acción específicos, que culminaron en un Procedimiento Operativo.

Para el desarrollo de los planes de acción se contó con los cursos del Servicio de Prevención de Riesgos, vídeos y documentos de la intranet del Hospital, el programa de historia clínica, el acceso telefónico, los equipos de protección e higiene, cambios en la gestión del personal, así como nuevos reactivos adquiridos por el Hospital y proyectos de investigación.

RESULTADOS

El primer riesgo identificado fue la ausencia de protocolos preventivos adaptados al nuevo virus y su posible transmisión a pacientes/personal. El plan de acción derivado fue el nombramiento de responsables de coronavirus para procesos de laboratorio y consultas. Mediante la asistencia a cursos de EPIs de ambos responsables y la posterior formación al resto de personal, se establecieron las nuevas medidas de seguridad en el Servicio.

El segundo riesgo que se planteó fue el retraso en el diagnóstico y tratamiento de nuevos pacientes, por sobrecarga de pruebas relacionadas con el COVID19 y restricciones del acceso al Hospital. El plan de acción se desarrolló gracias al establecimiento de consultas por teléfono y mediante la priorización de los casos. En consultas presenciales se implementó el uso de equipos de protección y medidas de higiene.

Por último, ante el riesgo por la ausencia de pruebas específicas de la respuesta inmunológica y sus complicaciones en pacientes COVID19, desarrollamos una adaptación de paneles de citometría de flujo para analizar la respuesta celular, y de técnicas de ELISA para analizar la respuesta de anticuerpos y la reacción inflamatoria.

CONCLUSIONES

La aparición de una pandemia asociada a una enfermedad de origen viral con una base inmunopatogénica desconocida supuso un reto sin precedentes para los Servicios de Inmunología Clínica de los Hospitales, que tuvieron que aprender manteniendo la seguridad y optimizando los recursos existentes. El empleo de herramientas de gestión de calidad permite realizar este proceso y genera indicadores que facilitan su posterior evaluación, lo cual ayuda a mantener la calidad del servicio prestado y la capacidad de contingencia ante situaciones similares futuras.

IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA EDUCACIÓN DEL TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO CON HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH).

MARIA ASUNCION MACHIN MACHIN; MARIA VICTORIA MALLEN ALASTUEY; MARIA LOURDES ROYO GUILLEN; FLORA GUTIERREZ GARCIA; MARIA TERESA LLORENTE CEREZA; MARIA GLORIA BUENO LOZANO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6068*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Palabras clave: *ENFERMERIA PEDIATRICA, HORMONA DE CRECIMIENTO, EDUCACION PARA LA SALUD*

OBJETIVOS

La pandemia por COVID-19 provocó que el personal que impartía las charlas para el inicio de tratamiento con GH no pudieran hacerlo presencialmente, integrándose esta tarea a las actividades de la consulta de pediatría. El tratamiento con hGH es crónico y de administración subcutánea, así que es muy importante la labor de enfermería pediátrica para conseguir una adecuada adherencia por parte de las familias y del paciente pediátrico.

OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto es mejorar el seguimiento de los pacientes bajo tratamiento con hGH. Como objetivos específicos se plantean:

- Ofrecer una educación individualizada al paciente y su familia en la dosis y el dispositivo prescrito
- Asegurar la continuidad desde el inicio de tratamiento
- Medir su adherencia al mismo
- Comprobar la facilidad de uso de los diferentes dispositivos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los tratamientos iniciados durante 2020-mayo de 2022. Como variables se incluyen: dosis, tipo de dispositivo, seguimiento del tratamiento (presencial/telemática) y adhesión al mismo. Como material para realizar la educación se utilizaron folletos explicativos, vídeos,... Se contactó con las familias por teléfono y se citó en consulta presencial para impartir una charla educativa (1 h). Se sugirió que los familiares acudieran con el niño/a para que observaran conjuntamente el procedimiento y poder enseñar al niño/a a realizarlo. Se facilitó el material necesario y se dieron las indicaciones de cómo recoger la GH en la farmacia del hospital (primera entrega en consulta). Se proporcionó a los padres el teléfono y correo electrónico de la consulta para contactar con el equipo y poder resolver cualquier duda. A los 3-5 días tras el inicio del tratamiento, se contactó por teléfono o vía telemática para resolver dudas.

RESULTADOS

- Han iniciado tratamiento 77 pacientes (33 varones)
- Edad: 5 meses-14 años
- Indicación:
  - Deficiencia de hormona de crecimiento (hGH): 25 pacientes
  - HGH biológicamente inactiva: 15 pacientes
  - Disfunción neurosecretora de hGH: 5 pacientes
  - Pequeño para edad gestacional sin crecimiento recuperador: 28 pacientes
  - Síndrome de Turner: 1 paciente.
  - Haploinsuficiencia en gen SHOX: 1 paciente
  - Síndrome de Noonan: 2 pacientes
- Tipo de dispositivo:
  - Pluma precargada desechable: 3
  - Pluma no desechable con cartucho precargado: 24
  - Pluma no desechable con cartucho sin reconstituir: 17
  - Jeringa precargada: 11
  - Dispositivo con cartucho precargado: 22 CONCLUSIONES

La incorporación del equipo de enfermería pediátrica para implementar la adherencia al tratamiento con GH ha sido una oportunidad de mejora del proceso.

La inclusión del niño en la educación ha disminuido la ansiedad familiar ante la administración subcutánea del mismo.

Todos los dispositivos han sido bien aceptados, aunque presentan diferencias en cuanto a reconstitución, ser desechables o no, posibilidad de medir adherencia y pérdida de dosis.

EL OTRO LADO DE LAS QUEJAS

NURIA MARTINEZ DUCE; SONIA BERENGUER CERDÁ; EVA VIVES SANCHEZ; Mª JOSÉ LOPEZ DEVESA
CENTRO DE TRABAJO: DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE - HOSPITAL GENERAL

ID: *6071*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El paciente a través de las quejas, nos hace partícipes de todo aquello que considera no ajustado a sus necesidades o que les ha provocado daños como consecuencia de su interacción con el sistema sanitario, ya sea de causa humana o técnica.

Desde el Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP), nos dimos cuenta que en ocasiones esas quejas revelaban entre sus líneas, eventos adversos y que la investigación que se realizaba de las mismas era muy similar al análisis que se realiza de los eventos adversos en seguridad del paciente

Tras analizar unas cuantas de ellas junto a la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, pensamos que podíamos involucrar a esos pacientes en su propia seguridad y partiendo de ellos y de una atención centrada en el paciente mejorar la cultura de seguridad de nuestro hospital

OBJETIVO

Aumentar la seguridad del paciente a través del análisis de las quejas. Visibilizar la voz del paciente en su propia seguridad.

METODOLOGÍA

1. Lectura crítica de todas las quejas registradas yendo más allá de las propias palabras y entrevistando a paciente y familia ante las dudas que pudieran surgir
2. Identificación de aquellas quejas que cumplen criterios de evento adverso (daño no esperado relacionado con su asistencia)
3. Registro de éstas en la plataforma SINEA (sistema de notificación de eventos adversos)
4. Comunicación a la Unidad de Calidad y Seguridad.
5. Análisis del evento y propuesta de mejora.
6. Respuesta a paciente y/o familia de las medidas adoptadas para evitar que los eventos adversos detectados vuelvan a suceder.

RESULTADOS

Quejas vs Eventos adversos:

Año	Nº de quejas vs eventos adversos
2017	6
2018	10
2019	20
2020	6
2021	6

CONCLUSIONES

De la colaboración establecida entre la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y SAIP se ha incorporado la voz del paciente dentro de la gestión de la calidad, haciéndolos partícipes de su propia seguridad y de la mejora de la calidad asistencial.

Además, aunque en los dos últimos años, la pandemia ha afectado a la buena evolución que se había registrado en la identificación de eventos adversos, consideramos que el análisis realizado en las quejas, debía extenderse a todas las gestiones que realizamos en SAIP como son las sugerencias o las gestiones de caso con el fin de no perder opciones de mejora.

NUEVAS FORMAS DE MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS GERONTOLÓGICOS TRAS LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2

MARINA MARTÍNEZ PAYÁ; MERCEDES GUILABERT MORA; IRENE CARRILLO MURCIA; CÉSAR FERNÁNDEZ PERIS; MARÍA ASUNCIÓN VICENTE RIPOLL
CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

ID: *6074*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Buenas prácticas, lecciones aprendidas, centros gerontológicos, COVID-19*

JUSTIFICACIÓN

El colectivo más afectado a nivel mundial por la pandemia de COVID-19 en términos de infección y letalidad, ha sido el de las personas mayores y, más concretamente, aquellas que residían en centros gerontológicos. Esta situación ha tenido un alto impacto en la atención que se presta en esta tipología de recurso y ha generado la necesidad de reformular las prácticas que se han utilizado en situaciones de brote y que se han mantenido a lo largo del tiempo tras la pandemia, evaluar la adecuación de los cuidados e impulsar acciones de mejora para una atención de excelencia.

OBJETIVOS

Describir las lecciones aprendidas en los centros de adultos mayores durante la pandemia de la Covid-19, identificando las prácticas que se han mantenido tras la pandemia y las que se han empleado exclusivamente en situación de brote en el centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión sistemática. La presente revisión fue guiada por el protocolo PRISMA. Para valorar la calidad de los estudios se utilizó la guía "Quality Assessment Tool". La búsqueda de los artículos se llevó a cabo de forma sistemática en las bases de datos Embase, PubMed, ScienceDirect, ProQuest Central y Scopus. Las palabras claves que fueron empleadas en la búsqueda en las bases de datos fueron las siguientes: learnings, lessons, positive learnings, positive lessons, SARS, MERS, COVID-19 pandemic. Se incluyeron los artículos publicados desde el 1 de al 30 de noviembre de 2021, en inglés o castellano, que describieron las lecciones aprendidas en los centros de adultos mayores, publicados entre 2002 y 2021. Para el análisis de la información, por un lado, se extrajo la información que se detalló en cada uno de los estudios: autor, año y país de publicación, objetivos, tipo de estudio, muestra, principales hallazgos, discusión y conclusión. Por otro lado, se llevó a cabo el análisis de la calidad de los estudios a través de la herramienta "Quality Assessment Tool".

RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron se concretaron en un cuadro de lecciones aprendidas identificando las que se han empleado en situaciones de brote y las que han venido para quedarse tras la pandemia para una atención de calidad en centros gerontológicos. La información se detalló también empleando la metodología IDEF0. Esto supone un cuadro de mandos asistencial para medir la excelencia en la red de centros que prestan atención a los adultos mayores a nivel mundial.

CONCLUSIONES

La pandemia de la COVID-19 en los centros gerontológicos ha permitido la extracción de buenas prácticas y lecciones aprendidas para el abordaje del virus SARS-COV-2. La identificación de las lecciones aprendidas podría ayudar en posibles futuras pandemias, ya que se actuaría en base a los datos descritos. Este estudio pretende contribuir a la identificación de lecciones prácticas para una atención bajo los más altos estándares de calidad en los centros gerontológicos.

APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN 4.0 PARA LA MEJORA EN LA GESTIÓN DEL PACIENTE DEL ÁREA DE GABINETES ENDOSCOPIAS

FRANCISCO CORTÉS SEVILLA ; ANA ÁLVAREZ SOTO ; ROSA MARIA SÁNCHEZ CABRERA ; JOSÉ RUBÉN GENOVÉS COSTA ; JERÓNIMO RUIZ IGLESIAS ; JOSÉ ANTONIO JEREZ GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

ID: *6077*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Lean Management, Digitalización; Lean 4.0; Endoscopias*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2018 se realizó la inauguración de la nueva área de gabinetes endoscopias del Hospital Universitari de Bellvitge, hospital de tercer nivel en Cataluña. En ella, se introdujeron mejoras en las instalaciones como el aumento de boxes de exploración, pero sin un aumento proporcional de los puntos de recuperación de pacientes (recovery). La gestión habitual en el área implicaba esperas innecesarias de los pacientes a la hora de poder ser atendidos en recovery debido a las continuas llamadas entre los boxes, celadores y el mismo recovery, y a priori, un aumento de la productividad no hacía sino presagiar una mayor ineficiencia.

OBJETIVO

Eliminar el 100% de las llamadas realizadas entre los distintos participantes en el proceso en un periodo de 8 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un equipo multidisciplinar formado por profesionales de los distintos estamentos que participan en el proceso (médicos, auxiliares de enfermería, enfermería, celadores y staff informático). Se utilizaron herramientas del Lean Management mediante las cuales poder simplificar el proceso y quedarse únicamente con aquellas tareas que aportan valor al paciente, generando un canal de comunicación directa entre los profesionales mediante la digitalización del proceso, aplicando especial atención en no generar un trabajo extra que antes no fuera necesario.

RESULTADOS

Se consiguió disminuir la cantidad total de llamadas que se realizaban en el área, donde inicialmente realizaban una media de 4 llamadas por paciente a 0, aumentando el tiempo que los profesionales podían dedicar a los pacientes en 361 minutos (por día, solo en el turno de mañana) que antes dedicaban a la realización de llamadas, haciendo que el rendimiento del recovery aumentara para no sufrir ante el aumento de actividad.

CONCLUSIONES

La combinación de Lean Management con herramientas de digitalización hace que podamos generar procesos estandarizados, interactivos con el profesional y que aporten la máxima información necesaria de un simple golpe de vista.

NOTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES. UN RETO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

BEATRIZ URRUTIA CASADO; ELISABET GONZÁLEZ LAO; JOSEP TOST VALLS; CATI MÉNDEZ MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

ID: *6078*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Bloque quirúrgico, Seguridad del paciente, Notificación, Incidente, Complicación*

JUSTIFICACIÓN

Los bloques quirúrgicos requieren de una cooperación multidisciplinar para su correcto funcionamiento. Uno de los pilares de la seguridad del paciente es la práctica de cirugía segura que conlleva la notificación de complicaciones del proceso quirúrgico.

La dificultad de obtener registros sobre las complicaciones, reside en la ambigüedad de la definición del término complicación, y en su notificación.

OBJETIVOS

Los objetivos principales son:

- Fomentar la notificación de complicaciones del bloque quirúrgico
- Obtener datos y generar indicadores de los registros para poder establecer estrategias de mejora

MATERIAL Y MÉTODOS

En el primer trimestre de 2022, se habilita un registro parametrizado dentro del sistema informático de nuestro hospital para cada paciente, que permite a los profesionales cumplimentar en la misma pantalla del checklist y hoja quirúrgica, que son de obligada verificación, las complicaciones derivadas del proceso anestésico, quirúrgico o postquirúrgico.

Se ha diseñado mediante un grupo multidisciplinar con amplia experiencia quirúrgica, contemplando desplegables estandarizados para cada categoría de posible complicación, incluyendo un campo abierto para aquellas que son más anómalas.

Si se registra una complicación, se envía una notificación automática a las 24h al Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, donde se analiza si se trata de un evento adverso no esperado y su implicación en el paciente. En aquellos casos que proceda se registrará en el sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente de nuestra comunidad autónoma, y se analizará el caso y sus propuestas de mejora si aplica. Retrospectivamente, se analizarán las complicaciones para promover acciones de mejora continua en el bloque quirúrgico y presentar los resultados a los profesionales.

RESULTADOS

En la evaluación de los resultados del primer trimestre del registro, se observaron 50 notificaciones, de las cuales 42 son incidencias y 8 son complicaciones quirúrgicas y/o anestésicas, de estas últimas, se han analizado tres por considerarse un evento no esperado derivado del proceso quirúrgico. Ninguna de las analizadas ha tenido repercursión en el paciente. De las 42 incidencias registradas, los principales motivos han sido retraso y/o falta de personal de enfermería o limpieza, falta de camas de hospitalización y cambio de técnica quirúrgica.

CONCLUSIONES

Disponer de un registro transversal y multidisciplinar para complicaciones quirúrgicas dentro del sistema informático del hospital, permite una mayor notificación e implicación de los profesionales del bloque quirúrgico. El envío de la información de forma automatizada al Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, permite un análisis más exhaustivo y precoz de las complicaciones quirúrgicas. Los datos obtenidos han permitido establecer acciones de mejora en los procesos y en la sensibilización multidisciplinar de los profesionales.

EVOLUCIÓN DE UNA UNIDAD FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

SELMA HERRERO LÓPEZ; GENOVEVA FERNÁNDEZ CARRAL; FAUSTINO GONZÁLEZ MENÉNDEZ; JOSÉ LUIS COBO SÁNCHEZ; MARÍA INMACULADA COLLANTES HERNÁNDEZ; ELENA RIVAS CILLEROS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *6081*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Formación Continuada, TIC, nuevas metodologías, enseñanza-aprendizaje, enfermería*

INTRODUCCIÓN

La formación continuada (FC) de los profesionales, la calidad y la seguridad clínica son aspectos íntimamente relacionados, constituyendo uno de los pilares fundamentales en la organización sanitaria. Esta unidad de formación continuada (UFC) de Enfermería ha llevado a cabo una serie de acciones para mejorar la gestión del proceso formativo, adaptándose al nuevo contexto educativo fundamentado en la tecnología y las nuevas metodologías de enseñanza- aprendizaje.

OBJETIVO

Determinar el impacto de la acreditación de una Unidad de Formación Continuada de Enfermería de un hospital de Tercer Nivel.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo sobre la actividad de la UFC en dos periodos: pre y post acreditación: 2014 a 2017 y 2018 a 2021, respectivamente, analizando nº de actividades formativas (AF), modalidad y acreditación; nº horas de formación; total de alumnos, índice de satisfacción, además de otros datos cualitativos (uso de TICs, desarrollo de nuevas metodologías).

RESULTADOS

A nivel cuantitativo se presentan 6 variables (V) mostrando los datos en el periodo pre/post, además de la diferencia (p=x). V1: nº AF: 720/772 (p= aumento 7%); V2: nº AF acreditadas: 288/590 (p= aumento 105%); V3: horas actividad: 4147/3851 (p= disminución 7,2%); V4: nº total de alumnos: 17741/43955 (p= aumento 147,8%); V5: índice de satisfacción: 86,3%/90,9% (p= aumento 4,6 puntos); V6: modalidad (presencial-mixto-online): 317-18-12/386-55-43 (p (mixto)= aumento 200%; p (online)= aumento 258%). Cualitativamente, se han incluido en el plan de formación, AF de capacitación para puestos con competencias específicas (creación 6 actividades; previamente solo una), además del desarrollo de nuevas metodología de aprendizaje (simulación, gamificación) y de las TICs vinculadas a herramientas de comunicación, elaboración de contenidos o de entornos virtuales de aprendizaje, entre otros.

CONCLUSIONES

La acreditación de la UFC de Enfermería ha permitido definir los procesos y procedimientos con una gestión más eficaz, coherente y ágil de todo el proceso formativo. Se ha incrementado la puntuación de la mayoría de las variables, tanto en actividad como de resultado, además presentarse la posibilidad de diseñar AF ad-hoc para puestos específicos. La implementación de nuevas metodologías con aumento del uso de las TIC-TAC-TEP (Tecnologías de la información y comunicación – T. aprendizaje y conocimiento – T. empoderamiento y participación), permite no solo el desarrollo de competencias digitales por parte de los profesionales, sino poner al alumno en el centro del proceso de enseñanza- aprendizaje, siendo partícipe activo de su formación.

CICLO DE MEJORA DE LA ESCALA DE SEDACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

MAGDALENA MARTÍNEZ GARCÍA; DAVID TUBILLA PRECIADO; LAURA SANCHEZ OLMOS; MARIA JOSE FRUTOS FLORES; RAQUEL MONTOSA GARCÍA; ANA MARÍN YAGO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6082*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad de la Atención de Salud, Registros de enfermería, Monitoreo de drogas, unidades de cuidados intensivos, Pediatría.*

JUSTIFICACIÓN

Las escalas de sedación son una herramienta básica e indispensable para el control y monitorización de la confortabilidad del paciente sedoanalgesiado en las unidades de cuidados intensivos. En la población Pediátrica aumenta esta importancia por las limitaciones de comunicación y desarrollo de esta etapa vital. Son útiles para guiar y alcanzar el estado de óptimo de sedación evitando la sobre- y la infra-sedación. Miden el estrés causado por miedo, ansiedad, enfado, incomodidad (postural, ventilación mecánica, etc.).

OBJETIVOS

Estandarizar la utilización y registro de la escala de Comfort-B en pacientes con tratamiento sedo analgésico en UCIP. Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia del registro en la Historia Clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Fuentes de datos: Los casos se seleccionaron entre las Historias Clínicas.Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios: El registro de la escala de sedación/Comfort-B en el programa informático. Identificación y muestreo: Marco muestral: 1º Evaluación:12meses. 2º Evaluación: 3 meses. Tamaño de la muestra: 60. Método de muestreo: Aleatorio simple. Se utiliza sistema aleatorio de Microsoft Excel. Mecanismo de sustitución de casos: Consecutivo. Cuando algún paciente no precise completar el registro de la escala Comfort, se tomará el Nº de historia siguiente. Tipos de Evaluación: En relación a la iniciativa para evaluar: Interna; En relación a la acción temporal con la acción evaluada: Retrospectiva; En relación a las personas responsables de extraer los datos: Mixta.

RESULTADOS

El Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA, es un ciclo de mejora continua de la calidad que consta de una secuencia lógica de cuatro pasos repetitivos para la mejora continua y el aprendizaje: Plan, Do, Check, Act. Problema detectado: Se observa una baja y/o inadecuada cumplimentación de la escala Comfort en los pacientes ingresados en la unidad bajo tratamiento con sedación continúa intravenosa. Tras el análisis del diagrama causa-efecto se definen los criterios para evaluar la calidad, definiendo un total de 7 criterios de proceso, con sus excepciones y aclaraciones. Se estudia la dimensión de la calidad científico-técnica siendo las unidades de estudio los receptores del servicio, Proveedores y Proceso evaluado. Se implantan medidas correctoras y se hace una segunda evaluación con una estimación de la mejora conseguida, un grafico de barras de la primera medición y la reevaluación y la presentación de los defectos de calidad de cada uno de los criterios y un diagrama de pareto antes y después mostrando el rango de mejoría.

CONCLUSIÓN

Tras la aplicación de las medidas correctoras se consigue una mejora objetiva del registro de la escala comfort-B mejorando la monitorización de los pacientes pediátricos con tratamiento sedo analgésico con una implicación multidisciplinar que mejora la seguridad del paciente.

EL REGISTRO DE INCIDENCIAS EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA MEJORA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANA CASTAÑO CANTOS ; ELISABET GONZÁLEZ DEL PORTILLO ; ROSA MARÍA MORERA LÓPEZ ; LARA MIRALLES OLIVAR ; BELÉN BELINCHÓN OLMEDA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. SERVICIO ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA. MADRID

ID: *6089*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad, Calidad, incidencias, análisis, paciente*

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento radioterápico es un proceso complejo en el que participan multitud de profesionales de diferentes categorías y Servicios. El Servicio de Oncología Radioterápica del H.U. La Paz, implanta su Sistema de Gestión de Calidad en 2010 tras obtener la Certificación en la Norma ISO 9001:2008, posteriormente adapta todos los requisitos, procesos y herramientas necesarias para obtener la Certificación en la Norma ISO 9001:2015 obteniéndola en 2016. Desde el año 2020 se implanta el nuevo sistema de gestión y análisis de las incidencias que implica su categorización, clasificación del tipo de respuesta, gestión y actuación ante las mismas, definida por el Equipo de Calidad. Esta gestión de incidencias es dinámica y permite un feed-back con el resto de profesionales del Servicio, conllevando una resolución de las mismas de forma más efectiva.

OBJETIVOS

Mejorar la seguridad terapéutica y la calidad asistencial tras un análisis de incidencias durante las diferentes etapas del tratamiento radioterápico.

METODOLOGÍA

Nuestro Servicio trata un total de 100 pacientes al año. Somos un equipo de trabajo formado por 5 profesionales aproximadamente y trabajamos de forma coordinada con el Servicio de Radiofísica. En 2016 se habilitó en nuestra red de gestión departamental, Mosaiq®, que permite un registro de incidencias accesible a todo el personal en el que se puede reportar de modo anónimo o no, una situación irregular producida en cualquier momento del proceso radioterápico. La metodología es sencilla, trasparente, auditable y con trazabilidad, habiéndose establecido cuatro categorías que marcan el origen de la incidencia: equipamiento, radiofísica, personal y miscelánea. El equipo de calidad lleva a cabo un seguimiento estrecho cada quince días, ofreciendo respuesta a las incidencias generadas mediante resolución directa, plan de acción o acción correctiva.

RESULTADOS Y APRENDIZAJE ADQUIRIDOS

Desde 2018 se han registrado 750 incidencias. El 60% se debe a errores organizativos relacionados con la comunicación y protocolos de trabajo. El segundo gran bloque son fallos de equipamiento requiriendo en ocasiones resolución por parte del servicio técnico de los ALEs (aceleradores lineales). Esta metodología de gestión de las incidencias permite analizar el riesgo tanto desde un plano reactivo como desde un plano proactivo. Desde el Equipo de Calidad se han actualizado y realizado procedimientos normalizados de trabajo e instrucciones técnicas, puesta en marcha de acciones correctivas e implantación de las medidas que tras evaluación han sido óptimas.

CONCLUSIONES

El registro de incidencias permite analizar fallos y detectar puntos generadores de riesgo. Actuar sobre ellos aumenta la seguridad terapeútica del paciente. Un registro nacional de incidencias en Oncología Radioterápica ayudaría a conocer la experiencia de otros centros y compartir lecciones aprendidas.

PROYECTO DE DINAMIZACIÓN DE LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

JOSE MARÍA MEDINA GIL ; NATALIA MARRERO NEGRÍN ; KEVIN ALVAREZ RUIZ ; SANTIAGO SANCHEZ DARIAS ; NURIA PERERA QUINTERO ; FRANCISCO JIMENEZ CABRERA
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA

ID: *6091*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) constituye una importante causa de morbimortalidad en los países desarrollados. El aumento progresivo del número de pacientes hace necesaria la organización de la atención al paciente con IC.

OBJETIVO

Optimización de las vías de entrada y salida de la unidad de IC intentando que todos los pacientes con este diagnóstico se puedan beneficiar así como mantener criterios de sostenibilidad.

MATERIAL Y METODO

La intervención se centra en tres puntos:

1. Transición al alta de hospitalización. El alta hospitalaria constituye el momento de mayor fragilidad y con mayor riesgo de reingreso. Con el objetivo de realizar la primera visita en los primeros 7 días tras el alta, se facilitó la derivación a la consulta de IC a través del petitorio del sistema informático del hospital y se dedicó un administrativo a la organización de las citas y pruebas complementarias de la unidad.
2. Se desarrolló un programa de seguimiento estructurado protagonizado por la consulta de enfermería, en el que se intensifican las visitas tras el alta con el objetivo de lograr en el menor tiempo posible la optimización de la medicación del paciente así como fomentar el empoderamiento del paciente a través de la educación y la detección de precoz de descompensaciones. Los candidatos eran todos los pacientes con motivación suficiente y un nivel de autonomía que les permitiera trasladarse al hospital. Se creó una base de datos con la que se pasa la consulta médica y con la que poder obtener datos de gestión.
3. Se definieron los criterios para el alta de la consulta. Aquellos pacientes con una peor clase funcional, resistencia a diurético o datos de mal pronóstico mantuvieron seguimiento crónico por la unidad.

RESULTADOS

Desde octubre de 2021 hasta abril de 2022 se obtuvo aumento del número de pacientes nuevos por mes en la unidad de IC del 97% (311 pacientes en total). De la misma forma, las altas de los pacientes que finalizaron el programa de seguimiento estructurado y que cumplían criterios para seguimiento por atención primaria o cardiología general se incrementaron un 325% (125 pacientes en total).

El origen de las derivaciones fue principalmente la planta de hospitalización, 191 pacientes, lo que supone un aumento del 44% respecto al inicio del proyecto . Las derivaciones desde la consulta de cardiología general fueron 101 con un incremento del 800%.

El tiempo medio desde el alta hospitalaria hasta la primera visita en la unidad se redujo un 34% desde diciembre de 2021 situándose en 11 días.

CONCLUSIONES

La atención de pacientes con IC en unidades multidisciplinares ha demostrado mejoría en supervivencia y calidad de vida de los pacientes así reducción de la hospitalización. Es necesaria la organización de estas unidades con criterios de entrada y de salida, facilitando estas vías y realizando un seguimiento de los resultados obtenidos que permita realizar medidas de corrección.

EXPERIENCIA: MÁS DE 10 AÑOS CERTIFICADOS EN LA NORMA ISO 9001:2015

ANA CASTAÑO CANTOS ; ELISABET GONZÁLEZ DEL PORTILLO ; ROSA MARÍA MORERA LÓPEZ ; BELÉN BELINCHÓN OLMEDA ; LARA MIRALLES OLIVAR
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. SERVICIO ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA. MADRID

ID: *6092*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *calidad, mejora continua, seguridad, cultura*

JUSTIFICACIÓN

el alcance de nuestro Servicio de Oncología Radioterápica es el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes oncológicos tratados con radiaciones ionizantes y otros tratamientos asociados más la formación médica de posgrado. Estos objetivos se desarrollan bajo el marco de la norma ISO desde el año 2010, lo que nos ha ayudado a establecer planos y metas específicas para cada ejercicio. Ser capaz de revisar los de modo regular y óptima para asegurar su adecuación y cumplimiento; y asegurar su coherencia con las estrategias del Servicio y con las necesidades y expectativas de las partes interesadas. La certificación en la norma ISO requiere la implicación y formación en la cultura de la calidad y seguridad de todos los profesionales que intervienen en las distintas etapas del tratamiento radioterápico,

OBJETIVOS

Evaluar la mejora de la calidad asistencial gracias a la implementación de la norma ISO 9001.2015

MATERIALES Y METODOS

Oncología Radioterápica de Hospital Universitario La Paz (HULP) implanta su Sistema de Gestión de Calidad en 2010 tras obtener la Certificación de la norma ISO 9001:2008, norma ISO 9001:2015 en 2016 y desde 2019 trabaja en el marco del Sistema de Gestión Integrado (SGI) del HULP. Esta implementación ha permitido mejorar nuestro análisis de contexto, ser pioneros en la realización de análisis MARR (matrices de riesgo en radioterpia) y MARRTA (matrices de riesgo en radioterapia con técnicas avanzadas), adaptar la red de gestión departamental Mosaiq® a las necesidades de nuestro Servicio y establecer la conectividad adecuada con HCIS (software de HULP) para dar visibilidad a la trayectoria del paciente en el Servicio de Oncología Radioterápica de HULP.

RESULTADOS

Desarrollo y mejora de planes de acción enfocados a optimizar el tiempo de inicio del tratamiento radioterápico, asegurar un registro de incidencias y su análisis posterior presentar las acciones correctivas adecuadas, realizar una gestión de riesgos que permita mitigarlos, eliminarlos o compartirlos, mejorar la comunicación entre los profesionales de los servicios de Oncología Radioterápica y Radiofísica, aumentar la satisfacción global de los pacientes tras poner en marcha la metodología de la norma ISO 9001:2015. Estas medidas nos han convertido en un Servicio de referencia dentro de HULP.

CONCLUSIONES

Ser un Servicio hospitalario certificado en la norma ISO conlleva una cultura de calidad y seguridad por parte de todos los profesionales integrantes. Medir mediante indicadores de calidad la actividad de nuestro Servicio es la base para la mejora continua. La norma ISO nos da las bases para obtener un flujo de trabajo más eficiente, mejorar la seguridad del paciente y poder mantener una tendencia de crecimiento para lograr el objetivo principal: ofrecer la mejor atención sanitaria al paciente oncológico en Oncología Radioterápica.

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD “STOP AZUCAR STOP CARIES”

ROSA TARRAGO GIL [1]; DIANA SERRANO PERIS [1]; MERCEDES AZA PASCUAL SALCEDO [2]; MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ [3]; ELENA LAIN MIRANDA [3]; ANA VICTORIA GRACIA GARCIA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO DE SALUD SEMINARIO, [2] CENTRO DE SALUD SEMIANARIO, [3] CENTRO DE SALUD SEMINARIO, [4] CENTRO DE SALUD SAN JOSE

ID: *6093*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *cronicidad (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Azúcar, Caries, Diabetes, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad*

JUSTIFICACION

La caries dental es la enfermedad no transmisible(ENT)crónica más prevalente y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Tomar frecuentemente cantidades excesivas de bebidas azucaradas es un factor de riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular y caries dental. El consumo mundial de azúcar se ha triplicado en los últimos 50 años. Las actividades de promoción y educación para la salud son esenciales y es fundamental implicar a todos los profesionales para propiciar cambio

OBJETIVOS

Concienciar a la población de la relación entre consumo de azúcar y caries dental. Dar a conocer la presencia de “azucares ocultos”. Sensibilizar al personal sanitario en la importancia de la promoción de una dieta saludable para reducir la caries dental y otras ENT.

La intervención va dirigida al público en general. También a personal sanitario (médicos, pediatras, enfermeras, matronas, dentistas, higienistas dentales, farmacéuticos). El eje principal de la actividad es un panel explicativo de azucares escondidos en el que se visualizan aperitivos, alimentos procesados y bebidas azucaradas que son una fuente importante de calorías vacías. Al lado de cada producto aparecen los terrones de azúcar a los que equivalen. Además, hay una imagen de cómo se produce la caries, recomendaciones de azúcar según la OMS, y unos QRs que dirigen al reloj Stop Caries, a un panel con alternativas de alimentos saludables sus videos explicativos. Otra herramienta es una guía de micronutrientes saludables para los dientes y la importancia del etiquetado de los alimentos para facilitar las elecciones informadas. Está previsto que el material se traduzca a varios idiomas. El proyecto ha sido avalado por la Sociedad Española de Epidemiologia y salud publica oral, por la de Odontopediatria y por la Alianza mundial por un futuro libre de Caries. A demás los paneles se proyectan en cursos, congresos, webs y redes sociales. El panel esta expuesto en el pasillo de las consultas de odontología del C.S Seminario

RESULTADOS

Se estima una visualización media de 9600 pacientes al año. Se han realizado 104 encuestas tras la visualización. El 98% de los encuestados relacionan los riesgos para la salud de una dieta rica en azúcar. El 87,5% han descubierto nuevos datos sobre el contenido real de azúcar añadido de alimentos. El 75% se considera capaz de interpretar las etiquetas alimentarias. El 92% están dispuestos a reducir los alimentos con más del 10% de azúcar en su composición. El 94% quieren prescindir del consumo de bebidas azucaradas. El 86% conocen que el consumo entre horas aumenta el riesgo de caries. El nivel de satisfacción con el programa ha sido del 100%

CONCLUSION

Hay gran desconocimiento de los azúcares añadidos encubiertos en alimentos de consumo habitual. La actividad ha concienciado de forma eficaz a la población de la presencia de “azucares ocultos” y ha promovido un cambio de hábitos a favor de la salud y prevención de la caries.

LA METODOLOGIA LEAN EN LA MEJORA DEL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

ADORACIÓ ARAGONÉS FERRER [(1)]; GEMMA COROMINAS BORRAJO [(1)]; SEILA ESTOPIÑA VITUTIA [(1)]; NEUS MONLLAÓ VILLALOBOS [(1)]; SERGI MOÑINO ABRIL [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL DE LA SANTA CREU, [(2)] JABIL PACKAGING SOLUTIONS TORTOSA

ID: *6096*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *LEAN, proceso, medicación, mejora continua*

JUSTIFICACIÓN

Aplicando la metodología LEAN analizamos todo el proceso de administración de la medicación

La preparación y administración de la medicación ocupa gran parte del tiempo del personal de enfermería; teniendo que preparar la medicación por tomas, realizando una acción repetitiva, que no aporta valor a la atención

OBJETIVOS

Diseñar y planificar un proceso de mejora continua en la administración de la mediación en un hospital de atención intermedia.

Ajustar y estandarizar los horarios de la prescripción médica y de administración de la medicación, para favorecer así la prevención de errores de medicación y mejora del tiempo de inversión en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Creamos un equipo multidisciplinar (farmacia, medicina y enfermería) durante leos meses de junio a octubre de 2021. Se utilizó la herramienta A3, utilizando 5 de los 8 pasos, que coincide con el PLAN y el DO del ciclo PDCA:

- Paso 1: Describir las oportunidades de mejora mediante el diagrama SIPOC identificando elementos clave (proveedores, entradas, proceso, salidas y clientes).
- Paso 2: Dibujar la situación actual con el Value Stream Map (VSM) analizando tareas, materiales y comunicación.
- Paso 3: Establecer objetivos.
- Paso 4: Dibujar el VSM futuro.
- Paso 5: Realizar el plan de acciones. RESULTADOS

Al analizar las oportunidades de mejora detectamos que las diferentes fases del proceso no estaban alineadas, la medicación se administra en 5 tomas coincidiendo con las comidas y la prescripción se realiza en distintas franjas horarias.

La preparación del carro de unidosis desde el servicio de Farmacia, debido a la estructuración actual del servicio y a la tipología de los carros de medicación no se realiza por tomas y los viernes se suministra la medicación de las próximas 72h. Desde el servicio de farmacia no se preparan las soluciones orales, hecho que también incrementa el trabajo en las unidades de hospitalización, ya que al ser un hospital de atención intermedia hay mucha medicación prescrita.

El proceso no es ágil, ya que quien prepara en las Unidades de Hospitalización la mediación no es quien la administra, por lo que los errores de medicación son numerosos, disminuyendo así la calidad y la seguridad del proceso. Todo esto hace que se alargue tiempo entre la preparación y la administración y también sea la consecuencia que en ocasiones no se firme la medicación administrada.

CONCLUSIONES

Con el VSM se llega a la conclusión de que son necesarias una serie de mejoras en el Servició de Farmacia y en la adquisición de carros de medicación, pendientes de aprobación por la gerencia.

Se han realizado mejoras en los horarios de prescripción.

Este análisis nos ha llevado a una solución compartida en equipo, hemos adquirido más conocimiento del proceso, y más empatía entre las distintas áreas implicadas. Más claridad sobre él y un enfoque más eficiente a la hora de afrontar los problemas Por último nos permitirá estandarizar y realizar un seguimiento futuro del mismo.

VALORACIÓN DE LAS ACTITUDES DEL PROFESIONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

MARIA ORO FERNANDEZ [(1)]; PATRICIA CORRO MADRAZO [(1)]; JAVIER VAZQEZ BOURGON [(2)]; JOSE LUIS TEJA BARBERO [(3)]; MARTA GONZÁLEZ SANTOS [(4)]; OSCAR FERNANDEZ TORRE [(5)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, [(2)] SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, [(3)] CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, [(4)] SERVICIO DE CALIDAD , A. USUARIO Y E. INFORMACIÓN, [(5)] SUBDIRECTOR ASISTENCIA SANITARIA. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

ID: *6141*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Salud, mental, Atención Primaria, necesidades.*

JUSTIFICACIÓN

Los problemas de Salud Mental y el uso de psicofármacos han aumentado considerablemente los últimos años, agravado por la pandemia. En Atención Primaria (AP) recae la mayor parte de esta asistencia, sobre todo trastornos con sintomatología leve/moderada.

OBJETIVOS

Valorar de forma cualitativa las actitudes del profesional sanitario de AP en la asistencia a pacientes con problemas de Salud Mental para diseñar un plan formativo e informativo dirigido a las necesidades de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal llevado a cabo en un Servicio de Salud. Se envió un cuestionario de valoración de actitudes de profesionales que participan en la asistencia clínica a pacientes con problemas de Salud Mental en AP. Contenía 4 bloques con preguntas asociadas: datos sociodemográficos, actitud profesional, conocimientos y actividad asistencial. El cuestionario se envió a través del correo corporativo y permaneció activo 3 semanas. Pasadas dos semanas se envió un recordatorio y se publicó en la intranet. Las preguntas eran de respuesta obligada y algunas con respuesta abierta.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 220 (19,7%) de un total de 1.118 profesionales de AP: 109 médicos y pediatras, 85 enfermeras y 26 de otras categorías profesionales. La mayoría eran mujeres (77%), mayores de 40 años (85%) y llevaban trabajando más de 15 años (79%).

El 53% refirió sentirse cómodos y gratificante (62%) tratar a pacientes con necesidades de Salud Mental. Sin embargo, el 86% consideraron complicado trabajar con este perfil de pacientes.

Cerca de un tercio de los encuestados refieren dedicar un 30% o más de su tiempo a atender problemas de Salud Mental. Y la casi totalidad (93%) consideran que esta dedicación a aumentado en los últimos años. En relación con esto los profesionales de AP consideran poco satisfactorio el grado de comunicación con la red especializada de Salud Mental (3,9 sobre 10) y la mayoría (79%) reciben insuficiente información de sus pacientes tras derivarlos a ese otro nivel asistencial.

Los encuestados valoraron como bajo su nivel de formación en Salud Mental (2 puntos sobre 5) y en el uso de psicofármacos (1,7 puntos sobre 5). Y a la totalidad (96%) les gustaría recibir más formación en Salud Mental.

CONCLUSIONES

El cuestionario de valoración de las actitudes del profesional de AP hacia la Salud Mental ha obtenido una tasa respuesta similar a otras publicadas en AP.

Conocer las necesidades de nuestros profesionales es imprescindible para planificar estrategias dirigidas a mejorar la calidad y la seguridad en la asistencia sanitaria.

La atención a pacientes con problemas de Salud Mental está aumentando los últimos años, por lo que es necesaria la implicación de los servicios gestores.

ESTRATEGIA PARA EL AUMENTO DE LAS NOTIFICACIÓNES DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN EN HDM.

AINHOA DEL COTO MIELGO ; MARÍA JOSÉ DURO MANCHEÑO ; MARIA JOSÉ LOPEZ COCA ; BEGOÑA DE ANDRÉS GIMENO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO

ID: *6161*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *sistemas de notificación, registro de incidentes, incidentes de seguridad, errores de medicación.*

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de notificación (SN) y registro de incidentes, constituyendo una estrategia de promoción y prevención de la seguridad del paciente, dirigida a los profesionales y orientada al aprendizaje, a través del análisis de los eventos comunicados.

Pero ¿Por qué no se realizan más notificaciones de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación(EM)?, ¿se desconoce el procedimiento a seguir para realizarlas?, ¿se sabe la importancia de las notificaciones?.

OBJETIVOS

Crear cultura de seguridad del paciente promoviendo el uso del SN CISEM para poder mejorar y evitar errores futuros. Mejorar la formación en seguridad del paciente y calidad asistencial.

Crear una figura de referencia a la que poder realizar consultas y resolver dudas referidas al uso de SN CISEM.

MATERIAL Y MÉTODOS/DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

En Septiembre de 2019 se realiza un análisis del contexto que causa el bajo número de notificaciones desde el HDM a través del CISEM. Con los datos obtenidos y utilizando la herramienta metodológica DAFO se detectan las amenazas y debilidades que provocan esta situación.

Donde las amenazas:

Escasa formación continuada y oferta limitada específica para el personal. Resistencia al cambio para modificar conductas y hábitos.

Y las debilidades:

Alta presión asistencial.

Lentitud en el logro de recursos materiales y puesta en marcha.

Por tanto, se decide realizar un proyecto de mejora priorizando las siguientes líneas de acción:

Realizar sesiones formativas, impartidas por los referentes de seguridad de HDM y Farmacia (manejo, administración y eliminación de citostáticos), analizando, al menos, un incidente y/o evento adverso de los notificados.

Fomentar la notificación en CISEM, nombrando al responsable de seguridad como figura de referencia para la solución de problemas y dudas.

Mejora de los recursos materiales para facilitar el acceso al SN, aumentando el número de computadoras en HDM. Paralelamente, se realiza una encuesta pre y post intervención a 12 DUEs y 4 TCAEs, en la que se pregunta por su conocimiento del CISEM, si lo han usado alguna vez y, en caso negativo, el por qué, dejando esta pregunta abierta.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

Los resultados obtenidos fueron, un incremento en el número de notificaciones, aumentando en 2020 los EM de 9 a 40, respecto del 2019.

En el año 2021, se elevaron los IS pasando de 2 notificaciones en 2020 a 6 y registrándose 63 EM respecto al 2020. La encuesta post intervención indica que el conocimiento sobre el SN pasa de un 6,6% al 73,26%.

Como conclusión, a través de la encuesta y del aumento en el número de notificaciones, se evidenció que el desarrollo de una cultura de seguridad, a través de la formación del personal de HDM, la creación de una figura de referencia y el fácil acceso al sistema de notificación ha sido una estrategia eficaz para la mejora de notificaciones de IS y EM.

IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE EL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

VICTOR ESCUDERO GONZALEZ ; FELIPE LORDÉN MARTINEZ ; DAVID GARAÑENA BRETAÑO ; ELENA MOHÍNO SÁEZ ; ALBERTO BARBERÁ GÓMEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6162*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *COMUNICACION INTERNA, HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS; SERVICIO DE EMERGENCIAS; URGENCIAS; EMERGENCIAS; SEGURIDAD DEL PACIENTE*

OBJETIVOS

A los Departamentos de Comunicación de las organizaciones públicas les compete la generación de contenidos propios tales como notas de prensa, noticias, publicaciones en redes sociales, infografías, vídeos y fotografías encaminados a mantener una línea abierta de forma permanente tanto internamente como con los medios de comunicación.

En los últimos años, el uso de Smartphones ha modificado tanto la forma de comunicar como el propio acceso a la información, lo que hace necesario implementar nuevas vías y canales en la comunicación, que suponen una oportunidad en las organizaciones caracterizadas por gran dispersión geográfica y movilidad de los profesionales como los Servicios de Emergencias extrahospitalarios (SE),

OBJETIVO

Implementar las herramientas necesarias para que la información llegue de forma directa y de fácil acceso a todos los profesionales, utilizando las nuevas tecnologías como apoyo e innovación.

MATERIAL Y MÉTODO

Equipo de comunicación: Identificación de necesidades y nuevas herramientas que les den respuesta. Se selecciona los códigos QR.

Estrategia de implantación en un amplio abanico de soportes de comunicación. Evaluación del impacto.

RESULTADOS

Desde tal fecha de forma sistemática se han insertado Códigos QR en infografías y documentos, además de su colocación en cartelería tanto en el interior de las unidades como en las bases, y los accesos desde la intranet mediante infografías que conducen a vídeos de formación, de material o de técnicas específicas utilizadas en los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias.

Confirmación mediante el seguimiento de visualizaciones de los vídeos de que la información llega a los profesionales y el uso de los códigos QR es efectivo a la hora de la comunicación interna.

Se han realizado 131 visualizaciones de los vídeos, de las cuales 103 reproducciones desde smartphone, 2 desde tabletas y 26 desde ordenadores.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia nos muestra que en un SE de gran dispersión geográfica y movilidad de los profesionales, los medios tradicionales de comunicación como la Intranet deben completarse con otros canales oficiales de información interna, aportando los códigos QR una oportunidad al dar acceso a documentación y videos de formación descriptivos de manejo de material sanitario y diferentes técnicas, siendo además fácil de hacer el seguimiento de las visualizaciones y por tanto del impacto positivo en la organización.

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO DE PACIENTES JUNTO CON SU PERRO DE ASISTENCIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS Y TRANSPORTE SANITARIO

VICTOR ESCUDERO GONZALEZ ; LUIS MIGUEL DEL VALLE BERNAL ; MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ CABALLERO ; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ ; MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ CAMPOS ; JULIÁN SÁNCHEZ PEREA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6164*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *DISCAPACIDAD; CALIDAD PERCIBIDA; TRANSPORTE SANITARIO; EMERGENCIAS; URGENCIAS; CALIDAD*

JUSTIFICACIÓN

La Constitución Española, tiene presente la discapacidad obligando a los poderes públicos a remover los obstáculos que impidan la plena participación social de las personas con discapacidad. En concreto el Real Decreto 1/2019, de 29 de noviembre, garantiza el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad. En concreto el artículo 23.2.c consideran expresamente la asistencia animal entre los distintos apoyos complementarios necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, por tanto, deben formar parte de las condiciones básicas de accesibilidad a los diferentes entornos.

OBJETIVO

Elaborar un procedimiento que permita el acompañamiento del perro de asistencia a las personas con discapacidad, tanto en unidades de emergencia, como en unidades de Transporte Sanitario No Urgente.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Dirección Médica de Transporte Sanitario detecta la necesidad y encomienda a la Comisión Clínica de Transporte Sanitario formar un grupo de trabajo de profesionales asistenciales para la elaboración y redacción del procedimiento.

Se constituye el grupo de trabajo formado por dos Técnicos en Emergencias Sanitarias y una Médico de Emergencias, y a su vez se colabora con profesionales de Enfermería de la Comisión de Humanización (CH).

Se realiza un análisis legislativo profundo y una búsqueda de acciones similares desarrolladas por otros servicios de emergencia, se contacta con organizaciones de personas con discapacidad y se recoge sus necesidades. Se procede a la redacción del procedimiento. Con el objetivo de favorecer el despliegue e implantación del procedimiento, se forma un grupo de trabajo con la Dirección General de Humanización y la Gerencia de Hospitales de la Consejería. Con las aportaciones de este grupo se redacta el procedimiento definitivo.

RESULTADOS

1. Se realizaron un total de 6 reuniones del grupo de trabajo de la Comisión de Transporte Sanitario y 4 con la CH.
2. El Grupo Coordinación con la DG Humanización y la Gerencia de Hospitales de la Consejería, se celebraron 4 reuniones.
3. Se ha validado con una organización de perros de asistencia, la ubicación y sistema de reteneción del perro.
4. El procedimiento se ha concluido con su comunicación y difusión a las Gerencias de todos los hospitales Públicos, a los profesionales y las empresas conesionarias del transporte sanitario.

CONCLUSIONES

Se hace necesario en un servicio de emergencias, por su propia complejidad, de un análisis pormenorizado de la situación y legislación, sobre todo en lo relacionado a la seguridad vial. Igualmente, es vital hacer partícipes a organizaciones de personas con discapacidad para incorporar sus necesidades en el procedimiento. Sin duda la coordinación con el resto de ámbitos como es el hospitalario es esencial para que el despliegue sea integral y favorezca la continuidad de atención al paciente.

LA ARQUITECTURA DEL CUIDADO: UNA LABOR MULTIDISCIPLINAR

MARTA MACIAS MAROTO [(1)]; PILAR CHÍAS NAVARRO [(2)]; TOMÁS ABAD BALBOA [(2)]; GUIDO GRANELLO [(2)]; LAURA CAMBRA RUFINO [(3)]; MÓNICA MARTÍNEZ MARTÍNEZ [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS, [(2)] UNIVERSIDAD DE ALCALÁ, [(3)] UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID

ID: *6165*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *humanización, arquitectura, entorno hospitalario, accesibilidad*

JUSTIFICACIÓN

La humanización de los procesos asistenciales requiere de una estrecha y continuada colaboración de los profesionales sanitarios, los responsables de calidad y los gestores de los centros, con otros profesionales, e integrando a los distintos usuarios.

Entre los otros profesionales se encuentran los arquitectos que proyectan los edificios y sus espacios, y los ingenieros que mantienen las instalaciones y los servicios, y que también diseñan diferentes instrumentos para facilitar la orientación en los accesos. Se debe tener en cuenta la experiencia del paciente y de las personas significativas, pero también de todos aquellos que forman parte de la vida diaria del Hospital. El nuevo Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria

2022-2025, incide a través del eje estratégico 2 en la importancia de las infraestructuras, entornos y espacios

OBJETIVOS

Humanizar el entorno y espacio hospitalario para mejorar la experiencia del paciente, personas significativas, y de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital ha hecho una apuesta decidida por establecer una colaboración multidisciplinar desde 2018 -que en este caso está vinculada a profesores de distintas áreas científicas de la Universidad - y por integrar estas experiencias.

Los temas en los que se establece esta colaboración son: la accesibilidad universal -considerando capacidades diferentes-; la flexibilidad funcional, la estandarización de determinados elementos -como las habitaciones de hospitalización y los cuartos de baño- y la modulación de los espacios; el uso de las tecnologías de la información y la comunicación; el diseño interior, los acabados, la iluminación y los colores; las circulaciones, los flujos y la orientación; la sostenibilidad en los materiales, la construcción y la gestión; y las distintas posibilidades que ofrecen intervenciones como los huertos y jardines terapéuticos, los espacios para juegos infantiles, las estrategias para “sentirse como en casa” (feel-at-home), y la arquitectura para el final de la vida (end-life architecture).

RESULTADOS

Presentamos algunos ejemplos fructíferos de esta colaboración:

1. Humanización de la estancia hospitalaria. Diseño de patios interiores teniendo en cuenta la sostenibilidad y el medioambiente.
2. Paseo terapéutico. Diseño de espacio al aire libre con recorrido cardiosaludable, con zonas de descanso y de ocio. 3- Mapeo del hospital con el uso de nuevas tecnologías para mejorar la accesibilidad de los diferentes usuarios.

CONCLUSIONES

Para ofrecer un servicio de salud humanizado, uno de los pilares transversales a tener en cuenta es la estructura física y su dotación. Diversos estudios apoyan el efecto terapéutico que tiene el entorno dentro del proceso de recuperación de los pacientes. Este ambiente no sólo impacta en el paciente, sino también en las personas que realizan su trabajo diario en el hospital, y en la comunidad en general, ya que la estructura como tal influye al interior y exterior de la organización.

REDEFINICIÓN DEL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE RESIDENTES: MÁS ÁGIL Y CENTRADO EN EL "EMPLOYEE EXPERIENCE"

JOSE MIGUEL BLANCO CISNEROS ; ANA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ ; ROBERTO CANO FERNÁNDEZ ; ISABEL JIMENEZ MURIEL ; PATRICIA FERNÁNDEZ DE LA CRUZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6178*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Incorporación Residentes. Proceso de onboarding. Equipo multidisciplinar que defina la agilidad en el proceso, eficiencia. Mejora de la experiencia del profesional. Employee experience. Medir el grado de satisfacción del profesional.*

JUSTIFICACION

Las medidas preventivas y organizativas para la prevención y control del COVID-19 hacían necesaria la revisión del proceso de incorporación de residentes y su adaptación a las nuevas circunstancias, desde una doble perspectiva: dotar al proceso de mayor agilidad y seguridad, eliminando actividades que no aportaran valor, y considerando al futuro profesional en el centro del mismo.

OBJETIVOS

En el diseño del nuevo proceso de onboarding de residentes, fijamos los siguientes objetivos estratégicos:

Dotar de agilidad al proceso , eliminando bucles de ineficiencia y actividades que no aportarán valor.

Mejorar la experiencia del profesional . Identificar preguntas frecuentes (FAQ), dando respuesta desde medios online , reducir burocracia y tiempos de espera, evitar al profesional circulante.

MATERIALES Y METODOS

Se constituyó un grupo multidisciplinar, con la intervención de todas las áreas implicadas en el proceso (Recursos Humanos, Docencia, Seguridad y Uniformidad, Prevención de Riesgos Laborales y Sistemas de Información). Se planifiquen las acciones operativas para obtener los objetivos estratégicos establecidos: simplificar comunicaciones y eliminar bucles de ineficiencia, realizar proactivamente trámites administrativos, reducir trámites burocráticos y eliminar papel a través de la tramitación telemática de la documentación requerida, hacer accesible toda la información por medios online , facilitar la realización de trámites telemáticos, reducir tiempos de espera y medir el grado de satisfacción del profesional mediante encuesta " ad-hoc " con preguntas de escalaLikert , remitida, con acceso a través de enlace enviado al correo electrónico corporativo.

RESULTADOS

Se necesitaron resultados positivos para cada uno de los Objetivos Estratégicos, dando lugar a un proceso más ágil y con mayor coordinación entre las áreas implicadas, con eliminación de fases de tramitación presencial y con Recursos humanos como facilitador del proceso.

El proceso ha permitido incrementar la satisfacción de los profesionales a los que va dirigida (variación interanual 2020-2019 de un 86,93%).

CONCLUSIONES

La redefinición del proceso de incorporación de residentes ha permitido incrementar la satisfacción de los profesionales a los que va dirigida, y detectar fortalezas y áreas de mejora continua, en las que trabajaremos paulatinamente para implementarlas en el proceso de incorporación de años futuros.

COMPLIANCE EN LAS ACOGIDAS DE CELADORES

ÁNGEL YELA FUNCIA ; RICARDO JOSE SALTO GOMEZ ; JOSE MARIA CERVERA GARCIA ; JESUS ZAMORA SAN MARTIN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6179*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *normativa, riesgos, cumplir, seguridad, procedimientos*

INTRODUCCION

Es necesario acreditar la formación previa de futuros celadores para que conozcan las herramientas que pone el hospital a su disposición, con el fin de cumplir con las operativas del Centro y con la legalidad vigente.

OBJETIVOS

- Transmitir conocimientos, normativas, herramientas y procedimientos a su disposición, e identificar y prevenir riesgos operativos y legales a los que puedan enfrentarse.
- Entregar en mano la documentación básica e imprescindible para realizar su trabajo.
- Explicar normativas, procedimientos y referencias legales que se hallan en las guías de acogida.
- Indicar ubicaciones de todos los materiales relativos a temáticas de Compliance que se encuentran en nuestra Intranet.

METODOLOGIA

- Entrega en mano de la siguiente documentación: medidas de protección e instrucciones básicas de seguridad para pacientes y trabajadores.
- Visionado de vídeos relacionados con nuestra actividad y de carácter transversal (ergonomía, movilización y traslado de pacientes, materiales de trabajo, uso de espacios comunes, higiene y protección, habilidades en comunicación y gestión de nuestra unidad)
- Explicación del plano del hospital, las rutas más adecuadas y los ascensores que se deben utilizar dependiendo de la situación.
- Explicación de contenidos de las guías de acogida y áreas de Intranet:
    1. Normativas legales: Ley general de sanidad, seguridad del paciente, protección de datos, RR.HH., sector público, normativa antitabaco, riesgos laborales, autonomía del paciente, igualdad.
    2. Políticas rectoras: calidad, seguridad del paciente y Unidad Funcional de Riesgos, política medioambiental, RSC y normativas internas.
    3. Clima laboral: buenas prácticas, código de conducta, conflictos.
    4. Prevención de riesgos somáticos: ergonomía, higiene preventiva, seguridad, prevención de riesgos laborales, uso de EPI´s.
    5. Operativas de trabajo: Sistema de gestión por procesos de la Unidad, herramientas informáticas, primer contacto del celador con usuarios.
- Acreditación de las sesiones mediante firma de todos los asistentes y acta de trabajo.

RESULTADOS

Desde 2016 se han realizado 45 sesiones de acogida, habiendo sido formadas un total de 1.246 personas.

CONCLUSIONES

- Desde 2016 han desaparecido las quejas por parte de celadores veteranos, respecto a enseñar a compañeros bisoños en épocas críticas, como verano. También por parte de enfermería, en cuanto a contar con personal no formado/informado en los servicios (2015: 15 % de sus reclamaciones;
- 2020: 2 %).
- Desde 2015 no hemos tenido incidentes relacionados con la protección de datos. Somos parte activa en la identificación inmediata de pacientes.
- Las reclamaciones de usuarios han disminuido: de 45 en 2015 a 11 en 2021, y han aumentado los agradecimientos: de 25 en 2015 a 37 en 2021.

GESTIÓN DE PERTENENCIAS DE PACIENTES INGRESADOS Y FALLECIDOS POR COVID-19

Mª CARMEN IZCARAY GARRIDO ; JOSE LUIS URRUTIA BARRIOS ; M. PRADO LAZARO PEREZ ; ENCARNACION GALLEGO CRUZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6181*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Covid-19, gestión de pertenencias, Unidad de Sanidad Mortuoria, registro*

INTRODUCCION

Ante el gran número de casos por Covid-19 que hubo desde la primera ola, la Unidad de Sanidad Mortuoria del Hospital Clínico San Carlos, que es responsable tanto del traslado de fallecidos como de la custodia de pertenencias y objetos perdidos, adaptó varias zonas de la unidad para almacenar y gestionar el elevado volumen de pertenencias, llegando a tener en el pico de la pandemia más de 230 acumuladas.

OBJETIVOS

Almacenar todas las pertenencias de los pacientes, para localizarlas de manera ágil y permitir que puedan ser entregadas a ellos mismos o familiares sin ningún tipo de confusión, dada la imposibilidad de su recogida por las restricciones a la movilidad existentes.

METODOLOGIA

- La Unidad dispone de un cuarto preparado para almacenar las pertenencias y objetos perdidos, pero debido a la avalancha de nuevos casos, tuvimos que habilitar dos cuartos vacíos (las denominamos sala 1 y sala 2) e ir clasificándolas. Las disponíamos en filas, y estas se ordenaban por letras (ejemplo: Sala 1, fila A, “nombre y apellidos”)
- Operativa tras la solicitud de recogida de pertenencias:
  - Subimos con la hoja de registro del depósito de pertenencias.
  - Las introducimos en una bolsa debidamente etiquetada con los datos del paciente.
  - Las bajamos a las salas habilitadas para su clasificación .
  - Se registra en una hoja Excel que habilitamos en enero del 2019, con la que ahorramos mucho tiempo para búsqueda de datos y tenemos un perfecto control de existencias, localización, entregas y tiempos.
- Pasada la primera ola, se decidió contactar vía telefónica con los pacientes o familiares para que acudieran a por las pertenencias o se eliminaran a petición suya.

RESULTADOS

- La utilización de las dos salas vacías ayudó notablemente en la gestión de las pertenencias durante los difíciles momentos de la primera ola, siendo capaces de organizar todo de manera clara y sencilla.
- El uso de la hoja Excel para ordenar fue clave, pudiendo ver los datos de una manera ágil, llegando en día a entregar o destruir más de 80 pertenencias en solo día, sin el más mínimo error.

CONCLUSIONES

Se ha podido seguir ofreciendo un servicio de custodia de pertenencias, tradicional ya en nuestro hospital, pero aun mejorado, haciendo frente sin mayores problemas a una situación muy compleja.

MEJORANDO LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

CARMEN DEL ÁLAMO SOTO ; MIRIAM CALVO SAEZ ; JULIO ANTONIO GARCIA GARCIA ; JOSE ANTONIO DIEZ GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6185*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *mejoras, información, celadores, seguridad, difusión*

INTRODUCCION

En la Unidad de Celadores debemos asegurarnos de que se ha trasmitido a sus integrantes tanto las informaciones de su interés como las de obligado cumplimiento.

OBJETIVOS

- Difundir toda la información necesaria y que resulte de utilidad para los celadores, a través del correo corporativo y de un espacio propio en la Intranet del Hospital, reforzando los mensajes periódicamente para fomentar su uso.
- Aumentar su implicación en el plan estratégico y en las políticas del hospital.
- Mejorar sus competencias, así como su seguridad y la de los pacientes.

METODOLOGIA

- Se ha activado un correo personal corporativo, y las claves precisas para el acceso a la Intranet del hospital, para cada uno de los trabajadores adscritos a la Unidad de Celadores.
- Desde el correo corporativo genérico de la Unidad, se les envía información sobre todos los temas citados (planes de formación, instrucciones de trabajo, política y normativas del hospital, novedades de su interés, recomendaciones, medidas preventivas y de seguridad, etc.).
- En la intranet del Hospital publicamos todos nuestros procesos, protocolos, videos de creación propia (equipos de protección individual, ergonomía, manejo de camas) y demás información que resulte útil para realizar el trabajo del celador y orientarse en los sistemas de gestión de nuestro colectivo.
- En nuestra Unidad disponemos de una sala con cuatro ordenadores a disposición de los celadores.

RESULTADOS

- Estamos seguros de que toda la información necesaria para el cumplimiento profesional del personal celador se ha difundido correctamente a todo el colectivo y, además, de forma muy rápida. Al menos.
- Se realiza una comunicación mensual respecto a: fomento del uso del correo e Intranet, seguridad del paciente o protección de datos.
- Se ha producido una mayor demanda de acciones formativas. Sirva como ejemplo que en los tres últimos años, y a pesar de la situación de pandemia, han aumentado en un 60 % las horas de formación realizadas.
- Constatamos que hay un mayor conocimiento tanto de los procesos y protocolos de la Unidad de Celadores como de las líneas estratégicas del hospital
- Disminución de accidentes laborales: se registraron 35 en 2021 vs 83 en 2019. Ningunos de ellos fue debido a materiales de trabajo.
- Aumento de los agradecimientos (46 en 2021 vs 39 en 2019) y disminución de las reclamaciones (7 en 2021, vs 19 en 2019), por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES

Con esta sistemática de difusión, los celadores adscritos a nuestra Unidad están correctamente informados, mejor formados y, por tanto, mejor preparados para realizar su trabajo de forma segura, tanto para ellos como para los pacientes.

COMPROBACION MEDIANTE CHECK LIST DEL CARRO DE PARADAS

VANESA RAMOS ABRIL ; RAQUEL MARTIN PACHECO ; ARIADNA GONZALEZ AGLIO ; FELIX SANTACRUZ UNQUILES ; ISABEL OTO GRACIA ; PATRICIA SANCHEZ PABLO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

ID: *6231*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *check-list, carro de paradas, comprobación, seuridad*

JUSTIFICACIÓN

El carro de paradas es un elemento fundamental en los centros sanitarios.Este precisa el buen conocimiento del material por parte de los profesionales para su manejo en caso de tener que utilizarlo.

El carro debe de ser revisado periódicamente para comprobar que todo está listo.Esto hace que se invierta un tiempo en la adecuada comprobación para que todo esté correcto. Además la disparidad de presentaciones en diferentes centros sanitarios tanto del material como de la medicación hace que el profesional tenga dudas a la hora de la comprobación y como consecuencia la existencia de posibles fallos.

OBJETIVOS

- Unificar la comprobación del carro de paradas siguiendo la secuencia establecida, sin la posibilidad de olvidar alguno de los elementos que lo componen
- Facilitar labores de revisión del carro haciéndolo más visual y la consiguiente reducción del tiempo invertido en la actividad
- Disminuir errores al ser un proceso sistemático

MATERIAL Y MÉTODOS

El método utilizado es mediante un código QR situado en la parte posterior del carro, por el cual accedemos a un formulario tipo check list de comprobación del carro de paradas. Todos los apartados de la encuestason obligatorios y de respuesta múltiple. Si no se contesta a una pregunta no se puede acceder a la siguiente.

Las preguntas las podemos clasificar en tres tipos: de materila, de medicación y otras que no están incluídas en las anteriores. Todas ellas contienen una foto del material o fármaco por el que se está preguntando, para facilitar la comprobación.

El último apartadoal final de la encuesta es el llamado observaciones para plasmar aquello que el formulario no permite y que para nosostros es importante.

RESULTADOS

- El tiempo de comprobación del carro se reduce en aproximadamente un tercio
- El profesional se encuentra más seguropuesto que las fotos le facilitan encontrar el material así como cerciorarse de que es el correcto
- El carro está despejado puesto que el código QR se encuentra detrás de el carro pegado y el cuaderno que hasta ahora se utilizaba y se encontraba encima del carro se elimina puesto que ya no es necesario
- Nos facilita saber en todo momento por quien ha sido comprobado y no tener errores, pues la encuestacontiene el nombre, fecha y es completamente legible

CONCLUSIONES

- El check list en el carro de paradas es una buena opción para evitar errores y variabilidad al comprobar el mismo
- Reduce el tiempo de verificación del carro de paradas
- El formulario facilita la comprobación del carro por parte del personal de nueva incorporación
- Aumenta la seguridad y permite a su vez la revisión de los datos para aplicar medidas correctivas

MEJORANDO LA SEGURIDAD EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

JUDIT PERALES PASCUAL [1]; ANA LOPÉZ PÉREZ [2]; MARIA ELENA TORRES ANORO [3]; PATRICIA CISNE MEJIA MEJIA [3]; MÓNICA IZUEL RAMÍ [2]; PILAR CASAJÚS LAGRANJA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [2] HUMS, [3] RESIDENCIA ROMAREDA

ID: *6241*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Centro sociosanitario, seguridad, paciente crónico*

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de la atención farmacéutica en el paciente crónico que reside en centros sociosanitarios es optimizar efectividad y seguridad del tratamiento con la finalidad de mantener o mejorar su calidad de vida.

Se detectaron varios problemas cuando los residentes requerían de ingreso hospitalario, causados por la imposibilidad de visualizar el tratamiento crónico en la historia clínica electrónica (HCE) durante el ingreso, debido a que figuraban en el sistema de prescripción con un identificador personal diferente al autonómico.

OBJETIVOS

Crear un centro informático independiente para las residencias de nuestro sector, permitiendo la visualización de los tratamientos de estos residentes en HCE y asegurando una correcta continuidad asistencial. De esta forma se puede visualizar permanentemente el tratamiento en HCE logrando así mejorar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar el proyecto se contó con el servicio de informática hospital, con el servicio de farmacia y con los profesionales sanitarios implicados en los centros sociosanitarios. Las etapas del proyecto fueron las siguientes:

- Creación en entorno de pruebas y posteriormente en producción del centro “residencias”.
- Elección de un centro sociosanitario como piloto.
- Reunión con los profesionales del centro.
- Fusión de los números de HCE.
- Ingreso y traslado de medicación al nuevo centro “residencias”.
- Comprobación de traslado correcto y alta del centro “hospital”.

El programa informático de ayuda a la prescripción utilizado es Farmatools®.

RESULTADOS

El servicio de farmacia realiza la atención farmacéutica, incluyendo validación de prescripción y suministro directo de medicamentos, en 3 residencias del sector sanitario, con un total de 385 camas.

La implantación del proyecto se ha llevado a cabo en mayo de 2022, sin incidencias. Se ha realizado la migración de todos los pacientes del centro sociosanitario seleccionado como piloto. En total han sido 160 residentes.

Los datos demográficos son los siguientes: los usuarios tienen una edad media de 86 ± 7 años y 107 (67%) son mujeres. Por su edad avanzada, la mayoría de residentes son polimedicados. La media de fármacos prescritos por residente es de 11,8.

En total se han transcrito 1895 líneas de tratamiento. Se ha comprobado el texto libre asociado a la medicación de todos los residentes, copiándose todas las órdenes que siguieran en vigor. Además, se ha activado manualmente la modalidad “si precisa” en los fármacos que lo tenían pautado. También se ha corregido manualmente las fechas fin de tratamiento prefijadas, ya que en la migración se perdía dicha información.

CONCLUSIONES

La implantación del nuevo centro sociosanitario se produjo con buenos resultados. La creación de este centro pretende tener un impacto significativo en la seguridad del paciente al mostrar la medicación actual del residente en el momento del ingreso en un centro hospitalario dentro de la comunidad autónoma.

ADMINISTRACIÓN DIGITAL EN RECURSOS HUMANOS: DEL PAPEL A LA FIRMA DIGITALIZADA DE CONTRATOS Y LOS EXPEDIENTES DIGITALES

JOSE MIGUEL BLANCO CISNEROS ; ANA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ ; ROBERTO CANO FERNÁNDEZ ; ISABEL JIMENEZ MURIEL ; PATRICIA FERNÁNDEZ DE LA CRUZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6247*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Administración digital. Eficiencia, agilidad y simplificación de los procesos. Reducción del impacto medioambiental, del coste económico y de las tareas administrativas no eficientes.*

JUSTIFICACION

Al objeto de agilizar y digitalizar el proceso, tras su revisión y evaluación, se pone en marcha el proyecto de captura de firma de los dispositivos profesionales mediante dispositivos tablets , que consta de dos fases:

Fase 1. Digitalizar los documentos asociados a la contratación que se incluyen en el expediente digital del profesional.

Fase 2. Implantar la firma digital de los profesionales.

OBJETIVOS

Los objetivos de la Fase 1 del proyecto son los siguientes:

Agilizar y simplificar el proceso de la formalización y tramitación de los contratos/nombramientos.

Reducir el impacto medioambiental y los costes de impresión, escanear y gestionar múltiples copias de documentos en papel.

Reducir los espacios físicos destinados al archivo de la documentación en papel.

MATERIALES Y METODOS

Para conseguir los objetivos estratégicos, se pusieron en marcha, entre septiembre y diciembre de 2019, las siguientes acciones operativas:

Instalación de Tablets en todos los puntos de contratación, transformando las firmas manuscritas en firmas electrónicas avanzadas, recogiendo los datos biométricos que permiten una verificación precisa de la firma electrónica.

Configuración del Sistema de Gestión de Personal para que todos los documentos asociados a la contratación se generen en formato PDF y puedan ser recuperados por el dispositivo Tablet .

Normalización de ficheros electrónicos y contenido del expediente digital. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, en el que participaron todas las áreas de gestión de recursos humanos, definiéndose la denominación normalizada de los ficheros electrónicos, la elaboración de un Tesauro para identificar el documento al que corresponde el fichero electrónico y la definición de las carpetas electrónicas individualizadas (Expediente Digital del Empleado), para el archivo de todos los ficheros.

Implantación de un flujo de trabajo , que incluye la preparación diaria de la carpeta de trámite, la Gestión de firmas mediante el portafirmas electrónico, y un control de calidad para monitorizar y registrar todo el proceso en un fichero Excel.

RESULTADOS

Se ha simplificado con el proceso de firma de los contratos/nombramientos, eliminando los trámites de imprimir y escanear los documentos de contratación, pasándose de un proceso que se desarrollaba en 8 fases a realizarse únicamente en 5. Se ha reducido la utilización de papel y se ha solucionado el problema de falta de espacio físico para el archivo de la documentación.

CONCLUSIONES

La instalación de los dispositivos Tablets ha supuesto una reducción muy significativa de las tareas administrativas que no aportan valor, sin que por ello se haya perdido eficacia y seguridad.

Las mejoras conseguidas han supuesto un avance considerable en la implementación de la administración digital en otros procesos de la gestión de Recursos Humanos, en línea con las políticas de digitalización.

LA VOZ DEL PACIENTE EN LAS CONSULTAS DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

CARMEN BARROSO GUTIERREZ ; FRANCISCO MAYORGA JIMÉNEZ ; PATROCINIO TORRES MORERA ; JULIA DURÁN SANTERVAS ; ENCARNACIÓN DELGADO GUERRA ; OSCAR CRUZ SALGADO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *6251*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Participación ciudadana, Satisfacción del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La "experiencia del paciente" se ha convertido en una pieza clave para un modelo de gestión basada en los valores. Este concepto unido a la necesidad de dar respuesta a las demandas de un paciente más activo, hace que todas los medios para conocer la satisfacción y opinión de los pacientes, sea un recurso determinante para orientar la gestión de los sistemas sanitarios

Siguiendo esta línea, en las Consultas de Cirugía Maxilofacial, se realiza un análisis de las diferentes fuentes que aportan las opiniones de los pacientes: encuestas de satisfacción, reclamaciones, notificación de incidentes y contacto con las asociaciones de pacientes

OBJETIVOS

- Conocer la opinión y satisfacción de los pacientes en los diferentes recursos disponibles para ello
- Identificar las areas de mejora en función de los resultados obtenidos

MATERIAL Y MÉTODOS

- Desde 2021 el centro cuenta con encuestas telemáticas de satisfacción accesible a través de código QR. Al finalizar el año se realiza análisis de los resultados obtenidos, se identifican las areas de mejora y se difunden a los profesionales
- La unidad realiza estudios observacionales descriptivo trasversal basado en cuestionario administrado telefónicamente sobre temas concretos de interés. Ej: satisfacción sobre las medidas de seguridad implantadas para la prevención y control del COVID
- Desde Atención Ciudadana se gestionan las reclamaciones y agradecimientos. La unidad contesta en el tiempo establecido
- Gestión de las notificaciones de incidentes de seguridad realizada por pacientes
- Relación con asociaciones de pacientes

RESULTADOS

- Encuestas de satisfacción telemáticas. Resultados sobre 107 encuestas: 91,92% de satisfacción global. De los 26 ítems valorados, sólo 3 no alcanzan el 80% de nivel satisfacción (relacionados con trato de administrativos y espera en consulta)
- Encuestas telefónicas sobre la satisfacción con las medidas de seguridad implantadas para la prevención y control del COVID. La media de la valoración de las cuatro preguntas ha sido un 9,45 sobre 10. El 100% de los encuestados recomendarían la unidad
- Nº de reclamaciones en 2021: 5 relacionadas con la lista de espera de intervención quirúrgica
- No hemos recibido notificación de incidentes de seguridad por parte de la ciudadanía

Areas de mejora identificadas:

- Creación de grupo de trabajo con la participación de la asociación TEA Sevilla para garantizar una atención personalizada a los pacientes con TEA
- Elaboración de batería de recomendaciones al alta
- Sesión clínica sobre trato al paciente
- Priorización de pacientes en lista de espera en función de criterios prestablecidos

CONCLUSIONES

Si bien la satisfacción de los pacientes en las distintas encuestas realizadas alcanza altos niveles y que el número de reclamaciones es muy bajo, siempre queda margen para mejorar la asistencia que prestamos. El trabajar estrechamente con las asociaciones de pacientes, nos aportan puntos de vista que enriquecen nuestros procesos y humanizan nuestra asistencia

ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA COMO CRITERIO DE CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

MARIA FRAILE VILARRASA [(1)]; IGNACIO VALVERDE [(2)]; LORENA BRANDARIZ [(2)]; CRISTINA VIYUELA [(2)]; DAMIAN GARCIA OLMO [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VILLALBA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, [(3)] FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6255*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Palabras clave: *Acreditación, unidad específica, coloproctología, mejora*

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de identificar las competencias que debe poseer una unidad y de las buenas prácticas que tienen que desempeñar los profesionales integrantes de las mismas, es necesario que su actividad sea elaborada, justificada y promocionada dentro de programas de acreditación específica. Los programas de acreditación de unidades específicas son programas diseñados para reconocer la excelencia de las unidades e impulsar su mejora. La unidad de coloproctología de un hospital de segundo nivel, en base a la necesidad de mejora contínua de su actividad para promocionar la salud de sus pacientes, inicia en el año 2020 el proceso de acreditación de la misma por el organismo responsable.

OBJETIVOS

Obtener un reconocimiento al cumplimiento de unos requisitos necesarios en el campo de la coloproctología, asi como el inicio de una línea de progreso por parte de la unidad en los ámbitos en los que la práctica clínica sea mejorable en el ámbito de la coloproctología, observable y medible.

MATERIAL Y MÉTODOS

La acreditación de la unidad resulta del cumplimiento de algunas de las 30 evidencias disponibles, 10 de obligado cumplimiento para el nivel BÁSICO y 21 para el AVANZADO, y al menos 10 evidencias no obligatorias en el nivel BÁSICO y 4 en el AVANZADO. La acreditación se establece en base a un cronograma de 2 años, de forma prospectiva, que consta de las fases de inicio, autoevaluación y reporte de evidencias, acreditación, reconocimiento y seguimiento.

RESULTADOS

La acreditación se realiza en base a indicadores de calidad recomendados por la Sección de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y la Asociación Española de Coloproctología (AECP), en su Guía Clínica de 2011. Tras finalizar el programa de acreditación específico, la unidad de coloproctología del centro certifica el cumplimiento de todos los indicadores de calidad específicos: infección de sitio quirúrgico para cáncer de recto, infección de sitio quirúrgico para cáncer de colon, porcentaje de dehiscencia/fuga anastomótica, mortalidad relacionada con la cirugía, porcentaje de reingresos, evisceración, reintervención y estancia hospitalaria postquirúrgica. La unidad certifica un número de casos atendidos en las patologías específicas de su área y de pruebas diagnósticas específicas realizadas, así como la formación continuada por parte de los profesionales integrantes de la unidad tanto a nivel de aprendizaje como docente, la actividad investigadora específica y promoción de programas de salud dentro de la coloproctología.

CONCLUSIONES

La acreditación de unidades específicas dentro de los servicios de cirugía general promueve la buena práctica clínica y unifica los estándares de formación de sus integrantes. La superación de un programa de acreditación certificado por organismos responsables en una unidad específica de un hospital de segundo nivel, promueve prestar una atención sanitaria de calidad y la formación continuada de sus profesionales integrantes.

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID SOBRE LA CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN

JOAQUÍN RUIZ LÓPEZ ; CARMEN ZARAGOZA ZARAGOZA ; JUDITH PARRA CHICLANO ; CLARA LLOPIS TORREMOCHA ; ANA CARRION TOMAS ; JOSE MANUEL RAMIA ANGEL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ALICANTE DR.BALMIS

ID: *6272*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *Hernia incisional, cirugia, urgente, programada*

JUSTIFICACIÓN

La hernia incisional es una patología frecuente, con una incidencia de 15-20% de las cirugías abdominales. Las complicaciones graves como la incarceración o la oclusión son habituales, convirtiéndose en intervenciones urgentes. El virus COVID-19 ha afectado en la organización del sistema de salud. Desafiando la gestión de las urgencias y la toma de decisiones.

OBJETIVOS

Analizar el efecto de la pandemia en la cirugía de la eventración en nuestro hospital. Y analizar las características de los pacientes y de las intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente la base de datos EVEREG. Se dividieron en dos grupos: operados en el HGUA durante los períodos comprendidos entre Marzo-2019 y Marzo-2020 (pre -COVID) y entre Marzo-2020 y Marzo-2021 (COVID). Se analizaron:

Características del paciente.

Eventración: localización, tamaño, recidiva o no.

Intervención: se estudiaron variables relacionadas con el tratamiento:

Técnica preoperatoria: neumoperitoneo y toxina botulínica.

Técnica y características operatorias: utilización de malla, la posición, las complicaciones intraoperatorias y el tipo de cirugía.

Postquirúrgico: complicaciones (Clavien-Dindo), estancia, reintervención, recidivas y complicaciones en las visitas programadas.

Se ha realizado un análisis de las intervenciones urgentes, separándolos en pre-COVID y COVID

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 289 pacientes, 186 (64,4%) en el primer periodo y 103 (35,6%) en el segundo. La edad media es de 62,10 años, con distribución similar de sexos.

En cuanto a las comorbilidades las más destacadas son el tabaquismo con un 30%y la enfermedad cardiaca en un 14,2%.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en pacientes con enfermedad renal (4,8%-11,7% p=0,33) y antecedentes de neoplasia (14,5 vs 24,3 p=0,039).

La localización en línea media es más frecuente (79,9%), con un tamaño medio de 44,52 mm.

En cuanto al tipo de intervención se ha visto un aumento de cirugías urgentes (7,2% vs 8,1% p<0,001), con mayor número de resecciones intestinales (7,8vs 4,3%) sin diferencias significativas.

La malla se utilizó en 96,2% pacientes, en localización preperitoneal en un 38,1%. En cuanto al análisis por grupos se encontraron diferencias en el uso de malla intraperitoneal (2,7 vs 9,7% p=0.06).

La estancia hospitalaria media fue de 3,94 días similar en ambos grupos.

Comparando cirugía electiva con urgente podemos destacar la diferencia en el número de pacientes ASA III y IV (41,9% vs 19,1 % p<0,001). Encontramos diferencias en la estancia con 3,55 días en la programada y 6,19 en la urgente. Las complicaciones durante la estancia fueron mayores en el grupo urgente mostrando diferencias significativas.

CONCLUSIONES

La pandemia por COVID 19 ha aumentado la cirugía de urgencias, teniendo mayor morbimortalidad y estancia hospitalaria, con mayor aumento de los costes.

Sería necesario plantear nuevas guías y protocolos, así como crear circuitos alternativos para reducir el número de urgencias.

MEJORA CONTINUA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. IMPACTO EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS DE PACIENTES

HECTOR MARTINEZ CARPINTERO ; MONICA GARCIA ; TERESA GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ALICANTE

ID: *6286*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*

JUSTIFICACIÓN

El índice de eventos adversos (EA) en pacientes ingresados es un indicador importante de la seguridad del paciente. Especialmente entre estos EA, las caídas de pacientes están relacionados directamente con la calidad del cuidado de enfermería. Aunque la mayoría de las caídas producidas en el hospital no producen lesiones, sí somos conscientes de que podrían ser evitadas aplicando actuaciones reconocidas por la evidencia científica.

OBJETIVOS

Realizar un análisis ACR de las caídas, advertir la frecuencia, detectar oportunidades de mejora para disminuir riesgo e incidencia y establecer estrategias de sensibilización a profesionales.

Trabajo realizado por grupo de trabajo de caídas del departamento de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal retrospectivo a través de la revisión de los registros de Caídas en el sistema de información y notificación de eventos adversos (SINEA) de pacientes ingresados en todas las unidades de hospitalización durante los años 2019-2021, con un rango de Edad de entre 38 – 93.

Se excluyeron los registros de pacientes que habían sufrido caídas en el hospital en otras unidades distintas a la de hospitalización (en total 3).

Se utilizó la Historia Clínica Electrónica para poder precisar las causas y circunstancias del evento de pacientes de este estudio.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 123 caídas

La mayoría de caídas en nuestro entorno hospitalario ocurren por la noche, sobre todo en hombres del grupo de edad > 80 Años, sin acompañamiento.

La mayoría de las Caídas ocurren en Unidades de Hospitalización de media – larga estancia, especialmente en pacientes con Pluripatología.

Más de un 70% de caídas de pacientes analizados tiene consecuencia clínicas y/o psicológicas. En torno al 10% presentan lesiones graves. El 50% no recuperan el nivel funcional previo. 2/3 de los analizados presentarán una nueva caída en los próximos 6 meses.

CONCLUSIONES

Se han detectado como oportunidades de mejora: Instruir a pacientes y familiares sobre medidas preventivas a adoptar. Difusión de medidas mediante carteles informativos en zonas de riesgo. Valoración de todo paciente (Escala Downton) al Ingreso y dejar constancia en HCE. Extremar precauciones y supervisión en pacientes de alto riesgo. Identificar con código de color a estos pacientes. Fomentar el registro en SINEA y el Análisis Causa-Raíz del evento e implementar Soluciones (correcciones, actuaciones, mejoras).

IMPLANTACIÓN DE UNA TRANSFERENCIA ESTRUCTURADA DE CALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

MARIA DEL CARME CAUDET BAIGES ; MARIA CEL VIÑA VALLESPÍ ; MARIA ROSA AZNAR PANISELLO ; OSCAR FORCADELL CASTELL ; MARIA DAVINIA BERTOMEU SALVADOR ; RAMÓN JOSÉ ESCURRIOLA NAVARRO
CENTRO DE TRABAJO: CLÍNICA TERRES DE L'EBRE

ID: *6290*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Comunicación, seguridad paciente, transferencia y SBAR*

JUSTIFICACIÓN

La transferencia entendida como comunicación en el traspaso de pacientes es un proceso de alto riesgo que compromete la seguridad del mismo.

Se define como transferencia la comunicación entre profesionales sanitarios, donde se traspasa la información clínica relevante de un paciente y al mismo tiempo se traspasa la responsabilidad de la atención a otro profesional, con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente, reconocido como transferencia de responsabilidad asistencial.

Durante el 2005, la Joint Commission for the acreditation of health care organization (JCAHO), instauró la transferencia de responsabilidad asistencial como un indicador de calidad, estableciendo su estandarización como una prioridad en la seguridad del paciente.

Durante el traspaso de pacientes entre los diferentes servicios, los profesionales sanitarios pueden omitir involuntariamente la transmisión de información esencial o bien esta puede ser mal interpretada, estas brechas en la comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

OBJETIVOS

- Conocer si se realiza una transferencia estructurada de calidad de pacientes quirúrgicos entre el área de quirófano y hospitalización.
- Estandarizar el intercambio de información del paciente, garantizando la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente durante todo el circuito asistencial.
- Garantizar la seguridad y trazabilidad del paciente en el procesos de transferencia. MATERIAL Y MÉTODOS
- Proyecto de metodología cualitativa con una mirada fenomenológica.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, electrónicas nacionales e internacionales del ámbito sanitario.

Este proyecto se llevará a cabo entre las áreas de hospitalización y quirófano de un centro hospitalario de nivel I.

Para poder valorar el conocimiento de los profesionales relacionando la calidad de la transferencia en la seguridad del paciente. Se elabora una encuesta auto administrada en línea que se enviará a todos los profesionales de enfermería de los diferentes servicios incluidos en el estudio. Garantizando el anonimato de los participantes. Con una muestra poblacional de 30 participantes.

RESULTADOS

Una vez creada la encuesta, durante el mes de mayo se envía a los 30 participantes.

Se espera poder analizar los resultados de esta encuesta durante los próximos meses para valorar la calidad de la transferencia de pacientes entre los distintos servicios, posteriormente proponer una herramienta estructurada de comunicación para realizar correctamente esta transferencia. Realizar una formación de dicha herramienta entre los profesionales de los distintos servicios en estudio y posterior difusión de los resultados.

CONCLUSIONES

Una transferencia sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la seguridad del paciente.

SEGUIMIENTO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES INGRESADOS POR UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

SUSANA MENDEZ LAGE ; PEDRO MIGUEL JUIZ GONZALEZ ; ALICIA FERNANDEZ LOPEZ ; ISABEL TORRES BECEIRO ; MARIA CRUZ FONTECOBA SANCHEZ ; JOSE ANDRES AGULLA BUDIÑO
CENTRO DE TRABAJO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

ID: *6304*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *resistencia, antibiótico, infecciones*

JUSTIFICACIÓN

La resistencia antimicrobiana es una grave amenaza para la seguridad del paciente y la salud pública. La prevalencia de microorganismos resistentes, entre ellos las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), ha aumentado en los últimos años. El control de las EPC en un hospital no se puede abordar como algo aislado, es un elemento más en el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo el control de la difusión en el hospital de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y muy especialmente con los portadores de resistencia a los antimicrobianos. Son numerosos los hospitales que han tenido o tienen pacientes con EPC y/o brotes epidémicos. Estas infecciones están asociadas a elevadas tasas de mortalidad y tienen una amplia capacidad de diseminación, siendo resistentes a la mayoría de los antibióticos, lo que limita enormemente las opciones de tratamiento y supone una carga económica elevada.

Para el control de las EPC, la Dirección General de Salud Pública y la Gerencia del Servicio de Salud de nuestra comunidad elaboraron una guía para hospitales (GUÍA EPC-H).

OBJETIVOS

Realizar un seguimiento de la sistemática establecida en nuestro hospital para el control de EPC siguiendo las recomendaciones de la Gerencia del Servicio de Salud de nuestra comunidad.

MATERIAL Y METODOS

Como acción de mejora en el sistema de calidad de nuestro servicio se implanta la sistemática en marzo de 2018: Generación de lista diaria de pacientes que ingresan cuyo antecedente epidemiológico sea haber estado ingresado en otro centro en los 12 meses previos, obtención de datos por Servicio de Control de Gestión, programación de registro específico en sistema informático de Microbiología, revisión de lista, toma de muestras y generación de petición por Medicina Preventiva, procesamiento, emisión de resultados y alerta por servicio de Microbiología.

Se realiza el seguimiento de esta sistemática desde su implantación en 2018 a 2021.

RESULTADOS

Desde marzo de 2018 a diciembre de 2021, se recogieron un total de 2375 muestras,796 en 2018, 736 en 2019, 411 en 2020 y 432 en 2021, pertenecientes a 1816 pacientes. Se encontraron 6 pacientes portadores de EPC. Se alertó de este resultado por parte del servicio de microbiología, estableciendo medidas preventivas adecuadas según GUIA EPC-H, comunicación del resultado al servicio implicado y a medicina preventiva.

CONCLUSIONES

La sistemática establecida para el control de EPC llevada a cabo en nuestro hospital, tras 4 años de seguimiento es un procedimiento correctamente implantado.

Se consigue tener un control sobre los pacientes portadores de gérmenes multirresistentes, aunque ingresen en otros hospitales.

Se detectaron pacientes portadores de EPC activando el protocolo de aislamiento en el momento del ingreso, evitando la trasmisión de gérmenes multirresistentes.

Esta sistemática es una herramienta muy útil para detección y control de un riesgo importante para la seguridad del paciente.

DEFINICIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

EMMANUEL GIMENEZ GARCIA ; ANA MARTI DELGADO ; MONTSERRAT MARTINEZ MUÑOZ ; MARINA MARTINEZ JIMENEZ ; ROSA RAMOS SANCHEZ ; GLORIA GALVEZ HERNANDO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALL HEBRON

ID: *6307*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la experiencia del paciente forma parte del nuevo modelo de gestión del Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) que pivota en áreas de conocimiento. La mayoría de análisis cuantitativos de la experiencia se basan en la definición de encuestas solo sobre hospitalización convencional, o en muestras no representativas, sin consenso del interés de los profesionales, sin diferenciar por condición clínica o edad del paciente, o con encuestas extensas y académicas.

OBJETIVO

Describir un modelo que supere limitaciones encontradas y busque ser integral en la evaluación de la experiencia del paciente en el HUVH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diferencian 8 ámbitos de recogida: (1) Hospitalización convencional (incluyendo preguntas sobre urgencia previa o estancia en críticos), (2) Cirugía Mayor Ambulatoria, (3) Radiología, (4) Urgencia sin ingreso, (5) Hospital de día, (6) Estancia en quirófano y preparación operatoria, (7) Consulta Externa presencial diferenciada de telemática y (8) Transición adolescente. Las preguntas de las encuestas se basaron en literatura o referencias oficiales de organismos públicos. Fueron consensuadas por profesionales asistenciales y grupo impulsor de las áreas de conocimiento. Los aspectos cubiertos por las preguntas debían cumplir 2 premisas: (a) ser abordables en el corto-medio plazo, y (b) ser aspectos dónde el paciente pudiera razonar la pregunta. Además, debían asociarse a los 4 objetivos del modelo de gestión: resultados en salud y vivencia del paciente, continuidad asistencial, comunicación, y cura del paciente. Se ajustaron en cada ámbito a la pediatría, tanto para preguntar al paciente, como para su familiar o cuidador . El modelo consiguió minimizar las plataformas para ejecutar encuestas de los 8 ámbitos integrando encuestas ya existentes del hospital y permitieron diferenciar los análisis según área de conocimiento o servicio clínico, esencial para marcar intervenciones de mejora.

RESULTADOS

Las encuestas nunca superaron las 20 preguntas en ninguno de los 8 ámbitos. La selección de preguntas de interés implicó, por ejemplo, (a) no preguntar por la calidad de la comida, sino por la cobertura de necesidades alimentarias, o (b) no preguntar sobre aspectos de adecuación de la información recibida sino por si ésta era comprensible. La mayoría de preguntas se relacionaban con la mejora de la vivencia, pocas se asociaron con la continuidad asistencial y comunicación, y solo una por encuesta fue sobre adecuación de curas. Alguna pregunta de pediatría fue sobre el derecho a la continuidad de la educación, o el sentirse partícipe de las decisiones,

Como conclusión, asociar un modelo integral de valoración de la experiencia del paciente al desarrollo del nuevo modelo de gestión del centro, Facilitará la evaluación de la Experiencia aportada por el paciente, ayudando así a una mejora en la calidad de prestación ofrecida en todos los ámbitos del proceso asistencial

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

SERGIO POLITE DELFA; BERNAL ALONSO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA

ID: *6315*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *prevención de la infección rodilla bloque quirúrgico bundle*

OBJETIVOS

La infección relacionada con la atención sanitaria continúa representando un importante problema en los hospitales. La repercusión en carga de morbilidad, mortalidad y padecimiento para el paciente y familiares y los costes económicos que suponen hacen necesaria la adquisición de medidas que minimicen este riesgo. En nuestro centro, en 2018 la tasa de infección relacionada con la cirugía de prótesis de rodilla pasó de un 0% en 2017 (n=21) a un 4% en 2018 (n=25)

OBJETIVO

Reducir la tasa de infecciones de cirugía de prótesis de rodilla.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las causas que podían estar influyendo en este aumento y se estableció un bundle de medidas que consistió en:

Definición, identificación y señalización de las zonas del bloque quirúrgico en función de su criticidad. Rediseño de circuitos de circulación de personas y materiales.

Normalización del procedimiento de profilaxis antibiótica en coordinación el área de Med. Preventiva con los servicios clínicos y seguimiento mensual de la adherencia de los profesionales al mismo.

Colocación de cartelería recordatoria de las medidas de prevención en cada área. Realización de auditorias sobre circulación interna.

Formación sobre la correcta aplicación de estas medidas.

RESULTADOS

A partir de 2019 se produce un descenso progresivo de la tasa de infección: 2019 2,78% (n=36), 2020 a 1,5% (n= 133) y 2021 1,14% (n=176). Situándose por debajo del Estándar Autonómico que en este proceso asistencial está en el 2,17% y habiendo aumentado su actividad asistencial en un 600%.

CONCLUSIONES

El incorporar un bundle de medidas de forma coordinada entre los servicios clínicos y la unidad de medicina preventiva ha disminuido de forma considerable de tasa de infección en este proceso asistencial, aun habiéndose aumentando su actividad asistencial. Un bundle de medidas que incluya el rediseño de circuitos, la formación, la mejora en la comunicación y coordinación de los equipos y la actualización de los procedimientos de actuación con un seguimiento pormenorizado permite mejorar los resultados y por lo tanto la calidad y seguridad de la atención ofrecida.

MONITORIZACIÓN DE LA RONDA DE SEGURIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIA

JUANA MARÍA MARÍN MARTÍNEZ; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER; INMACULADA VIDAL-ABARCA GUTIERREZ; RITA ARIDIAN MUNDO GUARDIA; JOSE MIGUEL APARICIO GARCÍA; ROXANA ROJAS LUÁN
CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6320*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *ronda de seguridad demoras seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

Las rondas son visitas planificadas del equipo directivo y los responsables de un determinado servicio para tratar temas de seguridad del paciente. Permiten comprobar el compromiso del equipo directivo, los mandos intermedios y de la organización con la seguridad del paciente, facilitando la mejora continua en seguridad del paciente por lo que analizamos las rondas realizadas desde 2019-2022

OBJETIVOS

Monitorización de los diferentes indicadores de la ronda de Seguridad Analizar el efecto del COVID-19

Identificar puntos de mejora en seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Observacional Descriptivo Retrospectivo 22 indicadores

Identificación 4 Pulsera identificativa en ambulantes y salas, muestras etiquetadas e historia clınica abierta

Retrasos y tiempos inadecuados 7 Espera para triaje, estancia en sala general, estancia en camas, espera para ingreso, demora en validación de analıtica, demora informe en pruebas de imagen y demora de especialista

Equipos y dispositivos 5 material de hemodinámica, medicamentos caducados aislamientos, pacientes en pasillo y gestión de residuos

Procedimientos 5 Monitorización de signos de alarma, Sepsis, Prevención de caıdas y Radiologıa inadecuada o dudosa

Efectividad 1 Reconsultas simple de abdomen

Se hacen sesiones clínicas de los resultados tras cada ronda y un informe de los resultado y propuestas de mejora

RESULTADOS

4 rondas de seguridad

Ronda 2019 y 2020 cumplen 50% indicadores 11

Existen problemas estructurales y del procedimiento de acogida 2019 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

2020 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
- 2021 cumplen 13 indicadores 59% Identificación cumplen todos

No cumplen

- 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 Efectividad adecuada
- 2022 cumplen 14 indicadores 64% Equipos y dispositivos cumplen todos No cumplen

- Identificación 1 pulsera identificativa en ambulantes
-
- Retrasos 3 salida de pacientes en cama, espera de ingreso y demora de especialistas Procedimientos 2 Rx abdomen
- Efectividad 1 no

DISCUSIÓN

Los indicadores no han empeorado con la COVID-19

Existe un buen nivel de seguridad en 2/3 de los indicadores, con mejora desde su inicio La acogida debe mejorarse para garantizar esperas de triaje menores de 10 minutos Los retrasos y tiempos inadecuados deben abordarse por ser un problema de seguridad

UTILIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS EQUIPOS DE RESPUESTA RAPIDA INTRAHOSPITALARIOS EN LA INFECCIÓN POR COVID.

MARÍA DEL PILAR MONTES ARANGUREN ; IÑIGO ISERN DE VAL ; SANDRA HERRERO GARCÍA ; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA ; SARAY ANTÓN JUARROS ; BLANCA OBÓN AZUARA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6332*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados por COVID en el Servicio de Medicina Intensiva. Valorar la influencia de la cronología de esta patología previamente al ingreso en UCI.

Analizar la influencia de estos factores sobre la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo.

Criterios inclusión: pacientes mayores de 18 años ingresados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por SARS- CoV-2 en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Período de estudio 1 año: 1 de marzo de 2020 - 1 de marzo de 2021.

RESULTADOS

N= 291. De ellos, 208 eran varones (71,5%) con una media de edad 65,84 ± 10,86 años y mediana de 68 años. Enfermedades previas: HTA (57%), obesidad (55,7%), DM (30%), cardiopatía isquémica (20%), patología respiratoria (19%),

enfermedad renal crónica (10,3%), inmunosupresión (10,5) y neoplasia (7%).

El ingreso en UCI se producía de media a los 9,77 +/- 5,20 días desde el inicio de los síntomas, y a los 3,22 ± 4,15 días del ingreso hospitalario.

La media de estancia en UCI fue de 21,92 +/-15,76 días y mediana de 19 días. La mortalidad fue del 47%

Existe una asociación significativa entre la edad y la mortalidad. El resto de los factores, incluyendo el tiempo de evolución clínica hasta el ingreso en UCI, no mostraron ninguna relación con la mortalidad.

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra es escaso y muy heterogéneo, lo que no permite, a priori, extraer conclusiones sólidas.

Existen otros factores relacionados con la mortalidad como la gravedad y la necesidad de precisar terapias de soporte que se debe valorar su inclusión para completar el estudio.

CONCLUSIONES

A pesar de todas las limitaciones mencionadas, parece que, en nuestro estudio la edad constituye un factor determinante en la evolución de los pacientes que ingresan en la UCI por SARS-Cov2. Esto parece lógico, ya que en nuestro hospital la edad “per se”, no fue una limitación para el ingreso en UCI durante la pandemia.

En la muestra estudiada no se demuestra que las comorbilidades jueguen un papel fundamental en la mortalidad.

Señalar que la premura con la que se ingresó a los pacientes en la UCI, gracias a los Equipos Multidisciplinares de Respuesta Rápida diseñados durante la pandemia, posibilitaron que el tiempo transcurrido entre la hospitalización convencional y el ingreso en UCI fuera escaso, lo que sin duda alguna incrementó la supervivencia.

Así mismo se debe destacar el papel que la Atención Primaria jugó durante la pandemia, redirigiendo a los pacientes más graves al hospital, lo que constituyó un pilar fundamental para reducir la mortalidad, por lo que la mortalidad no se encontró influenciada por el tiempo de evolución clínica.

UTILIDAD Y EMPLEO DE STARFISH RETROSPECTIVE

MARÍA DEL PILAR MONTES ARANGUREN; IÑIGO ISERN DE VAL; SANDRA HERRERO GARCÍA; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA; ISABEL GUTIÉRREZ CÍA; BLANCA OBÓN AZUARA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6333*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*

JUSTIFICACION

La Starfish retrospective es una herramienta que fomenta el pensamiento en equipo en torno a cómo se hacen las cosas, y permiten generar nuevos planes de acción con valor añadido.

OBJETIVOS

Analizar su utilidad en la mejora de la Calidad en un Servicio de Medicina Intensiva.

MATERIAL Y METODOS

En una de las reuniones del Equipo de Mejora de la Calidad de un Servicio de Medicina Intensiva de un hospital de tercer nivel que cuenta con 34 camas y 3 Secciones (Médica/ Quirúrgica y Polivalente) se empleó como la herramienta Starfish retrospective.

El Equipo se encuentra compuesto por 2 supervisoras, 2 enfermeras, 3 jefas de sección, 1 jefe de servicio, 3 médicas del staff, y un MIR que actuó como figura invitada.

Se explicó la metodología y se seleccionaron los 5 apartados de los que consta esta herramienta: “Empezar a hacer”, “Hacer más”, “Seguir haciendo”, “Hacer menos” y “Dejar de hacer”.

Tras diez minutos de reflexión cada uno de los integrantes participó seleccionando diversas acciones en los apartados mencionados.

RESULTADOS

Se obtuvieron 13 acciones en el apartado “Empezar a hacer”, 8 en el apartado “Hacer más”, 4 en el de “Seguir haciendo”, 1 en el de “Hacer menos” y 2 en el de “Dejar de hacer”.

Posteriormente se empleó la técnica de Parrilla de Priorización para seleccionar las acciones prioritarias que se debían “Empezar a hacer”, obteniendo un total de 6. Fueron los siguientes:

- Plantear proyectos para elaborar comunicaciones Congreso Calidad Asistencial 2022
- Unificar formas de trabajo
- Formación proyectos Zero para MIR
- Registro y análisis de Eventos Adversos
- Registrar los principales indicadores de UCI, rigiéndose por los indicadores de la SEMICYUC
- Proyectos de colaboración con otros Servicios del Hospital

CONCLUSIONES

Resulta llamativo los escaso resultados negativos (hacer menos o dejar de hacer), lo que aparentemente podría llevar a la conclusión de que el grupo se encuentra aparentemente satisfecho con las acciones llevadas a cabo hasta el momento. Sin embargo, llama la atención el deseo de hacer más cosas y sobre todo de empezar a hacer.

La herramienta Starfish retrospective facilitan la transparencia, al permitir explorar y exponer problemas. Así mismo nos permitió basarnos sobre todo en las ventajas, y nos ayudó a incentivar a nuestro Equipo de Mejora de la Calidad, al explorar cosas nuevas lo que permitió innovar.

Por otra parte, herramientas como esta ahorran mucho tiempo, permitiéndonos obtener un feedback inmediato de los integrantes del equipo de trabajo.

Tras la pandemia fue de vital importancia para seleccionar nuevos proyectos, y en combinación con otras técnicas (como la parrilla priorización) permitió la participación activa para averiguar nuevas medidas a adoptar.

ESTRATEGIA DE CALIDAD EN UN HOSPITAL REGIONAL. UNIDAD DE CALIDAD COMO ELEMENTO DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN

MARTA DEL NOZAL NALDA ; JESUS CÁRCAMO BAENA ; OSCAR CRUZ SALGADO ; MERCEDES ROMÁN FUENTES ; CARMEN BARROSO GUTIERREZ ; CASASOLA LUNA NATALIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *6347*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *calidad, gestión clínica, eficiencia, hospital*

JUSTIFICACION

La estrategia nacional y autonómica vinculada a los diferentes planes de calidad promueve la implantación de planes de mejora continua en calidad y seguridad de paciente en los centros asistenciales. La estrategia de calidad desarrollada en nuestro hospital se vertebra en la Unidad de Calidad, estructura dependiente de la Dirección Asistencial

OBJETIVO

Identificar las líneas de trabajo de la Unidad de Calidad para dar respuesta a la estrategia de calidad del hospital y presentar los resultados más relevantes obtenidos en el año 2021

MATERIAL Y MÉTODO

Las áreas que marcan la estrategia de calidad implementada en el Hospital se identifican con los ámbitos: efectividad; eficiencia; seguridad de paciente; oportunidad y atención centrada en el paciente

RESULTADOS

A continuación se reflejan los resultados en cada uno de los ámbitos.

- **Efectividad**. Gestión de 15 Comisiones Asistenciales con la participación de más de 300 profesionales, con mayoría de facultativos y profesionales de enfermería así como de otras categorías. Se identificaron 63 objetivos con un 85% de cumplimiento. El hospital dispone de 21 Unidades Acreditadas mediante el Modelo Andaluz de Acreditación, 4 de ellas en nivel óptimo. El 75% de las Unidades están acreditadas o en proceso; 4 Unidades son de referencia a nivel nacional (CSUR); 1 de las cuales está integrada en una red europea y 5 unidades y/o programas están acreditados por otras entidades.
- **Eficiencia**. Están implantados 24 procesos asistenciales integrados, se han desarrollado 5 procesos utilizando la metodología Lean y se contribuye a la mejora en 7 grupos específicos. Se colabora en el seguimiento de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión clínica del contrato programa. También se ha prestado asesoría a 60 profesionales para la acreditación de competencias con un 80,2% de satisfacción.
- **Seguridad**. Se han realizado 20 auditorías de identificación de pacientes y de uso seguro de medicamentos y se promueve la cultura de seguridad con 267 notificaciones realizadas y analizadas. El 80% de las Unidades dispone de un mapa de riegos específico y se realizan actividades de promoción de higiene de manos y otro tipo de auditorías a demanda.
- **Oportunidad**. Se evalúa el cumplimiento de buenas prácticas en cuidados de enfermería y se contribuye a la formación de los profesionales con más de 100 alumnos implicados en cursos y talleres, así como a actuaciones de asesoría a la Dirección. Atención centrada en la persona. Captación de la satisfacción de los usuarios a través de encuestas de satisfacción con 1.125 encuestas analizadas, con propuestas de mejora.

CONCLUSIONES

La Unidad de Calidad se consolida como un elemento estratégico para la gestión de la calidad, siendo imprescindible que la Dirección Asistencial asuma la responsabilidad en la definición de las líneas estratégicas, el ser agente facilitador y contribuir en el refuerzo positivo de los logros alcanzados y contribuir a la implantación de las mejoras identificadas

MEJOREMOS EL LIDERAZGO DE LAS FUTURAS ENFERMERAS: ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

ALBERTO GALLART FERNANDEZ-PUEBLA ; MARÍA ÁNGELES DE JUAN PARDO
CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

ID: *6360*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Palabras clave: *Liderazgo; formación de pregrado en enfermería; unidad educativa dedicada; servicio de aprendizaje; educación para la salud.*

JUSTIFICACIÓN

Crear espacios educativos innovadores que faciliten la adquisición del liderazgo en la enfermera más allá del aula para asumir el reto de atender a una población cambiante, y por otro lado, de fomentar el empoderamiento de ciudadanas/os para el desarrollo de su propia salud es vital para estos tiempos tan complejos. Empoderar a la población mejora la sostenibilidad del sistema, permite atender y acompañar a las personas en la comunidad e intervenir aplicando la evidencia científica. Una enfermería que lidera a la población en los centros sanitarios y la salud pública y comunitaria es central para el desarrollo de la salud. Las unidades de atención sanitaria dirigidas por estudiantes de enfermería involucran la colaboración entre instituciones académicas y clínicas, favorecen el aprendizaje entre pares bajo la supervisión de enfermeras clínicas. Se han descrito varias iniciativas de aprendizaje-servicio en la literatura, pero todavía no se han desarrollado suficientemente en el territorio.

OBJETIVOS

Demostrar la factibilidad de una unidad educativa sociosanitaria bajo el enfoque del modelo aprendizaje-servicio para fortalecer la competencia de liderazgo entre los estudiantes de enfermería a través de una estrategia innovadora de formación en educación para la salud, que consiste en que son las propias futuras enfermeras quien en sus prácticas desarrollan toda la estrategia para empoderar y educar a la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de factibilidad desarrollado en tres fases: I-diseño; II-aceptabilidad e implementación; III- expansión. En las fases II y III, la unidad se puso a prueba con 82 estudiantes en dos entornos diferentes utilizando una prueba previa y posterior con un diseño de grupo de control. La unidad sociosanitaria se probó en Barcelona (España) entre 2014-2019. Para evaluar la aceptabilidad y la implementación se utilizaron las calificaciones de los estudiantes sobre la competencia de liderazgo de los estudiantes utilizando el Instrumento de autoevaluación de liderazgo E_SALI (escala validada). También medimos el nivel de satisfacción que se evaluó mediante un instrumento ad hoc.

RESULTADOS

La satisfacción fue alta tanto entre los estudiantes como entre los usuarios del servicio que recibieron educación en salud. Aunque los valores de liderazgo obtenidos después al acabar la intervención educativa tanto en el grupo control como en el grupo intervención, hay que destacar que en el grupo intervención el aumento fue casi un 10% superior y lo fue estadísticamente significativo (diferencia intergrupal de 9.12% p = .012)

CONCLUSIONES

Las unidades sociosanitarias lideradas con estudiantes de enfermería como futuros profesionales parecen ser una forma eficaz de mejorar la competencia de liderazgo.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE DETECCIÓN DE DETERIORO PRECOZ EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: PROYECTO VIGILANCE

MANUELA LEÓN BOLÍVAR; ELISABET URÍA ÁLVAREZ; CAROLINA BONILLA SERRANO; CARMEN FRÍAS MARTÍN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA, HOSPITAL CLÍNIC DE BSRCELONA, HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *6361*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Palabras clave: *NEWS2, Deterioro clínico, Detección precoz, Enfermería*

JUSTIFICACIÓN

En diferentes estudios se ha observado una relación directa entre alteración de los signos vitales (SV) y los eventos adversos, como el ingreso urgente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el paro cardíaco y la muerte.

La escala National Warning Score NEWS2 fue creada con el objetivo de estandarizar la detección y ofrecer tratamiento temprano a pacientes críticos. Siguiendo esta escala se genera un nivel de respuesta proporcional a la puntuación ponderada de los SV: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, nivel de conciencia y paciente con insuficiencia respiratoria hipercápnica.

OBJETIVO

Implementar un proyecto piloto de detección de deterioro clínico precoz basado en la escala NEWS2 en salas de hospitalización de 4 institutos de especialidades médicas de un hospital de tercer nivel, para reducir la incidencia de eventos adversos, ingreso urgente en la UCI, paro cardíaco y muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase se presentó el proyecto y se formó al equipo de enfermería de 4 salas de hospitalización en la escala NEWS2 y la recogida de SV con volcado automático desde monitores al Sistema de Información Hospitalario (HIS).

En una segunda fase se creó un grupo multidisciplinar de trabajo para consensuar y diseñar el protocolo de actuación según nivel de gravedad y perfil específico del paciente.

Actualmente otro grupo está trabajando en el diseño de la formación de médicos, enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería de las salas piloto.

En la última fase se implementarán los protocolos de actuación que, junto a la valoración, juicio clínico, seguimiento del estado y evolución del paciente, determinarán las alertas al médico referente, el tratamiento a seguir y/o el traslado a UCI.

RESULTADOS

La implementación del Proyecto Vigilance en sus primeras fases ha facilitado la cumplimentación y el registro de SV, evitando errores de transcripción y ahorrando tiempo y carga de trabajo enfermero.

Su desarrollo se acompañará de formación específica para los profesionales, lo que mejorará la calidad y seguridad de los cuidados.

Esperamos reproducir los resultados previstos, detectar el deterioro clínico de manera precoz y planificar acciones preventivas para disminuir la incidencia de eventos adversos.

CONCLUSIONES

Poner en práctica un programa estandarizado de detección y respuesta temprana al deterioro clínico del paciente tiene un impacto positivo en enfermería, evita errores de transcripción de datos y ahorra tiempo/carga de trabajo enfermero, ayudando a entender la NEWS2 como parte indispensable de la valoración habitual del paciente, potenciando así la cultura de seguridad clínica y el empoderamiento y liderazgo enfermero.

En el futuro esperamos extender los beneficios de este estudio piloto al resto de unidades y disminuir la incidencia de efectos adversos graves en el Hospital.

SEGURIDAD EN LA PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RADIOFÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE RADIOFARMACIA HOSPITALARIA

BABARA MARTINEZ DE MIGUEL ; ELENA DOBRA ; ELENA MARTINEZ MONTALBAN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *6379*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Radiofármacos Seguridad Trazabilidad*

JUSTIFICACION

La trazabilidad de las preparaciones y ajuste de dosis de radiofármacos administrados son claves en la seguridad de pacientes. El carácter radiactivo de los mismos es crítico en términos de seguridad, en dispensación y administración de los mismos.Los radiofármacos son medicamentos especiales formados por un radionucleido y una molécula que dirige el radiofármaco al órgano que queremos estudiar o tratar.La preparación se realiza en una unidad de Radiofarmacia hospitalaria(URFH) bajo supervisión y control del especialista en Radiofarmacia.

OBJETIVOS

Asegurar la trazabilidad de las preparaciones y reducir los errores de dispensación y administración de radiofármacos. Optimización de las dosis en pacientes vulnerables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para asegurar a trazabilidad de las preparaciones de radiofármacos realizadas en la URFH, se dispone de un software informático, diseñado ad hoc en el que se registran todos los datos relacionados con su preparación: lote del generador, lote del equipo reactivo, actividad de marcaje, volumen de la preparación, radiofármaco, fecha y hora de calibración, responsable de la preparación y liberación y resultados de control de calidad. Cada dosis preparada se individualiza en función del peso del paciente. Para evitar errores en la administración, todas las dosis se identifican con datos del paciente, radiofármaco, dosis, fecha y hora, vía de administración y un código de colores específico para cada tipo de radiofármaco.

Las dosis de los pacientes se individualizan en función del peso según tablas de la European Association Nuclear Medicine. En embarazadas puesto que no se puede medir de forma directa la dosis que recibe el embrión/feto, se realiza estimación de dosis mediante tablas ICRP-128, basadas en modelos biocinéticos, coeficientes de dosis absorbida en órganos y tejidos y semanas del embarazo.

RESULTADOS

Con el software incorporado se garantiza la trazabilidad total de las preparaciones realizadas en la URFH que queda registrada en cada paso del proceso, pudiéndose conocer todos los datos relacionados con la preparación, control de calidad y dispensación de los radiofármacos.

Desde la implantación de esta metodología no se han registrado errores en la administración por mala identificación.

Se optimizan las dosis en población vulnerable (pediátrica) y las recibidas por el embrión/feto durante embarazo, con la mínima actividad administrada y la información diagnóstica requerida.

CONCLUSIONES

La trazabilidad es adecuada en todos los puntos del proceso pudiendo conocer todos los datos del radiofármaco administrado a un paciente. Mediante la identificación de cada radiofármaco con un color, se disminuye la exposición del personal profesionalmente expuesto a la radiación y se evitan los errores en la administración garantizando la seguridad de nuestros pacientes. Mediante el ajuste de dosis en población vulnerable, se consiguen administrar las dosis mínimas, manteniendo la calidad de diagnostica de las pruebas.

EL HOSPITAL ELÁSTICO

ESTER ARTAJONA RODRIGO; PEDRO ISAAC BONO LAMARCA; MARIA PILAR VICENTE MARTINEZ; EDGAR FERNANDEZ ALONSO; MANUELA ALQUEZAR CIVERA; MARIA ROSA ANGLÉS HERRERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6406*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Calidad en tiempos dificiles.Pandemia. Hospitalizacion a domicilio. Plasticidad.*

JUSTIFICACION

Nuestro hospital es un hospital comarcal de 131 camas, y es el único hospital de nuestro Sector. Hasta la introducción de la Unidad de Hospitalización a Domicilio solía tener que recurrir a cruzar camas varios meses al año. La llegada de la pandemia constituyó un desafio a la capacidad de nuestras instalaciones, dado la acumulación de casos en poco tiempo.

OBJETIVO

No tener que derivar a ningún paciente fuera del Hospital de Alcañiz durante la pandemia por COVID 19. Excepción: pacientes con criterios de UCI.

MATERIAL Y METODOS

Se hicieron obras en la planta 6, aumentando la capacidad del hospital a 143 camas. El 25 de marzo el hospital se acercó al limite de su capacidad. Al tener Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) se planteó la medicalización de un hotel de la localidad (20 habitaciones dobles) que, tras la autorización pertinente, desplegamos en 24 horas, abriendo el 28 marzo 2020 (uno de los primeros hoteles medicalizados en España).

Criterios ingreso: pacientes covid que ,tras la fase crítica, aún no podían ser dados de alta. Cuidados paliativos. Despliegue:

Turnos de 2 enfermeras M/T/N y 1 médico en jornada de mañana. Resto horario: personal médico del hospital.

Plastificado del mobiliario y tomas de oxigeno. Inclusión camas del hotal en programa de prescripción electrónica. Circuito de envio de medicación.Validación farmaceútica y dispensación diaria de dosis unitaria.

Septiembre 2020: nuevo brote en el sector, que afectó al 40% de los residentes de la residencia de ancianos más grande de la localidad. Se medicalizó 1 planta (15 camas) con la misma sistemática.

RESULTADOS

Salvo criterios de derivación a UCI, ningún paciente ha tenido que ser trasladado a otro hospital durante todo el periodo de la pandemia.

En total han ingresado en estos dos centros externos 50 pacientes, con una tasa de mortalidad del 32% (hay que recordar que uno de los criterios de ingreso eran los cuidados paliativos).

Periodo de tiempo en funcionamiento:

Hotel: prestó su actividad en el periodo comprendido entre el 28 de marzo y el 28 abril de 2020 (20 habitaciones dobles). Residencia de Ancianos. Prestó su actividad en el periodo comprendido entre el 15 septiembre y el 15 octubre (15 camas). Atencion primaria nos ha pasado informes del número de casos covid semanales, comprobando que alrededor de un 9-10% de los casos reportados ingresaban en la semana siguiente en el hospital. Con esta estimación estamos decidiendo con antelación suficiente la apertura o cierre de plantas en función de los números.

A destacar la contribución de los servicios de informática, mantenimiento y farmacia que hicieron posible el rápido despliegue.

CONCLUSIONES

El servicio de HaD ha proporcionado plasticidad a nuestro hospital, permitiendo desplegar, en apenas 24 horas, hoteles medicalizados, sin necesidad de detraer recursos humanos del hospital. Ha permitido liberar camas de hospitalización, evitando la derivación de pacientes fuera del sector.

ACREDITACIÓN EUROPEA DE LA ATENCIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

CÉSAR LLORENTE PARRADO [1]; CLAUDIA M VALVERDE MORALES [2]; PAULA SCHVARTZMAN GOLDWASER [1]; ROSA M MEJON BERGES [1]; YOLIMA COSSIO GIL [1]; ENRIQUETA FELIP FONT [1]; JOSEP TABERNERO CATURLA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON - VALL D'HEBRON INSTITUT D'ONCOLOGIA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON - VALL D'HEBRON INTITUT D'ONCOLOGIA

ID: *6420*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Programa de Acreditación, Estándares, OECI, Cáncer, Comprehensive Cancer Center*

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial existen dos programas de acreditación asistencial y de investigación del cáncer en el ámbito hospitalario: el modelo del National Cancer Institute de Estados Unidos (71 centros acreditados) y el de la Organización Europea de Institutos del Cáncer -OECI- (102 centros acreditados). Ambos programas, basados en estándares, promueven la colaboración en red de centros para el intercambio de resultados y buenas prácticas en oncología.

OBJETIVO

Adecuar los procesos asistenciales y de investigación del hospital a los estándares de acreditación según el modelo OECI en su nivel más elevado, como Comprehensive Cancer Center, en línea con el resto de centros de referencia europeos acreditados.

MATERIAL Y MÉTODOS

La coordinació del proyecto ha sido liderada por la Unidad de Acreditaciones del Hospital. El plan, previsto para 2 años: 2021 y 2022, incluye el desarrollo y revisión de las evidencias documentales, el despliegue de los estándares y la evaluación del cuadro de mandos.

El proyecto se despliega a través de una red formada por referentes de todas las áreas implicadas, para la revisión, desarrollo y despliegue de los estándares cualitativos (85 definidos mediante 333 elementos de medida, de los cuales, 102 son core o de obligado cumplimiento) y cuantitativos. Los estándares se organizan en 9 ámbitos: 1. Gobernanza. 2.

Organización sistemas calidad. 3. Pacientes: participación y empoderamiento. 4. Gestión multidisciplinar enfocada a los pacientes. 5. Prevención y detección precoz. 6. Diagnóstico. 7. Tratamiento. 8. Investigación. 9. Docencia y Formación Continua.

RESULTADOS

En octubre de 2021 se verifica el cumplimiento de los requisitos mínimos para optar al nivel de acreditación como Comprehensive Cancer Center. De acuerdo al cronograma previsto, en mayo de 2022 se documentan todos los estándares cualitativos y cuantitativos. En junio de 2022 se lleva a cabo una auditoría interna del hospital, llevada a cabo por profesionales asistenciales y de gestión de la bolsa de auditores del hospital, con especial énfasis en las áreas siguientes: vías clínicas, prescripción, preparación y administración de medicamentos, registro de tumores, diagnóstico rápido, empoderamiento de pacientes y cuidadores y decisiones compartidas, procesos de soporte (ej. Atención Paliativa), circuito de Anatomía Patológica, y gestión de cuadro de mandos. En septiembre de 2022 está prevista la revisión externa de evidencias documentales y en diciembre de 2022 la auditoría externa.

CONCLUSIONES

Durante el proceso de acreditación de los procesos asistenciales, de docencia e investigación del cáncer, de acuerdo al modelo europeo de referencia (OECI), y mediante el trabajo conjunto con otros centros líderes de Europa, se ha llevado a cabo una sistemática de implantación de buenas prácticas y benchmarks de procesos y resultados que ha permitido identificar fortalezas y oportunidades para mejorar la respuesta a las necesidades de los pacientes.

BOLSA DE AUDITORES INTERNOS PARA LA EVALUCIÓN DE LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ROSA M MEJON BERGES ; CÉSAR LLORENTE PARRADO ; RICARDO G ZULES OÑA ; YOLIMA COSSIO GIL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

ID: *6421*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Modelos de acreditación, certificación, bolsa de auditores, auditoría.*

JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años, se han incrementado los procesos de certificación y acreditación en el hospital. Además de los más habituales (Ej. ISO 9001), se han llevado a cabo otros proyectos más específicos del ámbito sanitario: ejemplos, acreditación de los procesos asistenciales, de docencia e investigación del cáncer según el modelo OECI (Organización Europea de Institutos del Cáncer), acreditación del Departament de Salut para hospitales, basado en EFQM, etc.

OBJETIVOS

Disponer de un volumen de profesionales del centro que pueda asumir la demanda creciente de procesos de auditoría interna de áreas implicadas en el alcance de los modelos de acreditación implantados, con garantías de sostenibilidad, independencia y calidad técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña una actividad formativa semipresencial acreditada:

1. El contenido on-line, habilitado mediante Campus Virtual se articula en 7 unidades: aspectos generales, acreditación del Departament de Salut (filosofía EFQM 2013), EFQM 2020, ISO 9001, otros modelos específicos (acreditación OECI, Joint Commission, Modelo Canadiense), metodología de auditoría. Cada una incluye contenidos teóricos y ejercicios tutorizados.
2. El contenido presencial se organiza en un taller que incluye role playing sobre un supuesto de auditoría ISO 9001:2015 y la planificación de una auditoría real en el hospital (acreditación OECI y/o modelo del Departament de Salut). Posteriormente, los alumnos llevan a cabo la auditoría in situ planificada y participan en la redacción del informe final.

RESULTADOS

En mayo de 2022 se lleva a cabo una primera edición, con la participación de 41 profesionales asistenciales y de gestión. Tras el taller práctico, en junio de 2022, se realizan dos auditorías internas, que generan sendos informes de resultados y áreas de mejora: 1. Auditoría de la acreditación oncológica europea OECI para la evaluación de los criterios de gobernanza, sistemas calidad, participación y empoderamiento de pacientes y cuidadores, gestión multidisciplinar, prevención y detección precoz, diagnóstico, tratamiento, investigación, docencia y formación continua. 2. Auditoría del modelo de acreditación del Departament de Salut, organizada de acuerdo a los criterios, subcriterios y agrupadores conceptuales EFQM 2013.

CONCLUSIONES

El creciente número de modelos y proyectos de acreditación de procesos y servicios en el ámbito de un hospital, lleva consigo un incremento de la necesidad de profesionales capacitados para su auditoría interna. La puesta en marcha de una sistemática de formación de profesionales, y su inclusión en una bolsa de auditores del hospital, permite satisfacer las necesidades de auditoría interna con garantía de sostenibilidad en el tiempo (disponiendo del volumen de profesionales adecuado), independencia (evitando que sean los mismos implicados en la implantación quienes participen en la evaluación de los mismos estándares), y calidad técnica (profesionales con capacitación acreditada).

IMPLEMENTACIÓN EN LA CONSULTA DE GENETICA DE TARJETAS DESCRIPTIVAS DE PATRONES DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES GÉNETICAS

JOSE CUENCA ALCOCEL ; SILVIA IZQUIERDO ÁLVAREZ ; RICARDO GONZÁLEZ TARANCÓN ; ELENA CRIADO ÁLAMO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6433*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *patrones de transmisión; consulta de asesoramiento genético; sistema gráfico y visual*

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la información que se trasmite a los pacientes en la consulta de genética es normalmente compleja, a menudo surge una dificultad para que el paciente (según sus niveles de estudios, cultura, raza, idioma, etc) entienda las características genéticas de su enfermedad, sus implicaciones que conlleva para su salud, la de sus familiares directos y para su descendencia.

OBJETIVOS

Elaborar un sistema gráfico y visual (tarjetas) de patrones de transmisión de enfermedades genéticas para la consulta de genética clínica de nuestro hospital, que ayude a entender al paciente el modo de trasmisión de su enfermedad genética, probabilidad de transmitirla a su descendencia e implicación para sus familiares directos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboraron una serie de “tarjetas”, empleado el programa power point, e iconos gratuitos disponibles en páginas webs como “flaticon” con el fin de que los facultativos, en las diferentes consultas de asesoramiento genético tanto pretest como postest pudieran explicar de forma dinámica y fácilmente entendible para los pacientes los diferentes patrones de herencia de enfermedades monogénicas.

RESULTADOS

Se elaboraron 11 tarjetas (9 de patrones de herencia mendelianos y 2 de herencia mitocondrial), se hicieron en dos idiomas: castellano e inglés. Se imprimieron las tarjetas en tamaño A5, se plastificaron y se ubicaron en la consulta para uso del facultativo en asesoramiento pretest y postest. Se elaboró la siguiente breve encuesta anónima en papel, en castellano e inglés que se pasará al paciente al final de la consulta:

¿Del 1 al 10 que le parece este sistema de explicar las características de la enfermedad genética y sus implicaciones?

¿Te ha ayudado a entender mejor la información que se da en la consulta de asesoramiento genético? (SI/NO)

¿Propondría algún otro sistema para mejorar la transmisión de la información de la consulta?

La encuesta permitirá evaluar en qué medida el sistema se adapta a los conocimientos de genética del paciente y si le ayuda a entender la información de la consulta. Como estándar se establece que el 80% entienda la información proporcionada y le guste el sistema de tarjetas visuales explicativas puntuando el sistema por encima de 7. Además de la posible elaboración nuevas herramientas en un futuro.

Como resultados preliminares a fecha de 1 de junio de 2022, se tienen contestadas 8 encuestas en las que al 100% de los pacientes les ayudo a entender la información que se ofrece en la consulta y la media de la puntuación del sistema era de 9,5.

CONCLUSIONES

El empleo en la consulta de asesoramiento genético de un método gráfico para explicar los patrones de transmisión de enfermedades genéticas es una herramienta para que el facultativo explique de forma más sencilla y visual como se transmite la enfermedad, probabilidad de que se transmita a su descendencia y las implicaciones para sus familiares.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

ASUNCIÓN COLOMER ROSAS ; MARIO MARTÍN GONZÁLEZ ; MARIANO CRISTIAN BARTOLOMÉ COLUSSI ; FÉLIX DE PAZ DE PAZ ; PAZ PALOS ZORRILLA ; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112, SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD. CONSEJERÍA DE SANIDAD

ID: *6443*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *dolor percepción toma de conciencia*

El dolor es un síntoma que con frecuencia acompaña a las patologías que se atienden en un servicio de emergencias extrahospitalario (SE), precisando una adecuada evaluación y tratamiento.

En nuestro SE se han realizado diferentes actuaciones (ACT) orientadas a mejorar la atención al dolor con resultados variables.

Aprovechando la oportunidad de un cuestionario propuesto en nuestra comunidad sobre la valoración de la importancia y situación actual de la atención al dolor en la misma, nos propusimos conocer internamente la percepción en nuestro SE para plantear estrategias y objetivos que mejorasen la atención al dolor.

Conocer la percepción sobre el estado actual respecto a la atención al dolor en nuestro SE.

Cuestionario normalizado de 23 actuaciones en las que se solicita la opinión con respecto a su importancia en la atención al dolor, y con respecto a su situación en nuestros SE. Escala de Likert de 1 a 10 para valorar cada actuación y pregunta abierta para que el encuestado proponga actuaciones para la mejora del dolor en la organización.

Se remitió a los miembros de la Comisión del Dolor y Mandos Intermedios del SE: total 53

Análisis: promedio de puntuación para cada actuación con relación a importancia y a situación actual. Diferencia por actividad entre importancia y situación actual.

Respuestas: 29 (54,71%). ACT. más valoradas fueron:

1. La formación de los profesionales sobre el abordaje integral del tratamiento del dolor (Importancia (I):9,71; Situación Actual (SA): 5,85)
2. La sensibilización de los profesionales respecto al dolor (I:9,59; SA: 6,72)
3. La identificación de eventos adversos relacionados con el dolor con el fin de prevenirlos, minimizarlos o tratarlos (I:9,28; SA: 5,66)
4. Cumplimentación normalizada y el registro de informes y tratamiento (principio activo, dosis, pauta y duración) relacionados con la atención al dolor (I:9,28; SA: 6,34).
5. Evaluación del dolor como quinta constante y reevaluación (I: 9,25; SA:5,32).

ACT. con mayor diferencia entre importancia y situación actual fueron:

1. La formación de pacientes y sus familiares sobre el manejo del dolor (I:9,07; SA:4,85).
2. Inclusión de contenidos relacionados con la atención segura del dolor en los planes de acogida a los profesionales en los centros sanitarios (I:8,55; SA: 4,28).

ACT. mejor valoradas en la situación actual fueron:

1. La sensibilización de los profesionales respecto al dolor (SA:6,72).
2. Protocolos de actuación actualizados al menos en los últimos tres años para el abordaje del dolor en la organización (SA:6,45)

La puntuación inferior a 7 de las ACT. mejor valoradas de la situación actual evidencia que la atención al dolor es un área de mejora en nuestro SE.

La identificación de las ACT. más importantes y su valoración de la situación actual nos indican a donde debemos orientar nuestro esfuerzo.

Las ACT. con mayor diferencia entre importancia y situación actual son las que nos suponen mayor dificultad.

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL QUE SE PRESENTA AL DESARROLLO PROFESIONAL EN EL ÁREA SANITARIA III DE ASTURIAS

JOSÉ LUIS GARCÍA FERNÁNDEZ ; JOSÉ MANUEL ROMÁN FERRERO ; RICARDO DE DIOS DE VALLE ; MIGUEL GARCÍA SUÁREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN

ID: *6444*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Calidad de Vida Profesional. Percepción. Motivación*

JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores son el principal activo de la Sanidad, y hablar de calidad asistencial conlleva necesariamente tener en cuenta la percepción de la calidad de vida profesional de este personal en sus puestos de trabajo.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de la vida profesional

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, con la participación de 701 profesionales. Se utiliza el cuestionario CVP-35, con la variables independientes ámbito de actuación y antigüedad. Se realizó análisis factorial observando la consistencia interna tanto del cuestionario como de los factores, y las correlaciones entre factores mediante el coefiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 87,5% , siendo las medias de los factores del análisis factorial: Apoyo Directivo=6,10, Cargas de Trabajo=5,58 y Motivación Intrínseca=7,95. No se observaron diferencias significativas con las variables independientes (Primaria/ Hospitalaría y Menos de 5 años/ 5 años o más). Los datos obtenidos son parecidos a trabajos realizados con el mismo cuestionario en otras CCAA, o en la propia Asturias. La Motivación Intríseca aglutina los ítems que mayor puntuación obtienen en el cuestionario, siendo el factor impusor de la Calidad de Vida Profesional.

CONCLUSIONES

Los profesionales del Área Sanitaria III de Asturias que se presentan al Desarrollo Profesional tienen una percepción muy aceptable de su Calidad de Vida Profesional. Perciben apoyo por parte de sus directivos, tienen una gran motivación para afrontar las cargas de tabajo gracias al apoyo familiar, y una fuerte identificación con su puesto de trabajo. Pero tambien de observa la preocupación por la cantidad de trabajo que tienen, la responsabilidad (que aumenta según el nivel de la categoría profesional) y el bajo interés de la empresa para mejorar su calidad de vida.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: CIMENTANDO EL FUTURO

ASUNCIÓN COLOMER ROSAS ; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA ; PEDRO MUÑOZ SAHAGÚN ; JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ ; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ ; PABLO BUSCA OSTOLAZA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6447*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PLANIFICACION ESTRATÉGICA EVALUACIÓN GESTION DE CALIDAD*

En 2016 se elaboró un plan director de urgencias y emergencias 2016-2019 en nuestra comunidad autónoma que estableció 7 líneas desplegadas en 39 proyectos (P) y en 138 actuaciones (ACT), y que incluía la estrategia (E) de nuestro servicio de emergencias (SE).

Finalizado el plan, tras la pandemia, iniciamos una fase de reflexión previa a la elaboración de una nueva E propia de nuestro SE, una de cuyas entradas en la evaluación de la E anterior en nuestro servicio que describimos.

Conocer las ACT desarrolladas en nuestro SE derivadas de la implantación de un plan estratégico como paso previo a la elaboración de nueva E.

Registro anual de ACT del plan de nuestro SE. Memorias de SE 2017-2020.

Grupo coordinador del seguimiento del plan. Elaboración de formulario de evaluación final que clasifica las ACT en: Finalizadas (F), No Iniciadas (NI), En desarrollo (ED) o No aplica a nuestro SE; y hace un breve resumen del conjunto de ACT de cada P.

Reuniones: Inicial para exponer metodología. Documentación compartida y trabajo individual. 2º reunión: Evaluación. 3ª reunión: Valoración de las ACT no realizadas para su inclusión en la nueva estrategia: Si/No.

Informe final

De las 138 ACT, 94 aplicaban a nuestro SE. De ellas 42 estaban F, 44 ED y 8 NI. Las L1, L4 y L5 eran las que más ACT habían finalizado.

De la L1 “Un sistema de emergencias que active el recurso adecuado más próximo con el menor tiempo de respuesta al ciudadano”, 12 de las 17 ACT estaban F, 5 ED.

De la L4 “Disminuir la variabilidad clínica homogeneizando criterios de atención a través de protocolos comunes entre distintos dispositivos”, de las 11 ACT que nos aplican, 7 estaban F, 3 ED y 1 NI.

De la L5 “Reconocer el trabajo de los profesionales de urgencias y apoyar su crecimiento profesional” , de las 17 ACT, estaban 8 F y 7 ED.

De las NI se seleccionaron para ser reformuladas en incluidas en la nueva estrategia:

De la L2: “Impulso a la comunicación entre los dispositivos de atención al paciente para detectar problemas comunes” y “Posibilidad de generar cita tanto para primaria como a otro tipo de consultas desde cualquier ámbito”

De la L4 “Normalización de la medicación de urgencia existente tanto en el centro de salud como en los diferentes dispositivos de urgencia”

De la L7 “Establecer compromisos con los ciudadanos desde todos los dispositivos en forma de Carta de Servicios” y “Fomento de la participación de ciudadanos en diferentes comisiones vinculadas a las urgencias”

Se evidencia un alto nivel de cumplimiento de ACT ya que 86 de 94 están o F o ED, lo que sumado a que 5 de las 8 ACT NI se consideran para el próximo plan expresan un alto grado de adecuación del previo.

La evaluación final de las ACT permite conocer el punto de partida, visualizar el esfuerzo realizado y logros alcanzados y tener en cuenta la factibilidad de los retos y objetivos a plantear en el siguiente periodo estratégico.

SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS (SCU 3.0)

RICARDO CASTILLO RUBIO ; JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ ; ESTHER MARTÍNEZ VELASCO ; ROBERTO RODRÍGUEZ OLIVEROS ; DANIEL AGÜERO MOY ; IGNACIO BARQUILLA FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6469*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *SEGURIDAD, CENTRO DESPEJO, CPD*

JUSTIFICACIÓN

Mediante análisis de riesgos se detecta un área de mejora en la gestión de la disponibilidad, porque, aunque se disponía de un centro coordinador de contingencia, este era adecuado únicamente para una solución de supervivencia.

OBJETIVO

La creación de un nuevo Servicio Coordinador de Urgencias dotándolo de mayor robustez, adaptabilidad e integrabilidad, generando así la oportunidad de disponer de un centro espejo con todas las capacidades en otra ubicación aportando una seguridad y redundancia física, sin importar desde donde se esté ofreciendo el servicio.

Mejorar la seguridad física y lógica de un Servicio Coordinador de Urgencias asegurando la continuidad del servicio acercándolo lo más posible al 99,9 %.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aprendiendo de la experiencia obtenida en resolución, gestión de problemas, imprevistos y recuperación de catástrofes, aplicamos la mejora continua para un diseño más seguro y versátil.

Se establece un grupo de trabajo en SUMMA 112 donde se establecen las necesidades y se identifican las organizaciones externas implicadas.

Se crean grupos de trabajo que se encargan por temas: Comunicaciones Radio

Telefonía

Equipamiento Informático CPD de contingencia local Red de datos.

Adaptación de las aplicaciones al nuevo equipamiento.

RESULTADOS

Principales Características:

- Creación de un centro espejo.
- Diseño de comunicaciones más seguras. Mayor Robustez en la infraestructura.
- Proporcionar una escalabilidad mucho más rápida.
- Facilitar la integración con otros servicios de ámbito telefónico.

CONCLUSIONES

El nuevo Servicio Coordinar de Urgencias (SCU), lo primero que nos permite es poder crear un centro espejo físico, dándole solución a una debilidad detectada, asegurando así la continuidad del servicio teniendo en cuenta las amenazas conocidas.

Otro aspecto muy importante de este SCU 3.0 es el aprovechamiento de nuevas tecnologías en la red de telefonía proporcionando así un nivel superior en la seguridad, escalabilidad e integridad de los servicios de voz pudiendo proporcionar una respuesta mejor y más rápida ante una necesidad evolutiva.

ATENCIÓN SANITARIA EN REMOTO: AFRONTAR ENTORNOS VUCA DESDE UN SERVICIO COORDINADOR DE URGENCIAS

RICARDO CASTILLO RUBIO ; JOSE MARTÍNEZ GÓMEZ ; NURIA RODRÍGUEZ RODIL ; ROBERTO RODRÍGUEZ OLIVEROS ; DANIEL AGÜERO MOY ; IGNACIO BARQUILLA FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6470*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *ENTORNOS VUCA, ASISTENCIA REMOTA, CENTRO COORDINADOR*

JUSTIFICACIÓN

El 7 de enero de 2021 nuestro servicio de emergencias (SE) afrontó en pocas horas un escenario en que la rapidez de los cambios, incertidumbre, complejidad y ambigüedad amenazaban seriamente la asistencia sanitaria.

La emergencia meteorológica Filomena dio lugar a la imposibilidad de llegar a la ubicación física del servicio coordinador de urgencias (SCU) y atender las llamadas sanitarias de los pacientes de nuestra comunidad. El liderazgo, trabajo en equipo, formación continuada y transformación digital fueron clave para generar visión, entendimiento, claridad y actuar con agilidad.

OBJETIVO

Proporcionar atención telefónica sanitaria a los ciudadanos y posibilitar la gestión de los incidentes y recursos a los profesionales sanitarios del SCU con el sistema informático habitual desde su domicilio, garantizando la seguridad, confidencialidad y efectividad de la asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Uso de la experiencia obtenida en la implementación del teletrabajo en las áreas de gestión en la pandemia covid 19, y la aplicación de implementaciones de servicios de preventivos en grandes eventos.

Trabajo en equipo: priorización de necesidades

Metodologías ágiles de aprovechamiento de la transformación digital de nuestra organización. Se establece:

- Conexión a través de VPN (red privada virtual securizada), a través de softphone (software que virtualiza una extensión telefónica) que lleva las llamadas de los ciudadanos a los teléfonos personales de los profesionales sanitarios manteniendo la gestión de colas y priorización de llamadas según clasificación.
- Conexión a la aplicación de gestión de llamadas, incidentes y recursos a través de la VPN, desde los ordenadores personales de los profesionales sanitarios lo que les permite trabajar con la aplicación habitual manteniendo las características y trazabilidad de los incidentes que proporciona dicha aplicación (árbol lógico, alertas, propuestas de recursos, acceso a la historia clínica del paciente, módulo único de prescripción, gestión de códigos patológicos, gestión de camas, etc).

RESULTADOS

Atención a llamadas asistenciales desde el domicilio del profesional en tiempo record (hasta 4 facultativos en remoto). Esto permitió dar atención pese a que hubo un incremento de más del 60% en las llamadas con respecto a la misma semana del año previo.

Se mantuvo la autenticidad, integridad, confidencialidad y trazabilidad del servicio que proporciona el SCU.

CONCLUSIONES

La adaptación del SCU de nuestro SE a un entorno VUCA, como la tormenta Filomena, a través de la implantación en tiempo récord de asistencia en remoto, permitió mantener la atención a los pacientes con los mismos estándares de calidad.

La asistencia sanitaria en remoto se incorpora a la estrategia de la organización para afrontar momentos de gran concurrencia mejorando la accesibilidad del paciente al sistema.

Liderazgo, visión, trabajo en equipo y transformación digital son elementos clave para afrontar con éxito los entornos de crisis.

INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

JORGE ESQUIVEL NEGRIN ; CARMEN FRAILE CLEMENTE ; ESTHER GONZALEZ CARRILLO ; ISIDORA NIVARIA ARMAS CLEMENTE ; ELISA PEREZ LIMIÑANA ; JAVIER MERINO ALONSO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA - SERVICIO DE FARMACIA

ID: *6483*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *NUTRICIÓN PARENTERAL, CONTROL DE CALIDAD, NUTRICIÓN CLÍNICA.*

JUSTIFICACIÓN

La nutrición parenteral (NP) permite el aporte directo de nutrientes al organismo por vía intravenosa en pacientes donde la nutrición oral y enteral no es posible o no satisfacen el 100% de requerimientos nutricionales. Al contrario que la oral y la enteral, la NP no se administra a través de una vía fisiológica para el aporte de nutrientes y presenta mayor riesgo de desequilibrios metabólicos y complicaciones iatrogénicas. Por ello, requiere de una adecuada formación del personal que implicado en su diseño y elaboración, y de un control de calidad exhaustivo que minimice el riesgo de errores.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de los indicadores de calidad de NP relacionados con los procesos de transcripción de la prescripción a las hojas de elaboración, la preparación de bandejas con los componentes necesarios para la elaboración, y la preparación dentro de cabina de flujo laminar horizontal en el área de nutrición clínica del servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico llevado a cabo en el área de nutrición clínica de Farmacia durante 2020 y 2021.

Se recogieron y analizaron como variables: número de elaboraciones de NP; número de errores de transcripción farmacéutica a las hojas de elaboración; número de errores del personal auxiliar en la preparación de bandejas de componentes; y número de errores de enfermería en la elaboración, controlados mediante la comprobación de envases vacíos tras finalizar la elaboración.

Situaciones que afectan a los indicadores: número de prescripciones de NP, complejidad de la prescripción, variaciones respecto a la composición habitual, formación y experiencia del personal.

Valor tolerable de error promedio mensual: 2 de transcripción, 25 de preparación de bandejas, 6 de elaboración. Los resultados se expresan como promedio (desviación estándar).

RESULTADOS

Número de preparaciones de NP en 2020: 4930.

Promedio mensual de elaboraciones: 411(74,11). Promedio de errores mensuales: 0(0) de transcripción; 12,75(6,33) de bandejas; 1(1,13) de elaboración.

Número de preparaciones de NP 2021: 5850.

Promedio mensual de elaboraciones: 488(51,99). Promedio de errores mensuales: 0(0) de transcripción; 24,75(13,29) de bandejas; 1,67(1,15) de elaboración.

Durante el periodo de estudio no se superó el valor promedio mensual tolerable de errores establecido, pero los errores de bandeja se incrementaron en un 94,12%.

CONCLUSIONES

Un adecuado registro de indicadores de calidad permite detectar la necesidad de la implantación de medidas correctoras y lograr mejoras en los resultados en salud.

A pesar de alcanzar unos indicadores positivos, valoramos que sería recomendable implementar un proceso semiautomático de preparaciones de NP, que permitiría mejorar la seguridad y trazabilidad de todo el proceso.

La formación continuada del personal de enfermería resulta imprescindible y valorar regularmente el nivel competencial del personal que rota por el área.

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE UN PROYECTO PILOTO DE RECOGIDA DE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES OPERADAS DE CANCER DE MAMA?

ESTHER ASENSIO BLASCO [1]; M. JESUS PLA FARNOS [2]; RAQUEL ALCALDE CAMBRONERO [1]; XAVIER PEREZ MARTÍN [1]; EVELYN MARTÍNEZ PÉREZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

ID: *6494*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Palabras clave: *PROMS, calidad de vida, comunicación, satisfacción*

JUSTIFICACIÓN

Los resultados informados directamente por pacientes (PROMS) sobre síntomas de una enfermedad o tratamiento y su impacto en la calidad de vida y nivel de satisfacción con los cuidados que recibe y su bienestar, ayudan en la comunicación entre profesional y paciente, facilitando la detección y monitorización de problemas, así como el seguimiento de los tratamientos y la mejora de su efectividad.

Realizamos un piloto para un grupo reducido de pacientes operadas de cáncer de mama que nos permita establecer un marco de referencia para estudiar qué implicaría incorporar PROMS en diferentes áreas de nuestra organización.

OBJETIVOS

Disponer de resultados de un grupo de pacientes tratadas en la institución Evaluar la complejidad del despliegue de un proyecto de estas características Estudiar el nivel de respuesta del grupo de pacientes a este tipo de cuestionarios

MATERIAL Y MÉTODOS

Material: Cuestionario Breast-Q© (70 preguntas en 10 escalas para las siguientes dimensiones: bienestar físico y emocional, sexualidad, efectos secundarios, satisfacción con el resultado y con los diferentes profesionales); herramienta informática de cuestionarios on-line; listado de pacientes; tablet, correo electrónico y teléfono; SPSS

Método: Selección de pacientes con cirugía conservadora con ganglio centinela y radioterapia intraoperatoria. Diseño del cuestionario en una herramienta on-line para su autocomplementación de forma anónima. Análisis de resultados.

RESULTADOS

De las 60 pacientes tratadas, 5 habían fallecido al momento de inicio del estudio por causas diferentes al cáncer de mama; 14 rechazaron participar por temas personales y 4 no respondieron. Del resto, 37 contestaron el cuestionario: 13 presencialmente a través de tablet, 13 vía online y, por dificultad en el uso de las tecnologías, 11 contestaron por teléfono.

El nivel de complementación ha sido alto, pero todas tuvieron respuestas en blanco, especialmente las referentes a información y aspectos más íntimos. También se detectó inconsistencia entre respuestas de algunas categorías. Los resultados han sido muy positivos y han permitido detectar áreas de mejora en diferentes ámbitos.

CONCLUSIONES

Disponer de diferentes sistemas de respuesta según las habilidades tecnológicas de los pacientes ayuda en el proceso de recogida de datos.

Incorporar una explicación preliminar a los cuestionarios, donde se expongan los motivos por los que se realizan este tipo de preguntas, puede contribuir a entender la utilidad de la información que se solicita.

Definir el momento adecuado para contestar el cuestionario o segmentarlo en diferentes momentos complica el proceso preparatorio, pero es crítico para maximizar el número de contestaciones.

Facilitar cuestionarios con preguntas condicionadas que acompañen el proceso de respuesta, da seguridad y coherencia a la información reportada.

VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA CAMPAÑA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE NEURORREHABILITACIÓN

EMILIEN AMAR DEVILLENEUVE ; JUDITH BERTOLIN ; MARIONA SECANELL
CENTRO DE TRABAJO: INSTITUT GUTTMANN

ID: *6496*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *prácticas seguras, pacientes, higiene de manos, cultura de seguridad*

JUSTIFICACIÓN

Las campañas de sensibilización focalizadas en determinadas prácticas seguras son una de las estrategias que existen, para promover la sensibilización, el cambio, augmentar la adherencia a prácticas, y generar cultura de seguridad a las organizaciones

En este contexto, el Dia Mundial de la Higiene de Manos, un hospital de Neurorrehabilitación de 152 camas, organizó una campaña de sensibilización de la práctica segura de higiene de manos y se evaluaron los RESULTADOS

OBJETIVO

- Promover la sensibilización a pacientes/cuidadores y profesionales sobre la importancia de la higiene de manos para mejorar la adherencia a esta práctica en el hospital
- Conocer el grado de participación de pacientes, familiares, cuidadores y profesionales en la jornada mundial de higiene de manos

MATERIAL Y MÉTODO

Se instaló un estand en la entrada del hospital donde se realizaban actividades de sensibilización y promoción sobre la higiene de manos.

Se realizaron talleres de higiene de manos con solución hidroalcohólica y luz ultravioleta, además de ofrecer un obsequio como reclamo.

Se administro cuestionario de 3 preguntas dirigidas a profesionales y pacientes ingresados, preguntando por el grado de percepción global de Seguridad con la atención recibida, extraído de la encuesta Seneca. En pacientes ingresados, se preguntaba si habían recibido la información sobre el lavado de manos. En profesionales, se les preguntaba por cuáles eran los momentos para una correcta higiene de manos.

RESULTADOS

Participaron 266 personas

Un 27.8% (74) pertenecen al grupo pacientes/cuidadores. De éstos, 39 son pacientes (12 de los cuales eran pacientes ingresados) y 35 cuidadores. Un 71% (189) son profesionales, y un 1% (3) de otros colectivos

En el grupo de pacientes /cuidadores (74): La puntuación media de percepción de Seguridad fue de 9,5 puntos.

El 100% de pacientes ingresados respondió afirmativamente, que en el ingreso se les entrego un dossier de acogida y se les informó sobre esta práctica segura y la importancia de lavarse las manos para evitar la diseminación de gérmenes

En el grupo de profesionales (189): La puntuación media de percepción de Seguridad fue de 8,8 puntos.

El 95% de los profesionales encuestados respondió correctamente, sobre los momentos para la higiene de manos

CONCLUSIONES

Los resultados han sido buenos en general. Los pacientes ingresados valorón más alto su percepción global de seguridad que los profesionales. Todos los pacientes encuestados recibieron información sobre prácticas seguras (incluida la higiene de manos) al ingreso

Utilizar este tipo de herramientas, podría contribuir a augmentar la sensibilización y adherencia además de fomentar su participación y empoderamiento. En definitiva aumentar la cultura de seguridad

Hay que seguir trabajando en el desarrollo de estrategias que promuevan la participación de los pacientes en las prácticas seguras, además de consolidar y mejorar resultados en aquellas ya implementadas.

LA IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS EN EL REGISTRO DE DOCENTES AGILIZA SU PARTICIPACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS MISMOS

LUIS PARDILLOS FERRER ; ANGEL LUIS BURGOS SACO ; PABLO LLOPIS GARCIA ; RICARDO CASTILLO RUBIO ; ROBERTO RODRIGUEZ OLIVEROS
CENTRO DE TRABAJO: SERMAS

ID: *6504*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *#training #teaching #evaluation #tutors #curriculum*

JUSTIFICACIÓN

Desde el Departamento de Formación de SUMMA112 se realiza el registro, certificación y evaluación de los colaboradores docentes de la Institución. En el momento actual existen tecnologías asequibles y de fácil manejo que permiten realizar este proceso de forma ágil y segura.

OBJETIVOS

Tener la versatilidad suficiente que realizar una gestión total del proceso de gestión del personal docente, desde el primer paso que es la solicitud para unirse al programa, la verificación curricular y capacitación del candidato, como su aceptación, gestión de documentación administrativa y su renovación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión y cuantificación de las solicitudes, curriculum, aceptaciones y renovaciones de los colaboradores desde el año 2020, en el que se implanta una nueva aplicación de Gestión De Docentes. Se compara con el proceso de solicitudes y aceptaciones previo (años 2017 a 2020). Se valora: 1.- Número de nuevos colaboradores (existencia de incremento de nuevas solicitudes y aceptaciones tras la implantación de la aplicación). 2.- Mejora en los tiempos de valoración de las solicitudes y curriculum. 3.- Mejora en los tiempos de Certificación de los aspirantes..

RESULTADOS

Hasta 2020, el proceso de solicitud como colaborador se realizaba de forma “manual”, a través de la recepción de un mail al Departamento de Formación, y se registraban tanto la solicitud como el CV del aspirante y la verificación curricular.

Posteriormente se enviaba de forma anual la certificación o renovaciones de los colaboradores. En 2019 se acreditan 19 nuevos tutores, con un total de 290 tutores certificados (periodo 2017 a diciembre de 2019) A partir de la implementación de la Aplicación de Gestión de Docentes, en enero de 2020: • Solicitudes de colaboración año 2020: 44 • En el primer semestre de 2020 se recertifican a los 290 colaboradores ya aceptados y se aceptan a los 44 solicitantes, en total a 334 colaboradores ,por un periodo de 4 años (hasta diciembre de 2024) • En 2021 hay 28 nuevas solicitudes, que se recertifican hasta diciembre de 2024 • Desde enero de 2022 hasta el 1 de Junio de 2022 se han registrado 17 nuevas solicitudes, que ya se han enviado a certificar por Gerencia tras reunión de LA Comisión de Docencia y revisión curricular. • El total de colaboradores a 1 de Junio de 2022 es de 379. • En todos los casos desde 2020 se dispone de CV de los colaboradores, integrado en la aplicación, con posibilidad de actualización de datos.

CONCLUSIONES

La implementación de una aplicación de Gestión de Docentes en el SUMMA 112, demuestra la agilización del proceso de solicitud como en la verificación curricular y aceptación de candidatos. El incremento tanto en el número de solicitudes como de recertificaciones confirman el papel esencial que tienen las nuevas tecnologías en la difusión y gestión de procesos.

MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE INGRESADO E IMPLANTACION DE UNA CULTURA DE MEJORA CONTINUA EN PROYECTO CARDIORED1.

MARIA MERCEDES ORTIZ OTERO [1]; CHRISTIAN BENGOA TERRERO [2]; ALICIA GONZALEZ POZUELO [3]; Mª DOLORES GOMEZ BARRIGA [4]; Mª VICTORIA SORIANO RODRIGUEZ [5]; LUISA BARRERA HERNANDEZ [6]; OLGA MARINERO ROJAS [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVWERSITARIO DE FUENLABRADA, [2] HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA, [4] HOSPITAL CLINCO SAN CARLOS, [5] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS, [6] HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

ID: *6506*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia del paciente. Cuidados de Enfermería. Coordinación y conocimiento*

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto surge como un ejercicio de empatía, basandono en la evidencia científica actual y adaptarla a nuestro entorno. Este proyecto trata de unificar la atención cardiovascular, a través del proyecto CardioRed1, una red colaborativa entre 4 hospitales. Es un proyecto de seguridad clínica. L idea es minimizar la variabilidad clínica entre distintos equipos asistenciales y centros de la Red.

OBJETIVOS

General: Mejorar los resultados de salud mientras se mejora la atención asistencial al paciente.

Especificos: - Minimizar la variabilidad clínica entre equipos de trabajo y centros. - Humanizar la atención al paciente. - implementar la técnica Nursing Bundle (adaptando la evidencia científca al contexto local). - Unificar los cuidados cardiovasculares en los centros de la Red.

METODOLOGÍA

Constitucion d eun grupo de trabajo multidisciplinar y de distintos centros. Definicion de los valores que dirigirán el proyecto y el comportamiento del grupo.

Sesiones formativas realizadas por el coordinador del proyecto hacia las unidades de hospitalización. Implantación d euna metodoloñia Nursing-Bundle, con un paquete de 4 intervenciones de cuidados.

CONCLUSIONES

Alianza de 4 unidades de hospitalizacion, trabajando juntos ya es un logro en sí mismo. Mejor atención de los pacientes con mejores resultados en salud.

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE SALUD

MARÍA PAZ PALOS ZORRILLA ; CRISTINA NAVARRO ROYO ; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

ID: *6513*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *DOLOR; PERCEPCIÓN PROFESIONALES*

JUSTIFICACIÓN

La Estrategia de Atención al Dolor de un servicio regional de salud estableció las actuaciones para una mejor atención de los pacientes con dolor. Tras finalizar su vigencia, se hace necesario realizar un análisis interno para conocer el estado actual y planificar próximas actuaciones.

OBJETIVO

Conocer la opinión de profesionales sobre las actuaciones desarrolladas en el abordaje de la atención al dolor en el ámbito de un servicio regional de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un cuestionario sobre la importancia de actuaciones desarrolladas para la adecuada atención al dolor (escala Likert de 1 a 10, 1 “Poco importante” y 10 “Muy Importante”) y la situación de cada centro (1 “Poco desarrolladas” y 10 “Muy desarrolladas”) y una pregunta abierta sobre otras actuaciones a contemplar.

Consta de 30 preguntas en hospitales, 26 en atención primaria y 23 en el servicio de emergencias, que abordan: cultura, desarrollo organizativo, estandarización y procesos específicos, participación del paciente, seguridad, continuidad, formación e investigación y alianzas y reconocimientos.

Se remitió en febrero 2021 a los comités/referentes de atención al dolor de los diferentes ámbitos asistenciales. RESULTADOS

Se recibieron las respuestas de atención primaria, de emergencias y del 82% de los hospitales.

Si comparamos datos globales medios, los profesionales de atención primaria perciben una peor situación en sus centros y hay mayor diferencia entre la importancia otorgada (8,19) y su situación (4, 63). Siendo en hospitales 8,93 y 7,04 y en el caso de emergencias 8,97 y 5.55.

Por temas, las actuaciones consideradas más importantes, con puntuaciones superiores a 9 son: formación y sensibilización de profesionales, seguridad del paciente, elaboración de protocolos, registros normalizados y valoración del dolor. Y las más desarrolladas en los centros con puntuaciones superiores a 7 han sido: estructura multidisciplinar y desarrollo de protocolos para dolor agudo, crónico no oncológico y oncológico.

Por el contrario, las actuaciones menos desarrolladas con una puntuación inferior a 5,5 han sido: protocolos en el anciano frágil y paciente psiquiátrico, formación a pacientes y familiares y promoción de estudios sobre dolor.

Respecto a las nuevas actuaciones a contemplar, se refieren entre otras: definición de cartera de servicios, protocolos a población vulnerable y mayor integración entre niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios consideran que las actuaciones planteadas respecto a la atención al dolor son importantes o muy importantes (puntuaciones rango entre 7,8 a 9,5) lo que implica el interés de la organización por la mejora de la atención al dolor. No obstante, relacionando las actuaciones consideradas más importantes con las menos desarrolladas por los centros identificamos áreas de mejora a reforzar en sucesivos documentos estratégicos.

DETECCIÓN DE VARIABILIDAD DE LOS CUIDADOS DE LOS ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS

ARTURO PEREDA MAS ; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN ; DOLORES BETETA FERNÁNDEZ ; MARÍA ISABEL GARCÍA CORBALÁN ; PEDRO SOLER GALLEGO ; INIESTA ALCÁZAR JAVIER
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6515*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Accesos venosos periféricos, PNT, Cuidados*

JUSTIFICACIÓN

El mantenimiento de accesos venosos periféricos es una de las técnicas de enfermería más habituales dentro de un Hospital. Los pactos de gestión del Sistema de Salud llevan más de una década contemplando indicadores relacionados con ellos. En nuestro caso, el porcentaje de flebitis. También se controla internamente el porcentaje de extravasaciones.

En febrero de 2022 la Unidad de Compras renueva el apósito de fijación de catéteres periféricos. El cambio es una mejora del producto ya existente. Desde la Unidad de Calidad y Formación Continuada se contacta con la empresa adjudicataria para proporcionar a los profesionales de enfermería unas sesiones formativas en el manejo del nuevo apósito.

OBJETIVOS

Detectar la variabilidad en el mantenimiento de accesos vasculares periféricos Actuar para asegurar la normalización del procedimiento en todo el Hospital

MATERIAL Y MÉTODOS

En mayo 2022, a lo largo de una semana se organizan sesiones de 15 minutos en turno de mañana en las Unidades de Hospitalización de adultos, repitiéndolas todos los días para alcanzar al mayor número de profesionales. Al final de cada sesión se pasa a los participantes un formulario de valoración con un código QR. En él se les pide su opinión acerca del nuevo apósito. Aunque el indicador de pacientes con flebitis se ha cumplido durante los dos últimos años, también se les pregunta acerca del cuidado y mantenimiento de catéteres periféricos.

Se hacen 4 preguntas abiertas relacionadas con el catéter y una quinta relacionada con el tipo de formación utilizando una escala Likert 1-5 que responden 47 profesionales

RESULTADOS

1. ¿Qué tipo de desinfectante usas? No hay variabilidad, un 95% de las respuestas indica que clorhexidina, como recomienda el manual del Hospital.
2. ¿Cuánto tiempo frotas el desinfectante? Hay respuestas entre 3s y 1m, siendo las más frecuentes 5 segundos (40%) y 10 segundos (27%)
3. ¿Cuánto tiempo dejas secar el desinfectante? Hay respuestas entre 1s y 1m, siendo las más frecuentes 10 segundos (29%) y 5 segundos (25%)
4. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse el apósito? Las respuestas varían entre 1 y 5 días. Las más frecuentes son 3 días (40%) y 5 días (27%) siendo solamente un 10% de las respuestas las coincidentes con el manual del procedimiento del Hospital.
5. ¿Te parece adecuado este tipo de formación? Un 96% de las respuestas ha sido útil o muy útil.

CONCLUSIONES

La evaluación de los conocimientos de los trabajadores nos ha permitido detectar una variabilidad no esperada en un ámbito básico en los cuidados de enfermería.

A partir de este hallazgo se procede a la realización de sesiones específicas de mantenimiento de accesos venosos periféricos en todas las unidades de hospitalización y a la realización de una infografía que permita tener un acceso rápido al procedimiento normalizado del Hospital, preparando una nueva evaluación a los 6 meses para comprobar si la variabilidad ha disminuido

ABRIMOS UN NUEVO “CANAL” DE COMUNICACIÓN

VIRGINIA FLOR MORALES; JAVIER CANELAS FERNANDEZ; ANA MARIA RUIZ RUIZ; MANUEL REQUENA PARRA; Mª CONCEPCIÓN FARIÑAS ALVAREZ; SECO MACHO MARIO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

ID: *6525*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Educación sanitaria , Comunicación*

JUSTIFICACIÓN

La televisión es un medio de comunicación colectivo que puede utilizarse como medio de promoción de la salud. Con esta intención, en el año 2019, se puso en marcha en un canal de televisión, de acceso gratuito, denominado Canal V.

OBJETIVOS

Conocer el número de visualizaciones de los vídeos alojados en el Canal V. y con ello la utilidad como instrumento de información.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde Calidad, con el apoyo del Equipo directivo, se diseñó la estructura y el contenido del Canal V. Con la colaboración de Smart Hospital se comenzaron a emitir los vídeos seleccionados (previo consentimiento de los autores / propietarios). La estructura inicial del Canal V. se ha ido modificando de acuerdo a las necesidades de información; en el año 2020 se incluyó una nueva sección sobre la COVID-19.

Secciones:

Bienvenida al hospital: video elaborado por el Servicio de Atención al Usuario, donde se resume la Guía de Acogida a los Pacientes

Por la salud de todos: vídeos elaborados por el Ministerio de Sanidad para difundir diferentes campañas como: la de la gripe, prevención del tabaquismo, vacunación, uso racional de antibióticos. Y dos elaborados por el Servicio Cántabro de Salud sobre higiene manos y actuación ante un paro cardiaco

Rehabilitación: elaborados por el Servicio de Rehabilitación, con ejercicios de fisioterapia respiratoria, movilización y relajación

Somos XXXX: presentación de unidades/ servicios del hospital y un video sobre el programa de donaciones al hospital

Coronavirus: elaborados por el Ministerio de Sanidad con información sobre el COVID-19: prevención, toses y estornudos higiene de manos y medidas adoptadas

Mensualmente, desde 2021, se envían los datos de visualización a los Servicios/ Unidades del hospital que publican videos.

RESULTADOS

Bienvenida al paciente: 4927 visionados. Concierto de Navidad: 4804. Covid19 - Higiene de manos: 1881. Somos XXXX: 958. Covid19 - Cómo prevenirlo: 917. Respiratorio básico: 735. Programa donaciones: 724. Relajación: 649. Covid19 - Toses y estornudos: 485 Covid19 - ¿Por qué las medidas?: 418. Movilidad en la cama: 392. Campaña gripe: 365. Vacunas:

310. Movilidad sentada: 287. Respiratorio avanzado: 239. Uso racional de antibióticos: 192. Hospital sin humo: 167. Higiene de manos: 115. Paro cardiaco: 115. Movilidad avanzada: 101

CONCLUSIONES

Escasa interacción de los usuarios con el Canal. El video con más visualizaciones es el de Bienvenida al paciente (15% de los ingresos)

Mejoras: Informar a los usuarios que ingresan en el hospital de la existencia de este canal. Y Buscar fórmulas para captar la atención de los usuarios y despertar su interés hacia los temas de promoción de la salud.

EVOLUCIÓN Y FUTURO EN LA RECOGIDA DE LA VOZ DEL PACIENTE: DE LA PERCEPCIÓN A LA PARTICIPACIÓN

LUISA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ ; JON LETONA ARANBURU ; LOURDES RAMIREZ SAMANIEGO ; MARIBEL ROMO SOLER
CENTRO DE TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL OSAKIDETZA

ID: *6527*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *Encuestas. Satisfacción/ Percepción. Participación/ Voz del paciente.*

JUSTIFICACIÓN

La recogida sistemática de la voz de los pacientes es una herramienta habitual de los sistemas sanitarios. Encuestas de satisfacción y/o sistemas de gestión de quejas y reclamaciones, así como grupos focales, han servido hasta ahora para estar al tanto de la satisfacción y experiencia global y para detectar áreas de mejora.

En nuestra organización, desde finales de los 80, en línea con el modelo centrado en la persona de Picker, se vienen realizando encuestas corporativas anuales de satisfacción a pacientes que han sido atendidos en nuestros centros, preguntándoles sobre dimensiones del modelo: Accesibilidad (Acceso rápido), información (información clara), trato (Apoyo emocional, empatía y respeto) o coordinación (continuidad en la atención y transiciones suaves).

Pero somos una organización muy diferente a la que éramos en los 80: La asistencia prestada se ofrece a través de equipos de profesionales, dejando de ser una atención individualista y paternalista. Los equipos trabajan en procesos diseñados, consensuados y evaluados sistemáticamente, con objetivos comunes orientados al valor y la mejora continua.

Igual que el propio sistema, la mirada del paciente es dinámica, ya que como sujeto activo, transita por el sistema alternando roles (paciente, familiar, acompañante, proveedor,….) alcanzando un conocimiento del sistema que debe servir para participar: validar, codiseñar y mejorar los distintos procesos del mismo.

Como sistema, debemos aumentar nuestra capacidad de escucha (Definición de escuchar: Hacer caso de un consejo o aviso, prestar atención a lo que se oye). Para ello, proponemos un futuro de la recogida de la voz del paciente a través de herramientas y canales variados, individualizados al objetivo que se quiera alcanzar.

OBJETIVOS

- Aumentar la capacidad de escucha del sistema:
  - Transformando y/o activando herramientas y canales para recogida de la voz del paciente.
- Detectar gracias a la recogida de la voz del paciente, aquello que da VALOR a la asistencia que prestamos:
  - Estrategia de valor, mejora continua. Material y Método:
  - Revisión de las herramientas actuales de recogida de voz del paciente.
  - Modificaciones realizadas.
  - Perfilar una Estrategia de futuro: Estrategia Voz del Paciente.

RESULTADOS

- Mejora del proceso de captación de la voz del paciente.
- Identificación de nuevas herramientas y canales para la recogida de la voz del paciente.
- Asentar y difundir una Estrategia de Voz del paciente.
- Asegurar la trazabilidad de resultados respecto a la dinámica previa.

CONCLUSIONES

- Se requiere de una estrategia corporativa de Gestión de la Voz del Paciente: de la Percepción a la Participación.
- La escucha y recogida de la voz de los pacientes como herramienta de participación, debería incluirse en el diseño de todos los procesos de la organización y de evaluación continua.

SIN CONTENCION, CON HUMANIZACION

SILVIA MIRETE BARA; CAROLINA FERRERO MATAS; AINHOA TORNER BUSQUET; CRISTINA PLANA LLAURADÓ
CENTRO DE TRABAJO: RESIDENCIA VILA-SECA

ID: *6532*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CONTENCION HUMANIZACION*

JUSTIFICACIÓN

Nuestro centro el año 2013 tenia un índice superior al 30% en uso de contencions físicas. Frente este excesivo uso y el deseo de impulsar un nuevo paradigma de cuidados “individualizados, motivadores y sin sujeciones pusimos en marcha en 2013 un proyecto para la implementación de la Norma Libera-care a través de la Fundación Cuidados Dignos (FCD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Esto implicó empezar a trabajar con una metodología que centra la Cura en la Persona, potenciando su autonomía, dignificándola y respetando sus necesidades, deseos y preferencias. Establecer vínculos con los residentes y las familias, mejorar su calidad de vida y convertirse en una organización libre de sujeciones, entendiendo que éstas son medidas restrictivas que suponen una vulneración de los derechos fundamentales del paciente.

RESULTADOS

Progresivamente se fueron superando varias fases en el proceso de acreditación y, desde el pasado mes de junio del 2021, el centro se encuentra con la re-certificado de la fase 3 de Libera-care. Esta re-certificación valida que el centro ha superado el Proceso de Evaluación de la Norma Libera-Care, por lo que la FCD comprueba que se mantiene la Cultura de Cuidado Centro en la Persona y Sin Sujeciones, y que es un programa de continuidad .

Lo que se ha hecho en nuestro centro es buscar alternativas a las sujeciones físicas, así como mucho trabajo divulgativo, explicativo y de concienciación a las familias y profesionales. Gracias a esto, actualmente, no existe ninguna persona que utilize sujeción física diurna y únicamente se utilizan barandillas voluntarias y, puntualmente, alguna de seguridad.

Además, durante el 2021 se ha reducido un 2% de prescripciones de fármacos psicótropos , especialmente de ansiolíticos y hipnóticos.

OBJETIVOS

- Creación de un Grupo Motor multidisciplinar, formado por la Dirección del centro, la responsable higiénico-sanitaria, médicos, fisioterapeutas, psicólogas, la coordinadora de auxiliares, enfermería y la farmacéutica.
- Retirada de contenciones tanto físicas como químicas a los pacientes. Se empezó por retirar de forma progresiva las contenciones físicas, es decir, eliminación de cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido o cerca de su cuerpo, que le impide la libertad de movimientos o acceder a partes de su cuerpo.
- Disminución de contenciones químicas, a través de una revisión semanal de las personas que utilizan psicofármacos, se van disminuyendo la prescripción de estos medicamentos para minimizar el impacto de los efectos secundarios

CONCLUSIONES

Validamos que es posible trabajar sin contenciones físicas, y evidenciamos que las personas atendidas aumentan su calidad de vida, sin un aumento de caídas (un temor muy mencionado). Nuestro propósito es mantener esta línea de trabajo con el fin de conseguir menor utilización de tratamientos considerados también contenciones y velar por las personas atendidas, centrándonos en ellos y en la humanización.

MEJORAR EL CONTROL DE CADUCIDADES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

MARIA JOSE MEDRANO MARTINEZ ; MARIA VICTORIA HERNANDEZ JARAS ; ESTRELLA COLORADO ARREDONDO ; RAFAEL RIVAS MORENO ; INMACULADA RABANAQUE VEGA ; ALICIA VILLAR ARIAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6534*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *CADUCIDADES, REVISIONES*

JUSTIFICACIÓN

El control de caducidades de medicamentos y productos sanitarios de las unidades móviles de los servicios emergencias (SE) es un aspecto fundamental en la seguridad del paciente (SP). Clásicamente este control quedaba registrado en un registro mensual en papel disponible en cada base de los recursos asistenciales. La dispersión de los recursos de cada mando intermedio (MI) y el periodo a mantener dicha documentación dificultaba el control de esta actividad.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta informática que facilite el registro de revisión de caducidades a los profesionales y la supervisión a los MI.

MATERIAL Y METODOS

Grupo de trabajo multidisciplinar para identificación de necesidades y requisitos:

- Ubicación en web local
- Perfil por profesional y por MI
- Formulario a registrar por perfil

Implantación y difusión global y por parte de los MI a los profesionales de cada unidad.

RESULTADOS

Diseñó un aplicativo informático disponible en web local para el registro del control de caducidades, con dos formularios: productos a caducar cada mes por tipo de dispositivo asistencial y parte a cumplimentar de revisión identificada por perfil y elementos de revisión.

Perfil de MI: define qué turno de trabajo hace la revisión de caducidades mensualmente y puede ver en cualquier momento el estado de esa revisión.

Perfil de profesional: diferenciado por categoría y elemento a revisar para cada una de ellas, en la que se registra la revisión al finalizarla. Se accede mediante usuario y contraseña lo que garantiza la trazabilidad.

Documentación incluida en la aplicación: formulario de registro y la referente a los medicamentos y productos sanitarios que caducan cada mes por tipo de recurso asistencial, que suministra semestralmente el Servicio de Farmacia al Departamento de Informática.

Seguridad del Paciente: Incorporación de un recordatorio a los profesionales de la necesidad de revisión de caducidades al realizar la revisión diaria del inicio y finalización de turno de trabajo. La aplicación permite hacer la revisión en varios momentos al objeto de conciliar la misma con la actividad asistencial del dispositivo, indicando el propio profesional cuándo ha finalizado la misma.

CONCLUSIONES

Disminuir la posibilidad de error relacionados con los medicamentos es una prioridad en cualquier servicio sanitario por lo que la actuación para mejorar el control de caducidades es una obligación de todos los agentes implicados, dirección, MI y profesionales. La sustitución del formato papel por el electrónico en el registro del control de caducidades permite el control por parte de los MI sin necesidad de acudir físicamente a la base del recurso asistencial.

El desarrollo de herramientas informáticas que permitan recordar a los profesionales la necesidad de esta revisión ayuda al control de las mismas.

Disponer del registro en formato electrónico disminuye las incidencias de pérdida de la hoja de registro o errores en la cumplimentación.

AULAS-TALLER EN REHABILITACIÓN CARDIACA, VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN TERAPEUTICA POR PARTE DEL PACIENTE.

ANA BELÉN MORATA CRESPO [1]; MARIA DEL MAR RIVAS ESTEPA [2]; MARINA GIMENO GONZALEZ [1]; YOLANDA CAPAPÉ GENZOR [1]; ANA ISABEL ABAD MARCO [1]; MARTA GARIN ALEGRE [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [2] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6541*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *EDUCACIÓN TERAPEUTICA, REHABILITACIÓN CARDIACA*

JUSTIFICACIÓN

Los programas de rehabilitación cardiaca tienen un nivel de evidencia IA en cuanto a disminución de mortalidad, mejora de la capacidad funcional y de calidad de vida en pacientes sometidos a una cirugía cardiaca. Estos programas además de incluir el entrenamiento físico deben incidir en la modificación del estilo de vida, deshabituación tabáquica y control de los factores de riesgo cardiovascular. En el programa de rehabilitación cardiaca de nuestro hospital, dirigido a pacientes operados de cirugía cardiaca, hemos desarrollado 8 aulas taller cuyo fundamento es la educación terapéutica, y la adquisición de habilidades de autocuidado.

OBJETIVO

Describir el programa de educación terapéutica para pacientes operados de cirugía cardiaca

Analizar la calidad de la atención percibida por los pacientes de las Aulas- taller que se realizan dentro del programa de rhb cardiaca, y determinar los conocimientos adquiridos en las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo de 411 encuestas de satisfacción y el mismo número de test de conocimientos adquiridos, completadas por los pacientes al finalizar las 8 sesiones de las aulas taller cardiaca de nuestro hospital desde el año 2014 hasta 2020.

Analizaremos también la estructura del programa educativo y las actividades asociadas a cada una de las aulas.

RESULTADOS

La puntuación media del cuestionario de conocimientos fue de 7.8/10. La satisfacción global respecto al programa educativo puntuó 9.33/10. Las aulas mejor valoradas fueron las de enfermedad cardiovascular y nutrición, 18%, 16%, el aspecto más valorado en el 22% de los pacientes es la atención individualizada y la información adaptada.

CONCLUSIONES

El programa de educación terapéutica en rehabilitación cardiaca es percibido de forma positiva por los pacientes, lo más valorado es la individualización de los cuidados.

Los conocimientos adquiridos sobre factores de riesgo cardiovascular y autocuidado son suficientes en la mayoría de nuestros pacientes, hecho que conlleva un descenso de futuros eventos y del riesgo cardiovascular.

UTILIDAD DE RAE-CMBD PARA EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL PROPORCIONADA A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

ALBA RAPELA FREIRE ; ALICIA DÍAZ REDONDO ; VÍCTOR JOSÉ GONZÁLEZ RAMALLO ; DANIEL TOLEDO BARTOLOMÉ ; AURA PIEDAD SILVA BARAJAS ; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6545*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La hospitalización a domicilio es un ejemplo de asistencia centrada en el paciente. Esta modalidad facilita niveles diagnósticos, terapéuticos y/o cuidados, similar a los dispensados en la hospitalización convencional, manteniendo la misma cultura de seguridad.

En el año 2016, el sistema de información existente sobre la atención sanitaria o Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias (CMBD) se extiende a esta modalidad pasando al RAE-CMBD (Registro de Atención Especializada). Aun así, no se ha conseguido la homogeneización de la actividad entre las diferentes unidades de hospitalización a domicilio ya que no disponemos de una base de datos pública que permita profundizar en el análisis de indicadores relacionados con la calidad asistencial.

OBJETIVOS

Avanzar en la explotación de datos registrados en RAE-CMBD como apoyo a la toma de decisiones clínicas.

- Conocer las características principales de la población atendida bajo la modalidad de hospitalización en domicilio.
- Conocer la tasa de reingresos hospitalarios urgentes en estos pacientes como indicador de calidad asistencial

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo sobre las variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de los episodios de hospitalización a domicilio de un hospital de alta complejidad que se produjeron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021.

RESULTADOS

Durante el año 2021 la Unidad de Hospitalización a Domicilio de nuestro centro atendió en sus domicilios a 1164 pacientes, con una mediana de 60 camas y una ocupación media del 81,5%. De ellos, más de un 28%, no pertenecían a la población de referencia del hospital.

La edad media fue 69 años y la estancia media 12,60 días. Los diagnósticos principales más frecuentes, entre los pacientes atendidos, se englobaron en la categoría diagnóstica mayor: “Enfermedades del aparato respiratorio” (n=241). La segunda categoría en frecuencia fue: “Enfermedades del aparato genitourinario” (n=233).

Se codificaron 8480 procedimientos realizados en domicilio. Los más frecuentes: 3E03329- Introducción en vena periférica de anti-infeccioso, otro anti-infeccioso, abordaje percutáneo y 4A043R1- Medición de saturación, periférico, venoso, abordaje percutáneo.

El porcentaje de pacientes que ingresaron de manera urgente en los 30 días posteriores al alta fue inferior al 10%; un 3,73

% acudió a urgencias en las 48 horas posteriores al alta. Se produjeron 2 éxitus en domicilio (0,24%).

CONCLUSIONES

El sistema de información RAE-CMBD es útil para realizar un seguimiento de la hospitalización a domicilio y nos permite valorar la calidad y seguridad de la atención proporcionada a los pacientes atendidos.

Conocer la tasa de reingresos hospitalarios, es un indicador fundamental para la seguridad del paciente. Sin embargo, se necesitaría disponer de un sistema de información abierto que permita realizar comparaciones entre centros que dispongan de esta modalidad asistencial.

INCIDENTES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES NOTIFICADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

NELVA GARCÍA GARCÍA ; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA ; MARIA LUISA DOMÍNGUEZ PÉREZ ; ARMANDO LÒPEZ PENALVA ; CARMEN MENDOZA SÁNCHEZ ; MARÍA VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA112

ID: *6550*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Transferencia Incidente de riesgo Protocolo Digitalización*

JUSTIFICACIÓN

La transferencia de pacientes (TP) es la comunicación entre profesionales sanitarios en la que se transmite información clínica de un paciente, se traspasa la responsabilidad de su cuidado y los datos de filiación de un servicio a otro. El objetivo principal es garantizar la continuidad de cuidados con la máxima seguridad y calidad. Los problemas de TP están reconocidos por la OMS como uno de los puntos críticos de la Seguridad del Paciente (SP).

Los Servicios de Emergencias (SE) realizan continuamente transferencia cuando trasladan a los pacientes que lo precisan al hospital. En nuestro SE con frecuencia los profesionales refieren problemas relacionados con la misma.

OBJETIVOS

Conocer los Incidentes de Riesgo (IR) debido a la TP notificados de 2021 a mayo del 2022 M:

Registro de Sistema de Notificación de IR de nuestro SE.

Análisis de IR: Factores de Riesgo (FR). Resolución de Análisis por la Comisión de SP.

RESULTADOS

Del 01/01/2021 al 31/05/2022 se notificaron y analizaron 14 IR relacionados con la TP. Riesgos identificados:

- Demora en la asistencia hospitalaria en pacientes afectados de patologías tiempo dependiente (con tiempo ventana de tratamiento) que potencialmente repercute en su pronóstico vital y posterior calidad de vida.
- Pacientes con patología traumática grave a los que se les retiró los dispositivos de inmovilización sin ser sustituidos por otros, aumentando el riesgo de desestabilización de lesiones graves, incremento de dolor e inestabilidad hemodinámica.
- Pacientes con patología respiratoria aguda grave, que sufrieron deterioro severo en su función respiratoria.
- Estrés emocional por retraso asistencial en la transferencia, que potencialmente agravan la inestabilidad hemodinámica y respiratoria

FR más frecuentes asociados:

- Comunicación entre profesionales: en 9 de 14 IR
- Ligados a Tarea/Protocolos: 9
- Organizativos: 8
- Individuales de los profesionales 7 Tres IR acumulaban 5 FR

Aspectos destacables referidos en la notificación:

- No se facilitó la transferencia administrativa en 9 de los 14 IR
- Retraso en la recepción por parte del equipo asistencial de hospital en 4.
- Demora por realización de nuevo triaje en 9.
- No se conoce la ubicación de destinada al paciente para hacer la transferencia en 2. Acciones realizadas:
- Elaboración de protocolo y pauta de recomendaciones.
- Digitalización de la TP: Ralentizada por problemas relativos a las distintas aplicaciones.

CONCLUSIONES

Contrasta el bajo nº de notificaciones con la frecuencia con que los profesionales expresan verbalmente problemas en la transferencia, y la relevancia de los riesgo identificados, lo que evidencia que no lo asocian a SP siendo necesario mejorar la toma de conciencia en nuestro SE.

La Comunicación y factores relativos a protocolo/tareas son los más implicados.

Es preciso consensuar protocolos y digitalizar para eliminar problemas que afectan a la filiación y mejorar la seguridad de la transferencia clínica.

EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES DURANTE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN DOMICILIO

ALBA RAPELA FREIRE ; REDONDO DIAZ ; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ ; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO ; ROSA SOLEDAD DÍAZ GARCÍA ; VÍCTOR JOSÉ GONZÁLEZ RAMALLO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6553*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la experiencia de los pacientes durante la asistencia es un aspecto prioritario que permite poder prestar unos servicios de excelencia. La hospitalización a domicilio es un claro ejemplo de modalidad asistencial integral cuyo eje central es el paciente.

Aunque extendida, no todos los hospitales de alta complejidad disponen de ella, por lo que resulta fundamental fomentar mecanismos que permitan conocer la experiencia de los pacientes para continuar avanzando en la transformación.

Con esta finalidad, nuestro centro desarrolló durante el año 2021 un sistema para evaluar la experiencia de nuestros pacientes mediante el sistema Net Promoter Score (NPS), ampliamente utilizado en distintas empresas, tanto del ámbito sanitario como no sanitario.

OBJETIVOS

Conocer la experiencia de pacientes y familiares atendidos en hospitalización a domicilio en nuestro centro durante el año 2021.

Detectar áreas de mejora a través de la percepción de los pacientes para avanzar en el camino de la excelencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante los 9 primeros meses del año 2021, se envió un enlace a una encuesta al teléfono del paciente trascurridas 24 horas tras el alta de un episodio de hospitalización a domicilio.

Se utilizaron preguntas de carácter cualitativo mediante un sistema de caras, que se traducen en una escala Likert, que va de muy insatisfecho a muy satisfecho, a través de las que el paciente puede expresar su valoración sobre diferentes aspectos relacionados con el episodio, como: el trato recibido, la atención o la calidad de la información recibida.

Una de las preguntas realizadas y que permite obtener el resultado NPS es: “En caso de necesitarlo, ¿con qué probabilidad nos recomendaría a un amigo o familiar?”. Su rango va de 1 a 10. Quienes responden 9 o 10 son considerados promotores, e igual o menor de 6, detractores. El índice NPS es la diferencia entre promotores y detractores, pudiendo obtener valores entre más menos 100. En nuestro centro, consideramos resultados menores a 30 negativos, entre 30 y 49.9, mejorables, entre 50 y 79.9, positivos y más de 80 excelentes.

RESULTADOS

Se obtuvieron 226 respuestas (tasa de respuesta del 28,56%). Por grupos de edad, predominan las respuestas de personas entre 50 a 69 años, seguido del grupo mayor de 69 años.

El resultado NPS obtenido fue 71,89 puntos. El 93,36 % de las personas que respondieron a la encuesta se encontraban satisfechos o muy satisfechos. El 69,08% valoraron la amabilidad y trato del personal con la máxima puntuación.

Los aspectos a mejorar detectados a través de este sistema fueron la información recibida durante el proceso y la participación en la toma de decisiones.

CONCLUSIÓN

La hospitalización a domicilio se consolida como una modalidad asistencial muy bien valorada por los pacientes y con un índice de recomendación que roza la excelencia. Gracias a este trabajo se han podido detectar áreas de mejora a emprender para mejorar la experiencia del paciente

AMFE DE LA AGITACIÓN PSICOMOTORA DEL PACIENTE ADULTO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRIA

M. NATALIA ALVAREZ MOREZUELAS ; SILVIA HERNANDEZ LEON ; ANA CRISTINA SANCHEZ MARTINEZ ; JOSE ANTONIO RUIZ DE EGUILAZ RODRIGUEZ ; Mª DEL PUY ABASOLO ARNAEZ ; PATRICIA LARA MARCOS
CENTRO DE TRABAJO: OSAKIDETZA- OSI ARABA

ID: *6558*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *AMFE, Seguridad del Paciente, Psiquiatría, Agitación del paciente*

JUSTIFICACIÓN

La agitación del paciente adulto en una unidad de hospitalización de psiquiatría se considera una situación de riesgo cuyas consecuencias pueden ser graves tanto para el propio paciente, como para el resto de pacientes y profesionales.

Tras detectar algunos incidentes de seguridad y ante la necesidad de actualizar el protocolo de agitación existente en la planta, se planteó utilizar una herramienta que permitiera identificar los riesgos existentes.

El uso de herramientas prospectivas como el AMFE, muy utilizados en sectores considerados de alta seguridad, permiten hacer una valoración objetiva de los riesgos del proceso y priorizar el abordaje de los mismos.

OBJETIVOS

Analizar e identificar los puntos críticos en un servicio de psiquiatría de agudos, desde la identificación del grado de agitación hasta la activación del protocolo de agitación.

Utilizar los resultados, tras el uso del AMFE, para actualizar el protocolo de agitación psicomotriz, asi como introducir en el proceso acciones de mejora que eliminen o reduzcan la ocurrencia de situaciones de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las fases para realizar este análisis fueron:

1. Documentación en relación a la agitación psicomotora del paciente.
2. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar conocedor del proceso de analisis y/o de herramientas de gestión de riesgos (FEA, Enfermeras, TECAE, Supervisora del Servicio, Técnico de Calidad) para analizar el proceso.
3. Formación en la metodología de análisis con el AMFE.
4. Acotación del proceso a analizar y uso de la herramienta.
5. Propuesta de acciones de mejora para los puntos con mayor prioridad de riesgo.

RESULTADOS

Se dedicaron 15 reuniones de 1h-1,5h cada una para la formación, análisis del proceso acotado y la propuesta de acciones de mejora.

Del analisis de tres fases del proceso, se identificaron 13 modos de fallo, 45 causas diferentes de fallo y 15 tipos diferentes de efectos. En nuestro proceso, la fase mas crítica fue la aplicación de medidas para contener la agitación y los fallos con mayor índice de prioridad eran, la aplicación incorrecta de las medidas de contención y el tiempo de aplicación de las medidas.

De las causas con mayor índice de prioridad destacan, el conocimiento deficiente de la aplicación de medidas de contención y una reevaluación deficiente del grado de agitación.

Se identificaron 9 acciones de mejora para incluir en la actualización del protocolo y otras 10 acciones externas al protocolo, como por ejemplo hacer cartelería, reformas estructurales, formación, cambio de circuitos en centralita, etc.

CONCLUSIONES

El análisis por un equipo multidisciplinar ha permititido abordar el problema de forma integral y proponer mejoras adaptadas a la casuística del servicio.

El uso del AMFE ha sido útil para hacer una análisis completo de las fases del proceso seleccionado, así como priorizar los puntos mas críticos del mismo.

¿CUAL ES LA HOJA DE RUTA HACIA EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CERVIX EN LA COMUNIDAD DE MADRID?

Mª TERESA SÁEZ VAQUERO [1]; PLUVIO JESÚS CORONADO MARTÍN [2]; ROSARIO GRANADOS CARREÑO [3]; JUAN CARLOS GALÁN MONTEMAYOR [4]; MARIANELA BAYÓN CABEZA [1]; ELENA BARTOLOMÉ BENITO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CONSEJERIA SANIDAD COMUNIDAD DE MADRID, [2] HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE, [4] HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

ID: *6572*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *cáncer de cérvix, virus del papiloma humano, prevención, cribado*

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cérvix (CC) es el cuarto cáncer mundial en mujeres. Según el Registro de tumores de Madrid (RTAMAD), en 2020 su incidencia fue 7,8x100.000 habitantes. Su desarrollo vinculado al Virus del papiloma humano(VPH) permite prevenirlo mediante doble estrategia de vacunación y detección precoz.

Los cribados poblacionales(CP) demuestran una clara reducción de incidencia y mortalidad frente a los oportunistas(CO), siendo este el realizado actualmente en la Comunidad de Madrid(CM). El CP de CC forma parte de la estrategia en cáncer del SNS, siguiendo directrices internacionales (OMS y Comisión Europea). La Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula la estrategia y marca 2023 para iniciar su implantación.

OBJETIVO

Diseñar el programa de Cribado Poblacional de Cáncer de cérvix en la CM.

MATERIAL Y MÉTODOS

La Unidad de cribados de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica, impulsa un grupo de trabajo con atención primaria (AP), salud pública, anatomía patológica microbiología, ginecología y sistemas de información. Se revisó la evidencia científica y documental, promoviendo reuniones de consenso.

RESULTADOS

Se define un programa centralizado, dirigido a mujeres de 25-65años residentes en la comunidad, que se despliega con:

- Cribado primario según edad:
  - 35-65años: test de VPH, genotipado VPH16 y VPH18, cada 5 años. Si positivo, triaje con citología réflex.
  - 25-34años: citología cada 3 años. Si anómala, triaje con test VPH.
- Toma única de citología en medio líquido por matrona de AP.
- Unidades centrales hospitalarias de análisis y lectura de muestras, repartidas geográficamente de forma equitativa.
- Conducta clínica ante pruebas de cribado anormal (colposcopia o seguimiento), individualizada según riesgo de neoplasia: “equal risk, equal management”, con independencia del estado vacunal.

La implantación será progresiva en 4 años desde 2023, empezando por las cohortes de edad de mayor riesgo (≥35 años) y terminado en 2026 con las < 35 años. Se iniciará citando a mujeres que les corresponda el cribado según registro de CO previo, quedando incorporadas al CP a partir de este momento. En 2026 se incluirá el test VPH en mujeres de 30-34 años si la cobertura de vacunación VPH alcanza el 70% y se consigue estabilidad del programa.

CONCLUSIONES

La CM consensua con todos los profesionales implicados un Documento marco de su Programa de CP de CC, CERVICAM, que permite definir su desarrollo e implementación.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LAS DONANTES DE LECHE MATERNA

MARTA CABRERA LAFUENTE ; ESPERANZA ESCRIBANO PALOMINO ; CONCEPCION JIMENEZ GONZALEZ ; NADIA RAQUEL GARCÍA LARA ; BEATRIZ FLORES ANTON ; ADELINA PELLICER MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

ID: *6574*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Palabras clave: *Donación leche materna Encuestas de satisfacción Aplicación informática*

INTRODUCCIÓN

Desde la apertura del Banco Regional de leche materna (BRLM) en el 2013, las donantes debían desplazarse al banco para entregar su donación cada 15 días. De las encuestas de satisfacción realizadas a las donantes surge la necesidad de facilitarles el proceso de donación mediante la recogida a domicilio de la leche. Durante el 2020 se pone en marcha el servicio de recogida a domicilio (SRD) gracias a la colaboración de una Fundación. Para reducir la carga de trabajo de los profesionales, los errores de transcripción y agilizar la gestionar citas se desarrolla una aplicación informática implantada en 2021.

OBJETIVOS

Evaluación de la satisfacción de las donantes en relación al SRD y aplicación informática así como a los clientes internos tras la implantación.

MÉTODOS

Encuestas anuales a las donantes tras finalización de su donación. Encuestas a transportista, profesionales de los centros y la Fundación sobre SRD y aplicación informática.

Recogida de los indicadores relacionados con el subproceso.

RESULTADOS

Encuestas de satisfacción a las donantes sobre el SRD:

El nivel de satisfacción global con el SRD en el 2020 fue del 100% satisfecho o muy satisfecho. En el 2021 de satifacción fue d e l 97%, satisfecho y muy satisfecho.

Encuesta de satisfacción a las donantes y a los clientes internos (profesionales de los centros, transportista y Fundación) sobre la App pre y postimplantación:

- **Donantes**: Elevado grado de satisfacción sin apreciarse diferencias pre y postimplantación.
- **Centros**: Mejoría de los resultados en cuanto al tiempo dedicado en gestión de las citas, reducción de los errores y mejora en la comunicación con las donantes y transportista.
- **Transportista y Fundación**: Reducción de los tiempos en organizar ruta y recogidas

Indicadores de uso de SRD y donación media fue: Año 2020: 67% donantes y 7.6 litros por donante.

Años 2021: 89% donantes y 6.8 litros por donante.

CONCLUSIONES

Los estudios de opinión son una herramienta de calidad que permite mejorar y evaluar los procesos tras su implantación. La tecnología diseñada y adaptada al proceso de SRD reduce tiempo, carga de trabajo y errores en la gestión de las citas.

DESCOORDINACIÓN ENTRE CENTROS DE URGENCIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

LEONARD BERGADA; MERITXELL DURAN; CRISTINA FRANCO CAÑELLAS; ELISABETH JUFRESA BLANCH; JÚLIA FERNÁNDEZ ABOS; VICENTA GARRIDO VALERO
CENTRO DE TRABAJO: SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (CATSALUT)

ID: *6577*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Mejora eficiencia procesos urgencias atención primaria*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del Plan, es la mejora de la relación de la Atención Primaria con otros dispositivos asistenciales. En este contexto los profesionales detectan oportunidades de mejora en la coordinación entre los Centros de Atención Primaria (CAP) y los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP), ya que este circuito genera ineficiencias para el usuario y para el profesional actualmente implicado. La gran variabilidad de funcionamiento entre estos centros implicados en los circuitos y la falta de consenso de los estándares hace aflorar una problemática importante en la gestión interna. En consecuencia, esto genera desconocimiento y desinformación a los usuarios.

OBJETIVOS

Definir los circuitos organizativos y establecer canales de comunicación eficientes entre los dispositivos.

MÉTODOS

En el proyecto participan profesionales de distintos roles, sanitarios y administrativos pertenecientes a los dos dispositivos, además de estar acompañados por un equipo focalizado en la mejora de la eficiencia del proceso en el sector sanitario.

Con el análisis del mapa de valor se identifica el funcionamiento actual y se identifican las oportunidades de mejora: Comunicación entre centros inexistente o muy poco ágil.

Redireccionamiento de pacientes a otros centros de forma inadecuada Falta de planificación de pruebas o visitas

RESULTADOS

Una vez realizadas las distintas sesiones de trabajo las líneas de acción son:

- Estandarización de la comunicación, determinando canal y forma Mejora en los procesos internos
- Cooperación entre los profesionales del sistema
- Mejora de la experiencia de paciente en todo el proceso de seguimiento

CONCLUSIONES

Una vez aplicados los cambios se ha observado que los flujos de trabajo globales son más eficientes debido a la eliminación de toda la variabilidad en los procesos originados en cada uno de los centros implicados mediante una estandarización consensuada. El siguiente paso será la continuación de este aplicando posibles mejoras para lograr los resultados deseados y mejorar la experiencia del paciente.

CONDICIONANTES DE LA DEPRESCRIPCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

CARMEN DOMÍNGUEZ LORENZO ; PILAR AIRA FERRER ; ISABEL GARCÍA VERDE ; CONSUELO TOSAO SÁNCHEZ ; CRISTINA GONZALVO TOJAR ; ALBERTO GARCÍA GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: ESAPD

ID: *6580*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Deprescripción*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Cuidados paliativos, deprescripción, calidad de vida*

JUSTIFICACIÓN

Se entiende como deprescripción el proceso de interrupción de fármacos en situaciones en las que el daño real o potencial supera los beneficios en el contexto de enfermedad del paciente, teniendo en cuenta su estado clínico, funcional, y también sus valores y preferencias. Los pacientes al final de la vida acumulan una alta carga sintomática, tanto los oncológicos como los pacientes en situación de cronicidad avanzada. Los objetivos terapéuticos cambian en estos pacientes para adecuarlos al confor y al control sintomático, introduciendo en concepto de futilidad si los fármacos son inapropiados para obtener un beneficio a corto plazo en la calidad de vida. De ahí la importancia de incorporar la deprescripción como un ítem más en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Evaluar la potencial asociación entre distintas variables y la existencia de deprescripción en pacientes atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Palitativa Domiciliaria (ESAPD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes en programa ESAPD en 2019 y fallecidos en domicilio durante el seguimiento. Para estudiar la asociación entre distintas variables independientes y la existencia de deprescripción se utilizó un modelo de regresión logística.

RESULTADOS

Se estudiaron 137 pacientes a la entrada en programa, con un 80,3% de polifarmacia y un 61,3% de prescripción inadecuada de medicamentos (PIM). En el módelo utilizado, se objetivó una correlación entre deprescripción en 1ª visita y polifarmacía, edad y que el paciente se encontrase en situación de últimos dias. La existencia de PIM en 1ª visita predice directamente el que se produzca deprescripción. No se encontró asociación con el índice Frágil-VIG, el Barthel, el tipo de patología o el estar institucionalizado.

CONCLUSIONES

Se confirma en el presente estudio una alta prevalencia de polifarmacía y PIM en los pacientes al final de la vida. Las asociaciones encontradas con la existencia de deprescripción fueron la polifarmacia, la PIM, la edad y que el paciente tuviera una supervivencia estimada de días. Son necesarios estudios prosprectivos para identifiar asociaciones con otras variables.

DESPLIEGUE DEL MODELO DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

JESÚS MARTÍNEZ PÉREZ; ROSER MARTÍN CAMPOS; DANIEL LÓPEZ TORRES; JULIA SALVADOR LODOSA; MARÍA CRISTINA PÉREZ CONESA; SOLEDAD ROMEA LECUMBERRI
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON

ID: *6581*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Safety Management Risk Management Patient Safety*

JUSTIFICACIÓN

Cambiar la cultura de Seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias no es fácil. Pasar de una cultura punitiva, en la que el profesional es el responsable del error, a otra, en que el error es una oportunidad de aprendizaje que permite mejorar nuestros procesos, es complejo y difícil. Nuestro hospital es un centro terciario de referencia con más de 1100 camas y 7000 profesionales. Disponemos de todas las especialidades médicas y damos atención desde antes del nacimiento, hasta las etapas finales de la vida adulta. Hay 4 edificios de ingreso y hasta 17 de actividades ambulatorias y de soporte (cirugía sin ingreso, consultas, laboratorios…), y está organizado por áreas de conocimiento.

OBJETIVO

Desplegar nuestro modelo de seguridad del paciente (prevención, respuesta y seguimiento) a toda la organización, para cambiar el paradigma de la cultura de seguridad del paciente, a una cultura trasparente, justa, no punitiva y de aprendizaje, implicando a todos los profesionales y liderado por el Comité de Dirección.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un estudio quasi-experimental pre-post para analizar una intervención basada en la implementación del modelo de seguridad del paciente en todas las unidades de nuestro hospital. En primer lugar, la Dirección autorizó una estructura formada por: la Comisión de Seguridad del paciente de carácter estratégico; la Unidad de Seguridad de carácter operativo y de soporte, encargada de desplegar el modelo; y los referentes de seguridad, profesionales lideres expertos y reconocidos en su área de conocimiento, encargados de difundir la cultura y el modelo de seguridad y gestionar incidentes. La intervención consistió en desplegar el modelo en 36 áreas de conocimiento, en las que se identificaron 297 referentes de seguridad. En cada área se programaron 3 reuniones con los referentes con objetivos previos bien definidos: reunión inicial (kick-off) para explicar el modelo, las funciones de los referentes y formas de organización interna; y 2 reuniones de seguimiento, para recibir feed-back (dificultades de implantación) y valorar resultados (incidentes reportados y resueltos, acciones de mejora implementadas).

RESULTADOS

Hasta la fecha se ha desplegado el modelo en 12 Áreas de Conocimiento. Los datos preliminares de 8 unidades muestran que el promedio de incidentes notificados pre-post intervención se ha multiplicado por 2,8 (rango 1,8-5,5), pasando de 3,4 notificaciones promedio mensuales (rango 0,9-7,7) a 9,6 (rango 2,5-17).

CONCLUSIONES

Nuestra estrategia de despliegue es efectiva, porque aumenta el nº de notificaciones de incidentes de seguridad en las áreas del hospital implantadas. Significa que los profesionales entienden el cambio de paradigma sobre la cultura de seguridad, hacen visibles los incidentes y los consideran una oportunidad de mejora, para aprender de los errores. Disponer de referentes de seguridad contribuye a desplegar nuestro modelo y fomenta la cultura de seguridad entre profesionales.

INSTRUCCIÓN TÉCNICA PARA LA PREPARACIÓN DE BOLOS DE EMERGENCIA EN LAS UCIN CON DISPOSITIVOS CON ESPACIO MUERTO.

NEREA RUIZ GARCÍA ; PAULA SÁNCHEZ LAFUENTE ; ELENA AMADOR LÓPEZ
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6586*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Espacio muerto Paciente neonatal Medicación de emergencia*

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe una carencia de material sanitario específico para la población pediátrica. Uno de los ejemplos más claros es la ausencia de presentaciones de fármacos adaptadas a este colectivo.

Los más vulnerables son los neonatos. Para poder alcanzar las dosis requeridas a unos volúmenes manejables, es necesario llevar a cabo diluciones que incrementan el riesgo de cometer errores y de contaminación de la preparación.

La probabilidad de cometer estos errores es más frecuente en unidades especializadas como las de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. Son eventos adversos relacionados no solo con la posibilidad de error en el proceso de dilución sino por la presencia del espacio muerto y suponen un riesgo de infra/sobredosificación y un incremento de la morbi/mortalidad.

La seguridad es un principio fundamental de la atención sanitaria y, por tanto, ante esta situación, es un deber ético promover instrucciones para alcanzar la máxima precisión en la preparción de medicación

OBJETIVOS

Objetivo general: Evitar errores en la preparación de la medicación de emergencia en la UCIN Objetivos específicos:

- Estandarizar técnicas enfermeras, unificando criterios y modos de actuación
- Fomentar un cuidado de calidad y un ambiente de seguridad
- Establecer una pauta docente respecto a esta instrucción
- Describir el proceso de preparación de bolos de adrenalina, atropina, midazolam, fentanilo y rocuronio en la UCIN con material con espacio muerto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Definimos una instrucción técnica que estandariza los pasos para tener la máxima precisión en la preparación de bolos de emergencia, teniendo en cuenta los espacios muertos del material disponible.

Establecemos como medicación vital y de máximo riesgo en la UCIN los siguientes fármacos: adrenalina, atropina, fentanilo, midazolam y rocuronio.

Determinamos los pasos a seguir para obtener la máxima exactitud, su identificación, estabilidad, localización física y medidas de asepsia.

Incluimos una formación periódica (anual) al respecto, obligatoria para todo el personal de nueva incorporación.

RESULTADOS

Incorporamos esta Instrucción técnica en marzo 2022. Su evaluación está basada en la realización de simulacros periódicos, donde todo el equipo demuestra su actualización profesional y conocimiento de las instrucciones técnicas y guías de actuación del servicio.

CONCLUSIONES

Como profesionales enfermeros somos el último eslabón de la cadena en la administración de medicación, pero no podemos olvidar, que se trata de un acto con la corresponsabilidad de otros profesionales: farmacéuticos, diseño de los dispositivos, pautas médicas, responsables de compras, etc. Es una cuestión cuya solución está en manos de los responsables del “principio de la cadena”.

Como enfermeros, habiendo identificado esta necesidad, aportamos nuestra propuesta, a la espera de las mejoras necesarias en otros ámbitos, como la fabricación de material adaptado a nuestros neonatos.

MEJORA DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DESEO REPRODUCTIVO NO CUMPLIDO

NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ [1]; GEMA MAGDALENO DEL REY [2]; JUAN CÁRDENAS VALLADOLID [1]; MARTA GARCÍA ALVARADO [3]; CORAZÓN HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ [4]; SILVIA INIESTA PÉREZ [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] CENTRO DE SALUD GENERAL FANJUL, [3] GERENCIA DE HOSPITALES, [4] HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, [5] HOSPITAL LA PAZ

ID: *6589*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *reproducción humana asistida, esterilidad.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años en España la tasa de natalidad y el indicador coyuntural de fecundidad (número de hijos por mujer) sigue una tendencia decreciente, y la edad media de la maternidad ha ido en ascenso. Las tasas de esterilidad (14-16%) y el actual contexto social en el que existen nuevos modelos de pareja y familia (mujeres sin pareja, parejas de mujeres del mismo sexo, personas transexuales con capacidad de gestar) hacen necesarias técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) para conseguir descendencia. Es necesario establecer actuaciones para fomentar la natalidad y facilitar el acceso a las técnicas de RHA.

OBJETIVOS

Agilizar el acceso a las consultas de RHA de las mujeres con deseo reproductivo no cumplido, realizando una derivación directa desde Atención Primaria. Facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz de problemas de fertilidad. Favorecer la libre elección de hospital donde la persona desea recibir la prestación. Favorecer el intercambio de información clínica entre los diferentes ámbitos asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se creó un grupo multidisciplinar (ginecólogas, matrona, técnicos de calidad y de sistemas de información) de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) que aplicó la metodología de mejora continua (PDCA). Se tomó como base el marco normativo relativo a RHA, que establece los criterios de acceso a estas técnicas en el sistema público de salud. Se realizó un análisis de los problemas de accesibilidad por parte de las ciudadanas, y los problemas de índole funcional de los profesionales de AP y de AH. Se diseñó un plan de acción que incluyó la formulación de criterios de derivación desde AP a las consultas de RHA; la creación de un protocolo específico de registro en la historia clínica electrónica (HCE) de Atención Primaria; la inclusión de una nueva prestación monográfica en la HCE de AP para la derivación a los hospitales; y la realización de los desarrollos funcionales para la visualización de la información en la HCE hospitalaria.

RESULTADOS

Se implementaron las actuaciones contempladas en el plan de acción: Elaboración de criterios de derivación consensuados entre AP y AH.

Diseño e implantación en los 262 Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de un protocolo de registro informático en la HCE de AP que incluye los criterios de derivación.

Creación de una nueva prestación monográfica en la HCE de AP para derivación a las unidades de RHA, disponible en 15 hospitales de la Comunidad Autónoma, con posibilidad de libre elección de hospital por parte de las ciudadanas.

CONCLUSIONES

La derivación directa desde AP a consultas de RHA agiliza el acceso al diagnóstico precoz y a las técnicas de RHA de las mujeres con infertilidad o con deseo reproductivo no cumplido. Estas medidas pueden contribuir a la mejora de la tasa de natalidad.

LISTA DE VERIFICACIÓN EN EL TRASLADO Y TRANSFERENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

JULIA SALVADOR LODOSA; AROA LÓPEZ MARTIN; BELEN FERNANDEZ TORRON; CRISTINA MURILLO PEREZ; MARC CASTRO FERRER; ELENA ESTER MARTIN NIÑO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

ID: *6590*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Listas de verificacion, seguridad del paciente, traslado de paciente*

JUSTIFICACIÓN

En nuestro hospital de alta tecnología, durante los años 2019 y 2020 hubo 108 notificaciones de incidentes relacionadas con el traslado de los pacientes, de los cuales el 50% (54) de ellos, correspondían a incidentes notificados des del servicio de urgencias relacionado con el traslado de pacientes a pruebas diagnosticas. La comunicación de los profesionales, el mantenimiento de los dispositivos terapéuticos y las transferencias de los pacientes eran las principales causas.

Implantar la lista de verificación para el traslado de los pacientes, surgido del procedimiento que engloba la estandarización del traslado y la transferencia de los pacientes; es una práctica segura que contribuye a que todos los profesionales que los atienden, a más a más de comprobar su estado general, garanticen la integridad de los dispositivos así como mejorar la comunicación entre ellos.

OBJETIVO

Implantar la lista de verificación en el traslado de los pacientes adultos portadores de dispositivos terapéuticos, ubicados en urgencias que precisen trasladarse para la realización de un TAC (Tomografía Axial Computorizada).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron las características de los incidentes notificados relacionados con los traslados de pacientes en el servicio de urgencias y radiología durante el período de 2020-2021. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar que realizaron 8 reuniones para elaborar el procedimiento deL traslado y transferencia, que incluye la lista de verificación.

Prueba piloto de 1 mes para implantarlo.

RESULTADOS

Se elaboró el procedimiento de traslado y transferencia segura del paciente, que incluye el manejo de los dispositivos, el circuito del flujo de pacientes, la lista de verificación de control de los dispositivos y un video que ilustra el procedimiento completo.

De la prueba piloto, donde se obtuvieron 306 lista de verificación, se reportaron 21 incidencias de los cuales 15 fueron relacionados con los accesos venosos, 4 relacionados con material de transporte y 2 relacionados con problemas de comunicación.

Tras la prueba piloto; se obtuvieron un total de 18 encuestas de satisfacción de los profesionales asistenciales sobre la implantación de la lista de verificación. Como resultado más relevante, destacar que un 47'8% de los profesionales asistenciales manifestaban que antes de la implantación, se encontraban casi diariamente incidentes relacionados con los dispositivos; y solo un 11'8% de los profesionales seguían pensando después de la implantación, que se encontraban diariamente con incidentes.

CONCLUSIÓN

La implantación de la lista de verificación, ha contribuido a mejorar la seguridad de los pacientes portadores de dispositivos, puesto que todos los profesionales que intervienen durante su traslado y transferencia conocen el mismo estándar para su manejo, aumentando así su satisfacción en la atención asistencial que ofrecen.

PLANIFICANDO LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

CARMEN GARCÍA CUBERO [1]; CARMEN JIMÉNEZ GÓMEZ [2]; DAVID RODRÍGUEZ MORALES [2]; SUSANA DE JUAN GARCÍA [3]; JOSÉ DAVID CERDEÑO ARCONADA [2]; SONIA JIMÉNEZ AGUILAR [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, [2] UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, [3] H.I.U. NIÑO JESÚS

ID: *6592*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *Cronicidad, gestión, calidad, niño*

INTRODUCCIÓN

En 2018, enmarcado en la Estrategia de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, se implantó en todos los hospitales y centros de salud de nuestra Comunidad el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC) para dar respuesta a los pacientes más vulnerables y con mayor complejidad. Aunque planteaba un abordaje independientemente de la edad y las patologías del paciente, la comunidad científica que abordaba a los pacientes en edad pediátrica, pronto planteó la necesidad de valorar si el PAIPCC daba respuesta a los pacientes pediátricos o se requerían actuaciones y coordinaciones más específicas.

OBJETIVO

Identificar si la atención al niño con patología crónica y complejidad presenta características propias por las que se precisara adaptar el PAIPCC al paciente pediátrico.

Desarrollar e implantar el Proceso asistencial del niño con patología crónica y complejidad (PAINPCC), adaptación del PAIPCC al niño.

Crear estructuras funcionales locales de cada hospital con los centros de salud que adapten e implanten el PAINPCC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una jornada de trabajo con la participación de más de 50 profesionales, de diferentes ámbitos asistenciales, que intervienen en la atención del niño, con la participación de sociedades científicas. En esta jornada y tras una exposición inicial del PAIPCC y de la atención a los niños crónicos complejos en hospitales y atención primaria, se establecieron grupos de trabajo que analizaron los elementos que se ponen en marcha en el PAIPCC y su adecuación al niño. La jornada finalizó con una puesta en común en la que se acordó adaptar el proceso asistencial al niño con patología crónica y complejidad.

Posteriormente, 30 de los profesionales participantes de la jornada de trabajo, con la coordinación estratégica por parte de expertos en metodología de calidad y una coordinación técnica de profesionales de hospitales y primaria, elaboraron el PAINPCC entre los años 2019 y 2020. Participaron pediatras, médicos de atención primaria, enfermeras y trabajadoras sociales.

RESULTADOS

Tras un largo periodo de trabajo, dificultado por la pandemia de COVID-19, y tras su revisión, el documento del PAINPCC fue concluido a finales de 2021.

Para facilitar su implantación y adaptación a la realidad de cada hospital con sus centros de salud, se definieron y crearon en cada uno de ellos las Subcomisiones de pediatría, lideradas por los Directores de Continuidad Asistencial, con participación de las Direcciones Asistenciales de atención primaria y profesionales de ambos ámbitos, además de realizar una formación de formadores que permita dar a conocer el PAI a todos los profesionales de nuestra Organización.

El documento fue presentado el día 25 de mayo de 2022.

CONCLUSIONES

Las herramientas de calidad facilitan la gestión de grupos de trabajo para dar respuesta a qué tenemos, qué queremos y qué nos falta.

EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NECESIDADES SOCIOSANITARIAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

JUANA MARIA MARIN MARTINEZ; MARÍA LUZ MARTÍNEZ MARTÍNEZ; JULIO JOSÉ LÓPEZ PICAZO; INMACULADA VIDAL- ABARCA GUTIERREZ; ROXANA ROJAS LUÁN; ANTONIA DEL AMOR CANTERO SANDOVAL
CENTRO DE TRABAJO: SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6594*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales sanitarios han de colaborar con los profesionales del ámbito social para ofrecer una atención integral a las necesidades de las personas enfermas, siendo clave para ello los servicios de urgencias para detectar y atender a las personas vulnerables, estableciendo estrategias que permitan la atención Integral de personas/pacientes vulnerables o con Riesgo Sociosanitario, especialmente para:

- Hacer diagnóstico social.
- Evitar alargar la estancia en el hospital
- Localizar, concienciar y atender a familiares
- Informar y coordinar sobre prestaciones y recursos sociales disponibles.
- Coordinar con otras instituciones
- Gestionar recursos o traslados. OBJETIVOS

Evaluar el procedimiento de detección de necesidades sociosanitarias Identificar preguntas fáciles que detecten necesidades sociosanitarias Generar una interconsulta rápida y automática al trabajador social

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional restrospectivo descriptivo.

Analizar 6 meses previos a la implantación del protocolo (1 abril-30 septiembre 2021) y 6 meses posteriores (1 octubre 2021 a 31 marzo 2022)

Protocolo constaba de 4 fases:

- La primera fase cuyo objetivo era identificar factores de riesgo psicosocial, se crean 4 preguntas que se añaden al formulario de historia clínica:
  - ¿Vive acompañado? SI/NO
  - ¿Recibe ayuda cuando está enfermo o en cama? SI/NO
  - ¿Tiene un domicilio que reúne condiciones para su cuidado? SI/NO
  - ¿Puede volver a casa sin problemas? SI/NO
- Realizar la interconsulta a la trabajadora social, la cual se genera automáticamente cuando se responde “NO” a cualquiera de las 4 preguntas previas
- El trabajador social evalúa las necesidades detectadas
- El trabajador social evalúa las opciones a las necesidades detectadas y pone en marcha las más adecuadas Indicadores creados:

Nº de pacientes con necesidades sociosanitarias detectados Nº de interconsultas

Nº de intervenciones

RESULTADOS

Interconsultas previas al procedimiento 75 Interconsultas postprocedimiento 187

Intervenciones 98 personas 52, 63%,

88 personas no precisan intervención (47,36%) en un 80% por error de detección de la pregunta “vive solo” ya que era una persona autosuficiente, el 15% tenían ya atención su trabajador social de zona y un 5% miscelánea

CONCLUSIONES

El número de interconsultas realizadas al trabajador social han aumentado más del 50% y con ello su número de intervenciones

Es necesario crear una repregunta a la pregunta de “vive solo” para evitar las interconsultas innecesarias

Esta herramienta interconsulta automática es eficaz para detectar las necesidades sociosanitarias de los pacientes urgentes y facilita su abordaje integral, a la vez que es sencilla de realizar para el clínico

Hay que evaluar las intervenciones más frecuentes realizadas para establecer objetivos sobre ellas específicos

PROYECTO RCP-URGENCIAS: RECUPERAR EL CUIDADO DE LAS PERSONAS

ANTONIO RUIZ GARCÍA ; ASEL ARGANCHIEVA ; CARLOS FRANCO ; JUAN RAMÓN GARCÍA SÁNCHEZ ; ISRAEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ ; EMILIA MANCEBO VELÁZQUEZ DE CASTRO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VITHAS ALMERÍA

ID: *6602*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *calidad percibida, experiencia paciente, urgencias*

JUSTIFICACIÓN

Históricamente las organizaciones sanitarias han centrado sus esfuerzos principalmente en la calidad técnica de sus tratamientos y en la calidad científica de sus profesionales, no teniendo en cuenta la calidad percibida por los pacientes.

En un entorno cada vez más competitivo es necesario establecer elementos medibles que diferencien la visión que tienen los pacientes del tratamiento recibido, principalmente en el servicio de urgencias que es una de las puertas más sensibles de acceso a la atención sanitaria.

Este cambio de paradigma hace que los esfuerzos vayan más allá de proporcionar un tratamiento de calidad y se busque proporcionar una experiencia completa que dé respuesta a las expectativas del paciente, y que estos se conviertan en promotores de la organización.

OBJETIVOS

Objetivo principal: mejorar la calidad percibida en accesibilidad, instalaciones, atención, trato y valoración global. Objetivo secundario: aumentar el porcentaje de promotores del servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la obtención de los datos primarios se ha utilizado la herramienta Indaga Analytics de FBA Consulting, que permite conocer en tiempo real la satisfacción de los pacientes mediante el envío de encuestas al teléfono móvil o correo electrónico.

Estas encuestas miden la calidad percibida de 1 a 5, abarcando: Accesibilidad

Instalaciones

Atención y trato

Valoración global y comentarios

Finalmente el porcentaje de promotores se determina con la pregunta “¿Usted recomendaría el centro a un familiar o amigo?”, valorándose de 1 a 10.

Detractores (puntuaciones de 0 a 6)

Pasivos (valoración de 7 u 8)

Promotores (9 ó 10)

Con este valor se halla el NPS (Net Promoter Score): NPS = % promotores - % de detractores.

Estas encuestas han sido analizadas en las comisiones mensuales de experiencia del paciente para el establecimiento de acciones de efecto rápido o “Quick wins”, o para el establecimiento de planes de acción a más largo plazo.

Por último, se ha realizado un taller de experiencia paciente en urgencias, con personal del servicio, responsables del hospital y con pacientes reales que han pasado por el servicio, estableciéndose acciones de mejora.

RESULTADOS

El estudio se inicia en agosto de 2021 y finaliza en junio de 2022. Se parte de un valor de NPS de 0, donde el número de detractores es igual al número de promotores. Tras el establecimiento de un plan de acción integral se consigue aumentar el valor hasta un máximo de 58, manteniéndose en la actualidad en una media de 50 puntos. Este aumento ha sido proporcional al aumento de la calidad percibida en todos lo aspectos estudiados.

CONCLUSIONES

Estableciendo un programa de revisión periódica de las encuestas de satisfacción y creando grupos de trabajo multidisciplinares con personal asistencial, no asistencial, equipo directivo y sobre todo con pacientes, es posible aumentar el número de promotores y la calidad percibida de los servicios de urgencias.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS DE PROFESIONALES EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19

GRETA AMAT BAEZA ; ANA GÓMEZ SANTANA ; INMACULADA LÓPEZ CARRILLO ; CARMEN SAA REQUEJO ; ANGELICA ORTEGA TORRES ; CRISTINA GARCÍA FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA

ID: *6607*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, control de la infección, higiene de manos*

Las manos de los profesionales juegan un papel importante en la transmisión de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). La higiene de manos (HM) es el método más simple y efectivo para reducir las IRAS. Se analizó la flora microbiológica transitoria en las manos de profesionales antes y después de HM y en objetos de uso frecuente en periodo de ola de COVID-19 en enero 2022 y un periodo sin ola COVID-19 en abril de 2022). Se realizaron en total 80 improntas de manos (antes/después) así como muestreo de 17 objetos de uso cotidiano. El objetivo de este estudio es describir las diferencias observadas en la calidad de la higiene de manos en dos periodos epidemiológicos distintos.

En todas las manos antes de la HM, así como en 13 objetos de enero como en todos los de abril se aisló flora habitual de la piel. Además, en uno de los objetos se aisló un Aspergillus. El cultivo microbiológico de las muestras recogidas tras la higiene de manos fue negativo en un 55% en el primer periodo y en un 20% en el segundo. En el período de ola COVID-19 de enero 2022 la negativización de las muestras tras HM fue un 35% mayor (IC 95% 0,07-0,63) que en el periodo sin ola COVID-19 de abril 2022, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En 2 de las 15 muestras de objetos recogidas en enero el cultivo microbiológico fue negativo. En ninguna de las 12 muestras de objetos recogidas en abril el cultivo microbiológico fue negativo.

Los datos manifiestan la importancia de realizar una adecuada limpieza y desinfección de manos y objetos de uso habitual durante la asistencia sanitaria independientemente de la percepción del riesgo derivado de la COVID-19 y la necesidad de seguir impulsando la HM en los 5 momentos que establece la OMS y con la técnica adecuada.

IMPORTANCIA DE LA LABOR ADMINISTRATIVA EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS NO PRESENCIALES

RUBÉN SALADO GIL ; DANIEL JIMENEZ CASTILLO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6612*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La presión asistencial hace necesario explorar nuevas vías y métodos de trabajo para poder dar respuesta a las necesidades del paciente, sin merma en la calidad percibida por el mismo ni la calidad objetiva del servicio.

En este sentido, el concepto de prevención y las nuevas tecnologías nos ayudan a replantear no sólo la metodología sino la organización de los ciclos de trabajo, generando nuevas e importantes oportunidades de optimización organizativa.

Dada la situación actual de colapso en la atención médica, es indispensable generar cauces de fluidez que permitan una agilización en la atención de los servicios y, a su vez, mayor implicación de los pacientes en el conocimiento de sus propias patologías. Gracias a la nueva organización administrativa, estos aspectos cobran gran importancia.

OBJETIVOS

En el ámbito de INDIZEN y TELEDERMA: aumentar la eficacia y optimización de tiempos de espera; agilizar diagnósticos y tratamientos, mejorar la experiencia y percepción del paciente, lograr la reducción y optimización de segundas consultas y costes derivados de las mismas y permitir mayor fluidez en el tránsito de peticiones generadas desde Atención Primaria.

En lo relativo a las CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN, su razón de ser se sustenta en la anticipación y la prevención de enfermedades importantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Protocolos programados.

Desarrollo informático a través de técnicas de programación y Big Data. Equipo administrativo.

RESULTADOS

Optimización en los tiempos de respuesta.

Reducción considerable de segundas consultas y sucesivas sin merma en la calidad del servicio.

Desarrollo de técnicas y avances digitales que permiten mayor conocimiento y autonomía al paciente, en consonancia con la atención de primera mano del especialista.

CONCLUSIONES

La mejora objetiva en los tiempos de respuesta, reducción de consultas para la detección de necesidades del paciente y mejora de la calidad percibida por el mismo, con una significativa reducción de consultas y gestiones realizadas por su parte, garantizan la eficacia del nuevo método y nos conducen a reorientar los recursos disponibles en este sentido.

El paciente comprende y valora la pro actividad previa a la consulta que le brinda el equipo administrativo encargado de gestionar sus pruebas y analíticas previas a la misma, reorientándole a la consulta de enfermería o monográfica más adecuada para él, y agilizando el posible diagnóstico y tratamiento además de ahorrarle, al menos, una cita en el proceso. Durante todo el año 2021 no se han producido quejas ni reclamaciones en este sentido, lo que avala la buena acogida del método y el buen hacer del equipo administrativo, que ha sido capaz de transmitir y reorientar al paciente. En la actualidad, la integración del paciente en los procesos de transformación digital donde se personaliza todo lo referente a su salud, permite junto al especialista, ser partícipe en el conocimiento de sus seguimientos clínicos.

TEST DE USABILIDAD IN SITU PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE EXTRACCIÓN INFORMATIZADO

PATRICIA CORRO MADRAZO [1]; LAURA HERRERO URIGÜEN [2]; M. ANA BATLLE LÓPEZ [3]; MARINA CANO IGLESIAS [4]; MARIA ORO FERNÁNDEZ [5]; LOURDES ESCOBAR HOYOS [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, [2] FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA (IDIVAL), [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, [4] FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA (IDIVAL, [5] SUBDIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA

ID: *6613*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *FACTOR HUMANO, SEGURIDAD, EXTRACCIÓN*

INTRODUCCIÓN

Según el estudio ENEAS un 25-30% de errores del laboratorio llegan a paciente y un 6-10% causan efectos adversos(75-84% evitables). La Ingeniería de Factor Humano (IFH) es la disciplina científica relacionada con la comprensión de las interacciones entre personas y elementos del sistema en el que trabajan, con el fin de optimizar el bienestar humano y mejorar la seguridad. En este proyecto perseguimos aplicar la IFH para tener en cuenta limitaciones, capacidades y preferencias de paciente y profesional a la hora de implantar un nuevo proceso de trabajo y tecnología para conseguir la informatización del proceso de extracción.

OBJETIVO

Desarrollar una estrategia que facilite la implantación de un nuevo proceso y tecnología sanitaria asociada (sistema de información), que permita un proceso de extracción de muestras desde la vertiente del profesional y del paciente, aumentando la confianza y la seguridad.

METODOLOGÍA

Se realizó estudio de usabilidad en la implantación del proceso de extracción informatizado en planta Medicina Interna con zona Covid. Contamos con 2 tablets, 1 ordenador portátil y 3 impresoras portátiles para impresión de etiqueta identificativa de paciente. Creamos un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por clínicos, gestores e ingenieros en IFH, donde aplicaron conocimientos de distintas ramas de conocimiento. Durante el piloto, se aplicaron herramientas metodológicas de IFH que apoyan el conocer el sistema de trabajo implicado en el proceso de extracción y afectado por cualquier elemento:1º observación etnográfica: trabajo previo de conocimiento del entorno y usuario2º Evaluación de usabilidad: técnica de investigación observacional donde el usuario forma parte de la evaluación. Ésta se realizó in situ en el entorno real de trabajo, de forma que expertos en FH observaban las tareas habituales del proceso y recogían datos acerca de la facilidad de uso e incidencias.

RESULTADO

Tras la observación y el test de usabilidad de circuitos y dispositivos, se ha obtenido información útil para mejorar la configuración de la tecnología y la adaptación del proceso al trabajo real. Se define el carro de extracción según el punto a extraer, con la estación clínica e impresora portátil, que permite sustituir etiquetas preimpresas por etiquetas personalizadas para cada paciente y muestra. El módulo de extracciones permite registrar la actividad de la enfermería, incluir incidencias, impresión de etiquetas en remoto y explotación de datos para desarrollo de indicadores.

CONCLUSIÓN

El nuevo proceso ha tenido una gran acogida. Desde asistencia sanitaria, se ha conseguido reducir el tiempo de resultados y de errores de identificación. Mejora en la calidad del registro, en trazabilidad del proceso, además de una mayor seguridad del trabajo del profesional. Tras piloto y los buenos resultados obtenidos, se ha iniciado la informatización de la extracción, bajo el prisma del FH, en el resto de la organización sanitaria

MEJORA DE LA COORDINACIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MERITXELL DURÁN RAMENTOL
CENTRO DE TRABAJO: SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

ID: *6616*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del Plan es actuar sobre la resolución en el proceso asistencial. En este contexto, profesionales de diversos Equipos de Atención Primaria, acompañados de un equipo de mejora de procesos, han resaltado la importancia de una buena coordinación entre los integrantes que forman la unidad básica asistencial (UBA).

En los circuitos organizativos donde interaccionan estos profesionales se detecta variabilidad en la gestión, falta de definición y estandarización de estos, lo que muchas veces provoca duplicidades en las tareas, interrupciones e incluso genera malestar entre los miembros del equipo. Consecuentemente también causa un impacto directo en el usuario y, por lo tanto, se detecta la necesidad de revisar estos circuitos y definir la forma más eficiente de dar esta atención.

OBJETIVOS

Identificar los circuitos primordiales para una buena coordinación entre los integrantes que conforman la UBA. Analizar y estandarizar los circuitos organizativos. Finalmente, dimensionar el tiempo requerido para la puesta en marcha de estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los pasos realizados con diversos Equipos de Atención Primaria han sido los siguientes:

- Identificación y análisis de los circuitos que requieren una buena organización entre los profesionales de la UBA
- Creación de las UBA con cargas asistenciales uniformemente distribuidas
- Propuesta de mejora de los circuitos para que sean más eficientes, estandarizando las tareas asociadas a cada circuito y el profesional responsable
- Dimensionar la carga de trabajo ocasionada por estos nuevos circuitos
- Establecer un espacio físico y en agenda de comunicación entre los miembros de la UBA, así como también la frecuencia de estas reuniones y el contenido

RESULTADOS

A nivel cuantitativo, se espera obtener una mejora en los siguientes indicadores:

- Disminución de la frecuentación por parte del usuario
- Aumento de la longitudinalidad lo que conlleva un aumento del Estándar de Calidad Asistencial
- Disminución en las duplicidades de visitas

A nivel cualitativo, se espera también fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre los profesionales de la UBA logrando mejorar la satisfacción entre los profesionales.

CONCLUSIONES

Se han analizado distintos circuitos concluyendo que, si se potencia la comunicación y coordinación entre los integrantes de la UBA, se reducen las ineficiencias iniciales tanto de los usuarios como de los profesionales implicados, aumentando la resolución y, en algunos casos, obteniendo un mejor control de la patología del paciente.

GESTIÓN DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES POR INGRESO HOSPITALARIO

CLARA PLADEVALL VILADECANS [1]; DANIEL ALGAR MARTÍNEZ [2]; LIDIA DOMINGO FERRER [3]; CRISTINA CABISTAÑ ARBIOÑ [4]; ANNA BENAVENT NAVARRO [5]; ALBA BENAQUE VIDAL [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, [2] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (CATSALUT), [3] INSTITUT CATALÀ D'AVALUACIONS MÈDIQUES (ICAM), [4] INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (ICS) – EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, [5] HOSPITAL DEL PARC TAULÍ

ID: *6617*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto nace de un plan estratégico del Servicio de Salud de una Comunidad Autónoma. Una de las líneas estratégicas del Plan, es la desburocratización de la actividad efectuada en las consultas de la Atención Primaria que esta genera ineficiencias en el sistema de salud. En este contexto los profesionales de la Atención Primaria detectan oportunidades de y proponen soluciones globales con el objetivo de liberar el sistema de actividad que no aporta valor añadido. Se replantea la gestión de las incapacidades temporales que tienen un inicio a la atención hospitalaria, ya que este circuito genera ineficiencias para el usuario y el profesional actualmente implicado.

OBJETIVOS

Agilizar el proceso de la gestión de las incapacidades temporales por ingreso hospitalario. Mejorar la experiencia del ciudadano y su entorno, eliminando la participación de los familiares del paciente en el proceso. Disminuir el número de contactos en la Atención Primaria para gestionar las IT. Desburocratizar el sistema para minimizar la carga de trabajo a los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza la situación actual a partir del mapa de proceso y se detectan múltiples oportunidades de mejora:

- Dependencia de un tercero para la realización de los trámites
- Circuito ineficiente y tiempos de espera elevados para la formalización de la IT
- Gestión burocrática para la Atención Primaria para un proceso que no es partícipe

Así pues, se rediseña un circuito óptimo que permite activar las IT des del hospital, de ingresos programados y/o urgentes, y realizar los primeros partes de confirmación en caso que el paciente lo requiera. Para ello, necesario adaptar el sistema de información de gestión de las IT.

RESULTADOS

El circuito organizativo se basa en la:

- Autorización de la IT a partir de la orden de ingreso realizada por el equipo médico del hospital
- Recogida de la información estructurada por parte del administrativo
- Generación automática del parte de confirmación sin implicación de un profesional
- Promoción de la gestión de la IT des de la aplicación (espacio personal de salud digital)

A partir de un piloto efectuado en un área de referencia, se define un cronograma de despliegue del proyecto en toda la Comunidad Autónoma durante el año 2022. Una vez implementado el proyecto en todo el territorio los resultados previstos son un ahorro de entre 180.000 y 324.000 visitas en la Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Es un proyecto que implica un cambio de relación entre el ciudadano y el sistema de salud, para mejorar la experiencia del usuario. La elaboración de la situación planteada implica la colaboración y coordinación de varios dispositivos y esto es primordial para desburocratizar el sistema, permitir a los profesionales destinar tiempo en prácticas de valor añadido y facilitar al ciudadano este trámite en un periodo donde la principal preocupación es la salud.

LA TECNOLOGIA STREAMING EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS AUMENTA LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

LUIS PARDILLOS FERRER ; ELENA PASTOR BENITO ; MARIA ELENA DIAZ SANZ ; FERNANDO HERNANDEZ AGUDO ; SALVADOR ESPINOSA RAMIREZ ; ANGEL LUIS BURGOS SACO
CENTRO DE TRABAJO: SERMAS

ID: *6619*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *#training #teaching #streaming*

JUSTIFICACIÓN

La formación continuada de los profesionales supone un elemento clave para la competencia profesional de los mismos, propiciando la mejora del Sistema Sanitario, así como la excelencia en la calidad de las prestaciones asistenciales. Es además fuente de oportunidad para el desarrollo docente e investigador de los profesionales, estimulando su espíritu innovador y la transmisión del conocimiento. Las circunstancias motivadas por la pandemia han condicionado de alguna manera la actividad desarrollada en este ámbito. La necesidad de optimizar los recursos humanos de nuestro servicio en tareas asistenciales prioritarias y las restricciones en cuanto a la agrupación física de personas nos estimularon al desarrollo de formatos alternativos, virtuales o en modalidad de videoconferencia (streaming), para continuar ofreciendo formación de calidad a nuestros trabajadores.

OBJETIVOS

1. Mantener e incluso incrementar la oferta formativa a los profesionales del SUMMA112
2. Facilitar la transmisión de conocimiento en una organización cuyos profesionales desarrollan su actividad con una importante dispersión geográfica.
3. Convertir la formación en urgencias y emergencias en una herramienta de transformación y modernización de nuestra organización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Comparar la participación de profesionales de nuestra organización en las actividades formativas en un periodo previo a la pandemia (año 2019), con una mayoría de actividad de presencia física, con un periodo posterior, aun con efectos de la pandemia (año 2021) en las que las actividades formativas fueron en gran número en formato STREAMING. Para ello fue preciso: 1.- Adaptar a docentes y discentes de la Institución en el uso de la tecnología STREAMING como medio de transmisión de conocimiento. 2.- Dotar de la tecnología necesaria las aulas de formación de SUMMMA112 3.- Adaptar los sistemas de control y verificación de asistencia a las formaciones, para adecuarlos a la normativa de acreditación.

RESULTADOS

Durante el 2019 han accedido a cursos de formación continuada un total de 6.722 alumnos del SUMMA 112 han participado en 283 actividades con un total de 2.052,5 horas lectivas Durante el año 2021 un total de 8.603 alumnos del SUMMA 112 han participado en las 225 actividades de formación continuada desarrolladas, con un total de 2.223 horas lectivas ofrecidas. Aun habiéndose reducido un 20,1% el número de actividades e incrementándose en un 8,3% las horas de formación proporcionadas se ha conseguido ampliar el alcance de la oferta formativa llegando a un 28% más de alumnos, trabajadores de SUMMA112.

CONCLUSIONES

La implementación de nuevas tecnologías (FORMACIÓN VIA STREAMING), el esfuerzo en adiestrar a docentes y discentes en el uso de esta tecnología y la adaptación de los sistemas de verificación y control de asistencia a la actividades formativas ha permitido incrementar el alcance de la trasmisión de conocimiento a los profesionales de nuestra organización.

EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO HOSPITALARIO UNA FIGURA QUE POTENCIA LA CALIDAD ASISTENCIAL.

SANDRA HUETE PARTIDO; ROBERTO ÁLVAREZ FERNANDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6621*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Trabajador Social Sanitario, calidad asistencia, intervención social.*

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida, de las enfermedades crónicas y de otras patologías agudas, hace que la figura del Trabajador Social Sanitario sea imprescindible en la gestión hospitalaria; como así mismo, la orientación y gestión de recursos socio sanitarios enfocados a los cuidados.

La intervención social proporciona una visión y conocimiento de los aspectos psicosociales y del entorno del paciente a través de diferentes técnicas para el estudio, tratamiento y diagnóstico social sanitario, a través de un modelo biopsicosocial, para coordinar así con el equipo multidisciplinar el abordaje completo.

Es el Trabajador Social Sanitario el especialista en gestionar o asesorar sobre los recursos socio sanitarios, para que el paciente y familiares cuenten con las herramientas y atención necesaria para garantizar los cuidados, favoreciendo la mejora de la calidad y bienestar de vida del paciente y de su entorno.

OBJETIVOS

General:

- Promover los valores e intervención del Trabajo Social Sanitario para potenciar la calidad asistencial.

Específicos:

- Fomentar la intervención social para favorecer el bienestar del paciente y familiares, alcanzando en lo máximo posible los resultados deseados.
- Visibilizar las funciones del trabajador social sanitario para fortalecer en el entorno hospitalario la necesidad de la intervención social en el Equipo Multidisciplinar.
- Aumentar coordinaciones extrahospitalarias en el seguimiento y continuidad de la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha procedido a la extracción cuantitativa de datos desde 2011 a 2021, y el análisis cualitativo de las intervenciones sociales y gestión de recursos, con diversas fuentes proporcionadas por el Departamento de Informática de Sistemas sobre los registros de la Unidad de Trabajo Social del Hospital donde ejercen los autores.

RESULTADOS

Mediante los datos conseguidos durante diez años completos (se presentarán mediante gráficos comparativos), se visualiza el aumento de las intervenciones y recursos sociales realizados, observándose un incremento de demanda por parte de la población a la que se da asistencia y una integración mayor a nivel hospitalario

CONCLUSIONES

A lo largo de estos años, se ha conseguido una gran integración de la figura del Trabajador Social Sanitario, viéndose impulsada entre otras por la participación en distintas Comisiones Hospitalarias, Escuelas de promoción de la salud y atención de patologías, actualización y creación de protocolos, participación en el seguimiento de las estancias medias, reuniones de Trabajadores Sociales Sanitarios Interhospitalarios, lo que conllevó la creación de un Servicio Hospitalario propio con Jefatura de Trabajador Social, lo que ha fomentando una gran visibilización.

Con todo ello, consideramos que la labor desarrollada potencia la calidad asistencial facilitada al paciente y a su entorno familiar, así como la calidad percibida por los usuarios.

ASFARMA: HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ASMA GRAVE

HILARIO MARTÍNEZ BARROS ; MARÍA MUÑOZ GARCÍA ; DAVID GONZÁLEZ DE OLANO ; SILVIA SÁNCHEZ CUÉLLAR ; GONZALO DE LOS SANTOS GRANADOS ; ANA ÁLVAREZ DÍAZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

ID: *6628*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanización, diseño centrado en las personas, equipos multidisciplinares, asma grave*

JUSTIFICACIÓN

ASfarMA es un proyecto dentro de una Unidad Multidisciplinar de Asma Grave (UAG) que engloba diferentes medidas innovadoras basadas en la humanización

OBJETIVOS

Conocer la experiencia del paciente atendido en la UAG, con una visión holística de su enfermedad, tratamiento, asistencia sanitaria recibida y calidad de vida

Definir la UAG ideal, identificando innovaciones que satisfagan las necesidades de pacientes y profesionales

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó la metodología Diseño Centrado en las Personas (DCP). Se formó un equipo core con al menos un representante de cada especialidad de la UAG. Un equipo de diseñadores estratégicos expertos en DCP dirigió la metodología:

Fase de comprensión

El equipo core definió arquetipos de pacientes y describió el viaje del paciente como herramientas de investigación. Entrevistas en profundidad a profesionales sanitarios y 8 pacientes que cumplían los arquetipos. Entrega de diarios de paciente para obtener información descriptiva y emocional de su experiencia en la UAG

Fase de ideación

Con la información previa, se organizó un taller de cocreación con el equipo core y los pacientes. Se trabajó un diseño conceptual de la UAG ideal

RESULTADOS

Se idearon una serie de medidas

7 soluciones transformadoras. Requieren mayor desarrollo, recursos y esfuerzo:

Onboarding UAG: promoción y protocolización de la atención e información proporcionada inicialmente al paciente Perfil coordinador de pacientes

Plan de seguimiento consensuado

One shot: realización de pruebas y atención en un espacio-tiempo continuado Historia clínica compartida

Appsma: App de comunicación bidireccional profesional-paciente que permite la introducción de datos clínicos, Patient Reported Outcomes measures (PROm) y Patient Reported Experience measures (PREm)

Espacio Asma: espacio físico común para todas las especialidades de la UAG

14 victorias tempranas. Se pueden acometer con tiempo y recursos limitados, pero aportan beneficios significativos: Asm@: buzón de correo electrónico para consultas no urgentes

Kit de bienvenida a UAG: material gráfico para nuevos pacientes Asmatube: canal de información de asma veraz

Unidad de asma satélite: visitas periódicas entre UAG y atención primaria Consulta de transición pediátrica conjunta entre pediatra y médico del adulto Sesiones de cocreación periódicas entre pacientes y profesionales

Diario del paciente

Guía de autocontrol para detección y manejo de exacerbaciones y efectos adversos (EA) Sesiones de streaming con profesionales de otras disciplinas

Sesiones de aprendizaje con paciente experto

Alerta asma: contacto urgente con la UAG en caso de exacerbación o EA

Píldoras de activación de pacientes: mensajes o reuniones cortas periódicas para promover estilos de vida saludables

Tratamientos no farmacológicos Agendas compartidas

CONCLUSIONES

La metodología DCP ha permitido obtener mucha información en un tiempo reducido, para su análisis y generación de soluciones innovadoras que responden a necesidades de pacientes y profesionales

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA COMUNIDAD AUTÓNO

GLORIA OLIVA OLIVA [1]; CLARA PAREJA ROSSELL [2]; JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ [1]; LAURA NAVARRO VILA [1]; MONTSE GENS BARBERÀ [3]; DAVID AYALA VILLUENDAS [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVEI DE PROMOCIÓ DE LA QUALITAT I LA BIOÈTICA. DEPARTAMENT DE SALUT. GENERALITAT DE CATALUNYA, [2] SUBDIRECCIÓ GENERAL D'ORDENACIÓ I QUALITAT SANITÀRIES I FARMACÈUTIQUES. DEPARTAMENT DE SALUT, [3] GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, [4] SISTEMES D'INFORMACIÓ. TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I COMUNICACIÓ. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT CAMP DE TARRAGONA

ID: *6637*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Sistema de notificación de incidentes Seguridad del paciente Gestión de riesgos Participación*

JUSTIFICACIÓN

Los hospitales y centros de atención primaria públicos de la Comunidad disponían de un mismo sistema de notificación de incidentes (SNI) desde el año 2013 mediante contratación con una empresa externa. En 2021, con la experiencia acumulada, se decidió desarrollar un nuevo SNI, continuista para no perder los datos notificados anteriormente, pero adaptado a las necesidades de distintos ámbitos sanitarios (hospital, atención primaria, intermedia y salud mental) en la notificación y con mejoras funcionales en la gestión de incidentes, seguimiento de las acciones de mejora y análisis de la información.

OBJETIVOS

Describir la metodología utilizada en el desarrollo e implementación de un SNI adaptable a todos los ámbitos sanitarios y que permita una notificación y gestión de los incidentes de forma intuitiva, ágil y útil para los profesionales con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elementos para el desarrollo:

- Modelo de gobernanza y gestión: Comisión estratégica (representantes de todos los proveedores sanitarios y del Departamento de Salud); Grupos de trabajo (expertos en el SNI de distintos ámbitos asistenciales) y el Grupo impulsor (Departamento de Salud, expertos en calidad, gestión del SNI y tecnologías de la información)
- Encuesta en línea a notificadores y gestores del anterior SNI y una entrevista semiestructurada dirigida a gestores para conocer su opinión y los requerimientos de mejora.

Elementos para la implementación:

- Formación de profesionales: seminarios y cursos en línea para notificantes y gestores.
- Manuales de ayuda para cada rol en la aplicación.

Cronología: 1 año de desarrollo básico (2021) y posterior mejoras y funcionalidades (2022).

RESULTADOS

Se realizaron las reuniones programadas en el modelo de Gobernanza, de trabajo y de difusión del estado de desarrollo del nuevo SNI (año 2021: 180 reuniones).

Respondieron la encuesta 866 profesionales solicitando un formulario intuitivo, adaptable y con feedback de las notificaciones. Los gestores indicaron no utilizar las herramientas de análisis (70%) ni el módulo de acciones de mejora (66%).

Los 16 entrevistados indicaron puntos fuertes de algunas funcionalidades (ej. revisar, completar y modificar notificaciones) y puntos débiles como el entorno de gestión, ser poco ágil y la tabla dinámica, entre otros.

El 15/12/2021 se dio acceso al nuevo SNI y hasta mayo de 2022 se notificaron y analizaron 4913 incidentes (3893 en hospitales y 1020 en primaria) de 2339 usuarios activos en 80 entornos notificantes.

CONCLUSIONES

El modelo de Gobernanza participativo y representativo de los proveedores sanitarios, de los profesionales de diferentes ámbitos aistenciales, de los sistemas de información y del Departamento de Salud, ha permitido el desarrollo del nuevo SNI con la particularidad de adaptación y parametrización según las caracteríticas de los centros. Además, permite incorporar nuevas funcionalidades y mejoras de forma ágil y efectiva.

JUSTIFICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

MARÍA TERESA MUÑOZ VALERA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN

ID: *6639*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La OMS considera que la violencia sexual contra la mujer es uno de los problemas más graves de salud pública y derechos humanos a nivel mundial.

Según algunas investigaciones, algo más del 40% de las mujeres con trastorno mental grave (TMG) ha sufrido violencia sexual alguna vez en su vida.

OBJETIVOS

Dotar de recursos de prevención para las violencias sexuales en las unidades de hospitalización del H. U. José Germain (HUJG).

Aumentar la sensibilidad entre los profesionales de las unidades de hospitalización del HUJG que atienden a mujeres con TMG sobre la vulnerabilidad de estas mujeres a sufrir algún tipo de violencia sexual.

Ofrecer un algoritmo de actuación ante situaciones de sospecha o detección de algún tipo de violencia sexual coordinado con otros recursos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha creado un grupo de trabajo liderado tanto por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios y la Comisión de Igualdad del HUJG, con participación de representantes de todas las unidades de hospitalización.

RESULTADOS

El grupo se inició en febrero de 2022, habiéndose realizado un total de 4 reuniones desde entonces. Está formado por 12 personas que representan diferentes áreas del hospital (psiquiatras, psicóloga, terapeuta ocupacional, médica internista, asesoría jurídica, jefa de sección, etc.).

Se ha iniciado la elaboración del borrador dividido en los siguientes apartados: introducción, objeto, alcance, marco legal, definiciones, desarrollo, responsabilidades, indicadores y anexos.

En el apartado de desarrollo, se ha hecho hincapié en las medidas de prevención dirigidas a evitar todo tipo de violencia sexual ejercido sobre nuestros y nuestras pacientes. Además, se detallan los aspectos claves para detectar posibles víctimas y potenciales agresores, para trabajar en ambos en la dirección de prevenir posibles agresiones.

Por otro lado, se abordan las diferentes actuaciones a seguir en caso de ocurrir una situación de acoso o agresión sexual, tanto por parte de otro paciente ingresado, un trabajador u otra persona externa al hospital, además de cómo registrarlo en la historia clínica.

Para que nuestra actuación esté coordinada con otros organismos implicados en la atención de víctimas de violencias sexuales, hemos tenido reuniones con Policía Municipal y con la Oficina de Atención a la Víctima de Leganés, y estamos organizando una reunión con la UFAM (Unidad de Atención a la Familia y Mujer de Policía Nacional) y con el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.

CONCLUSIONES

Las mujeres con TMG son personas con mayor vulnerabilidad para sufrir este tipo de violencia. Supone una buena práctica sobre seguridad del paciente la elaboración de un protocolo que contemple, especialmente, la prevención de las violencias sexuales en este tipo de mujeres y, en el caso de que ocurriera algún episodio, tener los recursos para manejar dicha situación y dotar de protección y seguridad a la víctima del mismo.

USO DE UNA HERRAMIENTA DE BUSINESS INTELIGENCE (POWER BI) PARA LA TOMA DE DECISIONES EN GESTION ASISTENCIAL

JOSE CARLOS ESTEVEZ MUÑOZ ; ANTONIO DIAZ HOLGADO ; JOSE LUIS AREJULA TORRES ; JULIAN JIMENEZ CARRAMIÑANA ; DAVID MALILLOS PEREZ ; SERGIO RUIZ ALONSO
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA MADRID

ID: *6644*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Power bi, datos, inteligencia artificial*

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias necesitan herramientas que ayuden a tomar decisiones basadas en el análisis de datos. Es necesario disponer de la información adecuada de forma segura, rápida accesible, conectada e interactiva. Power BI es una solución de análisis empresarial basado en la nube, que permite unir diferentes fuentes de datos, analizarlos y presentar un análisis de estos a través de informes y paneles. Con Power BI se tiene de manera fácil acceso a datos dentro y fuera de la organización casi en cualquier dispositivo, de forma interactiva e integrable en otras aplicaciones.

OBJETIVOS

Construcción y puesta en servicio de cuadro de mandos e informes con la herramienta Power BI para la toma decisiones por parte de los equipos directivos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la construcción de los distintos informes y cuadros de mando es necesario definir las fuentes primarias de datos, el acceso a las mismas, su consolidación de repositorios adecuados y construir medidas e indicadores que permitan ser interpretados. Para ello utilizamos un Webdav para el intercambio de datos que se alojaron en servidores y se implementó un sistema diario de recepción de archivos y carga en base de datos creando con ello un repositorio escalable capaz de dar soporte a todas las necesidades de información.

Como fuente principal de información se utilizó la historia clínica electrónica de Atención Primaria. Se definieron y se construyeron los indicadores y medidas necesarias y se definieron los responsables de desarrollar, implantar y mantener cada uno de los datasets en Power Bi.

RESULTADOS

Se han construido los siguientes datasets que nutren diferentes informes y paneles:

Seguimiento COVID19: Informe de seguimiento de la pandemia Informe de Profesionales, Actividad Asistencial, Seguimiento de Agendas (coberturas, demoras, porcentaje de forzados), Vacunación COVID, Pruebas Analíticas (seguimiento de las peticiones analítica por centro-hospital), Seguimiento del Prevecolon (Cuadro de mando del programa de seguimiento del proyecto en Atención Primaria)

Incorporan mapas visuales, indicadores, gráficos dinámicos adaptados y personalizados, segmentan la información por dirección asistencial y centro de salud, se actualizan diariamente y son consultados por la mayor parte de los equipos directivos.

CONCLUSIONES

El uso de esta herramienta ha podido ofrecer información inmediata a los equipos directivos para la toma de decisiones de gestión con agilidad, permitiendo optimizar el tiempo y compartir los datos, de forma segura y accesible, desde cualquier dispositivo, de forma interactiva y en todo momento.

Necesitamos seguir evolucionando incorporando nuevas tecnologías, mejorando la accesibilidad y la visibilidad de la aplicación, siguiendo siempre las necesidades de la organización e impulsando la transformación digital para seguir aportando valor a la toma de decisiones de gestión.

LA GESTIÓN DE PRECISIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INESTABLE

MERCEDES VINUESA SEBASTIÁN; ALFONSO CANABAL BERLANGA; IGNACIO DÍAZ LORENZO; RIO JORGE AGUILAR TORRES; RAQUEL CAMINERO GARCIA; NURIA RUIZ-GIMÉNEZ ARRIETA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

ID: *6645*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Trabajo multidisciplinar, tromboembolismo pulmonar, estratificación de pacientes, toma de decisiones*

JUSTIFICACIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP), con incidencia anual de 100-200 casos por 100.000 habitantes, es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente. Tiene una presentación muy variable, desde asintomático a emergencia vital con elevada mortalidad. Además, solo el 7% de los éxitus están diagnosticados correctamente (estudios europeos)

En la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (ET), se plantea una intervención sobre el grupo de pacientes con tromboembolismo pulmonar con inestabilidad o potencial inestabilidad hemodinámica (TEPih); por ser de mayor riesgo clínico (mortalidad hasta 15-20%), mayor ariabilidad e incertidumbre percibida por los profesionales y mayor impacto posible de las mejoras.

OBJETIVOS

Mejorar la atención de pacientes con TEPih de manera sostenida, con uso eficiente e innovador de los recursos y reforzar la toma de decisiones de los profesionales ajustándola al riesgo de los pacientes (gestión de precisión). La gestión del cambio pasa por mejorar la valoración de la "eficacia" (conocimientos y habilidades), la "autoeficacia" (autopercepción de la eficacia) y la "eficacia colectiva" de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras delimitar y analizar el proceso, se crea un Grupo Multidisciplinar para mejorar el proceso del TEPih en los pacientes y profesionales

Se plasma en documento con actividades, circuitos y responsables, validado por los servicios implicados y aprobado por Dirección. Se difunde en sesión general y se cuelga en la Intranet. Las decisiones se toman por consenso y deben estar basadas en la evidencia disponible

Se crean herramientas: foro de mensajería entre los profesionales, base de datos para seguimiento y encuesta para medir la percepción de la eficacia de los profesionales

Se acuerda un seguimiento continuo y evaluación al año.

RESULTADOS

- El foro de comunicación y la detección, diagnóstico y tratamiento conjunto, se realizan en el 100% de casos
- Se han optimizado recursos aplicando las medidas más invasivas en el tiempo establecido al 100% de casos (menos de 2 horas en alto riesgo y de 12 horas en intermedio-alto riesgo)
- Se establece seguimiento clínico estandarizado del paciente, seguimiento ecocardiográfico diario durante fase crítica e informe completo de AngioTAC en 100% de casos
- Se dispone de encuestas de percepción de profesionales y estudio preliminar que indica mejora en la percepción de la autoeficacia.

CONCLUSIONES

- Ha disminuido la variabilidad clínica
- Las herramientas tecnológicas nos permiten disponer de documentos actualizados, pero tambien interactuar entre los profesionales; abordaje conjunto e individualizado en cada paciente.
- Este enfoque tambien psicológico de la gestión, mas allá de aplicar el mejor conocimiento, refuerza el compromiso y la confianza entre los profesionales, aporta valor a la gestión del proceso y potencia la gestión individualizada en cada paciente. Además es posible que mejore la permanencia en el tiempo de las medidas implantadas.

APADE: PROYECTO DE ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AURORA BARBERÁ MARTÍN [1]; JUAN ANTONIO SARRIÓN BRAVO [2]; SONIA MARTÍNEZ MACHUCA [2]; ANA BELÉN RAMIREZ PUERTA [2]; JOSE MARÍA SANTAMARÍA GARCÍA [3]; CARMEN FERNÁNDEZ DÍAZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL, [2] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [3] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARÍA

ID: *6646*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Cuidados enfermeros. Demanda aguda.*

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la demanda asistencial es una clara prioridad en Atención Primaria (AP), y para su abordaje es necesario reorganizar los flujos de atención de los diferentes procesos que demandan los usuarios. Desde esta perspectiva, se pone en marcha un proyecto general de reorganización asistencial en los Centros de Salud (CS). Una línea de ejecución de este proyecto, se corresponde con el Proyecto APADE: Atención a Procesos Agudos de Demanda en las consultas de Enfermería de AP, que se enfoca en potenciar y gestionar la capacidad de las enfermeras para resolver aquellos problemas agudos que plantean los usuarios y relacionados con necesidades de cuidados.

OBJETIVOS

Reorganizar el flujo de atención de los pacientes que demandan asistencia en AP, protocolizando las intervenciones a realizar en los procesos agudos más frecuentes, a través de recomendaciones.

MATERIAL Y METODOS

Se formó un grupo de trabajo multidisciplinar en el que participaron profesionales de los diferentes grupos de interés: asistenciales, técnicos de la Gerencia de AP, colegios profesionales y sociedades científicas para la identificación de los procesos en los que el rol principal de atención correspondía a la enfermera. Una vez identificados, otro grupo de asistenciales y técnicos, establecieron las recomendaciones basadas en la evidencia más actualizada disponible para la atención enfermera. Las recomendaciones recogen: definición del motivo de consulta, criterios de inclusión, codificación CIAP y plan de cuidados con valoración por patrones de M. Gordon focalizada, intervenciones enfermeras, NANDA-NIC-NOC si procede, indicación/prescripción enfermera, criterios de derivación y criterios de resolución del proceso.

RESULTADOS

Se elabora un documento que recoge las recomendaciones de 15 procesos: epistaxis, cuerpo extraño (oído, ojo y nariz, orzuelo), vulvovaginitis, síndrome miccional mujer, estreñimiento, sospecha de embarazo, anticoncepción de emergencia, herpes simple, traumatismo leve, herida aguda, quemadura y uña encarnada. Se publica en la INTRANET corporativa y se realizan estrategias de difusión dirigida a los directivos y responsables de enfermería y de capacitación de los asistenciales (4 cursos y 20 ediciones). Se estableció un periodo de 6 meses para la reorganización interna e implantación del proyecto en los 262 CS. Se diseñan indicadores de desarrollo e implantación. Se realiza una encuesta de percepción para conocer la opinión de los profesionales de enfermería, actualmente en fase de análisis. Los resultados de indicadores y encuesta estarán disponibles en las fechas del congreso.

CONCLUSIONES

Los CS han reorganizado la atención a la demanda en base a un documento de recomendaciones, práctico y detallado, y avalado por los grupos de interés. Hasta el momento la aceptación del proyecto se situa en puntuaciones medias, percibiendose de manera heterogénea entre los distintos profesionales y CS.

CUIDANDO DEL PROFESIONAL: CREACIÓN DE UNA OFICINA ATENCION AL EMPLEADO EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

SOLEDAD RAMIREZ ALONSO ; PEDRO MUÑOZ SAHAGUN ; ALFONSO GALAN GRAJERA ; NIEVES MARTIN LOPEZ ; CRISTINA MORENO SANCHO ; GLORIA SAL SIERRA
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6649*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ATENCION, CUIDADO DEL PROFESIONAL*

JUSTIFICACIÓN

En un tiempo de cambios constantes, las organizaciones y los responsables de las áreas de gestión de personas deben brindar apoyo continuo a las personas facilitando su alineamiento con la misión de la organización.

En nuestro servicio de emergencia (SE) se había identificado en encuestas, entrevistas, quejas verbales y reclamaciones, una percepción negativa de los profesionales con respecto a la atención prestada por la organización en situaciones diversas (trámites, certificados,..) a lo que se sumaba la necesidad de desplazarse hasta la sede central para cualquier gestión soportando esperas variables.

OBJETIVOS

Diseño, desarrollo e implantación de un área específica de atención a los empleados, minimizando el tiempo de respuesta y haciendo propios las salvedades de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Grupo multidisciplinar: profesionales de Sistemas de Información, calidad y recursos humanos (RRHH).

Método: Se identifican y clasifican los tipos de incidencias de los profesionales: Incidencias que pueden ser tratadas de manera presencial e Incidencias que pueden realizarse a distancia y no requieren desplazamiento a la sede del SE.

Se diseña y desarrolla un nuevo proceso de atención virtual y presencial. Se evalúa a través del propio proceso de implantación y de las reclamaciones.

RESULTADOS

En el año 2018 se crea un servicio de atención al empleado para que pueda dar respuesta de una manera específica a las necesidades propias de las personas y evitar desplazamientos a la sede central. En estos tres años se ha evidenciado que:

- Se eliminan las colas de espera en la sede del SE
- Se han reducido los tiempos de respuesta para diferentes trámites como la solicitud de certificados o las horas o días pendientes de disfrute, no existiendo ninguna queja o incidencia de esta causa.
- Se han agilizado las incorporaciones con packs de bienvenida.

A la vez, se incorpora una herramienta informática al área de RRHH para tratar las incidencias derivándolas directamente a este departamento, evitando desplazamientos innecesarios.

CONCLUSIONES

La reducción de tiempos de espera ha conllevado una mejora de la percepción sobre la organización, evitando ese gap de incertidumbre producido al empleado y evidenciándose por la casi total inexistencia de quejas.

Los profesionales en diferentes entrevistas identifican un trato más humano y personalizado al hacernos partícipes de sus problemas y ver la trazabilidad de estos.

La mejora de percepción estimamos que es debida a diferentes factores:

- Se ha eliminado la distorsión producida en el área de RRHH separando las zonas de actuación en distintas plantas.
- Especialización de los profesionales que atienden a los empleados con una cartera de servicios publica homogénea para todo el servicio.
- El aumento a la accesibilidad de la información y con ello la transparencia y flexibilidad en el contacto departamental.
- Prestar orientación al empleado en cualquier proceso externo o interno de nuestro SE.

ALTERACIONES PSICOLOGICAS POR LA PANDEMIA COVID-19 DEL PERSONAL SANITARIO DE UCI

BEGOÑA ZALBA ETAYO [1]; SARA GÓMEZ-ZALBA [2]; ANTONIA DURÁN-MATEOS [3]; MARTA PALACIOS-LASECA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [2] HOSPITAL ROYO VILLANOVA, [3] HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

ID: *6666*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *Pandemia, UCI, afectación psicológica*

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de la pandemia por COVID-19, los profesionales que han trabajado en primera línea, se encuentran sujetos a padecer mayor estrés. Durante el transcurso de esta pandemia, han sufrido una gran carga de trabajo físico y emocional debido al desconocimiento de esta nueva enfermedad, su contagiosidad y la inseguridad en cuanto a los cuidados del paciente; todo lo cual ha propiciado un deterioro de la salud mental de todos los profesionales implicados.

OBJETIVOS

Valorar el impacto emocional de la pandemia entre profesionales de enfermería/TCAE

Analizar las dimensiones del MBI en los pacientes con alteraciones psicológicas debidas a la pandemia MATERIAL Y METODOS :

Estudio observacional, retrospectivo. Se ha realizado la encuesta “Maslach Burnout Inventory” (MBI) y cuestiones sobre impacto emocional de la pandemia: ¿Tus respuestas al MBI antes de la pandemia hubieran sido las mismas? ¿Te ha afectado psicológicamente esta pandemia? ¿Has necesitado tratamiento? ¿Tu carga de trabajo en la pandemia ha sido excesivo? ¿Te has sentido bien preparado para desempeñar tu trabajo?

Incluye a DUE y TCAE de UCI, de marzo a abril de 2022.

RESULTADOS

101 encuestas respondidas. Han sido 67 (66.3%) DUE y 34 (33.7%) TCAE, el 85% eran mujeres, edad media de 35 años,

siendo 40 (39.6%) menores de 30 años, 44 (43.6%) entre 30-45 años y 16 (15.8%) mayores de 45 años. Siendo las enfermeras algo más jóvenes con edad media de 33.6 (DE 8.8) años y las TCAE de 38.2 (DE 9.8) años. El estado civil predominante ha sido soltero/a 77 (76.25%), 21 casado/a (20.8%) y 2 separado/a (2%). La media de años de experiencia

fue de 9.4 (DE 7.6).

Presentaron síndrome de Burnout el 100%, con puntuación media de 23,6 de agotamiento emocional, 10,2 de despersonalización y 35,4 de realización personal.

Respecto a la influencia negativa de la pandemia en cualquier ámbito tanto personal como laboral, ha sido evidenciada en 77 encuestados (76.2%). Manifiestan afectación psicológica 88 (87.1%) y han necesitado tratamiento 20 (19.8%). Ha supuesto un aumento de la carga de trabajo en 89 (88.1%) y tuvieron percepción de estar bien preparados para su labor en UCI 45 (44.6%).

Los pacientes con trastornos psicológicos mostraron puntuaciones más altas en las tres esferas exploradas (p 0.05). De la misma forma, ante la sensación de excesivo trabajo, las puntuaciones fueron superiores en cuanto a cansancio emocional (media 24.9, p 0.003) y despersonalización (media 10.7 p 0.026). Aquellos que sintieron falta de preparación están en niveles más altos de Burnout con diferencias significativas.

CONCLUSIONES

1. La esfera psicológica se ha visto afectada durante la pandemia en el 76.2% de los encuestados, requiriendo tratamiento el 20%
2. Los sanitarios con transtorno psicológico son los que presentan niveles más elevados del Burnout en cuanto a desgaste emocional y cercanía al paciente, así como los que se han sentido peor preparados en el ejercicio de su profesión

CONSULTA POST-UCI: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

BEGOÑA ZALBA ETAYO [(1)]; SARA GÓMEZ-ZALBA [(2)]; BLANCA OBÓN-AZUARA [(3)]; ISABEL GUTIERREZ-CIA [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [(2)] HOSPITAL ROYO VILLANOVA, [(3)] HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

ID: *6667*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *Síndrome postUCI, humanización, PICS*

JUSTIFICACIÓN

El síndrome post-UCI (PICS) es un conjunto de síntomas físicos, cognitivos y mentales provocados por el hecho de estar ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y que conllevan un deterioro en la calidad de vida tras el alta, influyendo en el pronóstico a largo plazo del paciente. La humanización de los cuidados intensivos está cobrando cada vez más relevancia y favorece las líneas dirigidas a reducir este síndrome. La puesta en marcha de proyectos de seguimiento al alta facilita la continuidad asistencial del proceso y la evaluación del impacto de estas actuaciones.

OBJETIVOS:

Conocer los factores de riesgo asociados al síndrome post-UCI

Valorar los aspectos más relevantes de las secuelas del ingreso prolongado en UCI

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo de 5 meses de duración (1 de enero de 2022 a 10 de junio de 2022) en el que se incluyeron pacientes revisados en la consulta post-UCI de nuestro Servicio de Medicina Intensiva. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), variables clínicas (VM, SDRA, sedación, sepsis, polineuropatía, delirio, sarcopenia), estancia en UCI y situación al mes del alta hospitalaria: el estado físico (índice de Barthel, Fragylity score), psicológico (escala HADS-A y HADS -D), cognitivo (escala MOCA).

RESULTADOS

Muestra de 36 pacientes. 21 varones (58.3%), 15 mujeres (41.7%). Edad media 60.36 (DE 12.5), APACHE 14.8 (DE 7.2). Los diagnósticos más frecuentes que ocasionaron el ingreso fueron: Neumonía covid 15 (41.7%), neumonía no covid 5 (13.9%), shock 4 (11.1%), cirugía complicada, SCA y sepsis 2 casos (5.6%). Presentaron SDRA 23 (63.9%) y necesitaron VM y sedación 29 (80.6%). Durante el ingreso se detectó delirio en 16 (44.4%) y polineuropatía en 24 (66.7%). La estancia media fue de 19.2 días (DE 14.4). La media de la Escala Subjetiva de Salud fue 66.2 (DE 16.3), Barthel 79 (DE 20), Fragility score 3.5 (DE 1.7), índice de sarcopenia 3.45 (DE 2.2), MOCA 23,05, HADS-A 4.85 (DE 3), HADS-D 3.7 (DE 3) y TEPT 14.6 (10.4).

Detectamos PICS familiar sólo en el 2.8% el total de ingresados.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con PICS de nuestra muestra es un varón de mediana edad con neumonía, sedado y con ventilación mecánica

Las secuelas físicas han sido las detectadas en mayor proporción y se relacionan con estancias más prolongadas La prevalencia de PICS familiar ha sido muy baja

El diagnóstico, prevención y seguimiento al alta del PICS son los pilares fundamentales para mejorar la calidad asistencial y humanizar las Unidades de Cuidados Intensivos.

PLAN DE TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

DANIEL ALGAR MARTÍNEZ [1]; ALBA BENAQUE VIDAL [2]; JERONI SALABERT CARRERAS [3]; CLARA PLADEVALL VILADECANS [3]; ALBERT BOADA VALMASEDA [2]; IGNASI CARRASCO MISERACH [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CATSALUT - EDIFICI OLIMPIA, [2] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (CATSALUT), [3] SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

ID: *6679*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Atención primaria; metodología; lean; ingenieria de procesos; transformación;mejora continua*

JUSTIFICACIÓN

La atención primaria y comunitaria (APyC) es uno de los pilares fundamentales de cualquier sistema sanitario de salud y el primer punto de acceso a la asistencia sanitaria. Desde hace tiempo, este servicio asistencial se enfrenta a un incremento de su actividad debido a las nuevas necesidades, al aumento de la demanda de la población y a la irrupción de la pandemia.

Esta nueva situación requiere un nuevo enfoque orientado en la mejora continua en procesos con la visión, el alineamiento y el trabajo conjunto entre profesionales, estructuras directivas y un equipo de acompañamiento formado por ingenieros de procesos especialistas en metodología.

OBJETIVOS

Materializar la transformación de la APyC a través de la implantación efectiva de proyectos de mejora en procesos. Estos proyectos deben dar respuesta a la mejora de las problemáticas sistémicas y comunes para todos los equipos de atención primaria (EAP), así como para introducir mejoras particulares de cada equipo y cada territorio según su idiosincrasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las acciones realizadas son:

- Involucrar y alinear a todos los agentes del sistema y en especial a todos los EAP de forma homogénea, a fin de abordar las problemáticas tanto sistémicas como locales.
- Dotar de metodología y herramientas a los profesionales de la APyC para que puedan desarrollar e implementar proyectos.
- Desarrollar proyectos de mejora que aborden las principales necesidades de los EAP, realizando una implantación efectiva y promoviendo la transformación organizativa mediante:
- Análisis de la situación actual del proceso de Atención al usuario/paciente detectando los puntos críticos, áreas de mejora y puntos fuertes a potenciar.
- Diseño de los procesos críticos y reordenación de los circuitos, potenciando las tareas de valor, mejorando la eficiencia y eficacia del proceso y consecuentemente a favorito el clima laboral, la resolución y la accesibilidad.
- Detección de las principales acciones de mejora que debería desplegar cada equipo en función de la situación actual.
- Seguimiento del despliegue, asegurando una correcta implantación y una continuidad sostenida en el tiempo.

RESULTADOS

Una vez completado el despliegue los resultados serán:

- Trabajo directo con los 373 centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma
- Más de 2.000 profesionales implicados y más de 3.000 horas de trabajo en sesiones
- Detección de 43 tipologías diferentes de proyectos: 15 a nivel sistema; 28 a nivel local
- Implementación de más de 500 proyectos de mejora

CONCLUSIONES

La alineación y el trabajo de todos los agentes implicados, el uso de metodología para la detección de oportunidades y la priorización de los proyectos según necesidades reales e indicadores, han sido la clave del éxito de este proyecto.

REETIQUETADO DE MEDICAMENTOS PARA DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

YOLANDA AGUILAR GASCÓN ; YARA MARIA ALONSO TRIANA ; RAQUEL MONREAL PRATS ; MARIA ISABEL MIR CASES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6687*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Reetiquetado, pacientes externos*

JUSTIFICACIÓN

La trazabilidad completa de la dispensación de los medicamentos dispensados en el área de pacientes externos, incluido el lote y la caducidad, y la lectura del medicamento mediante código de barras aumenta la seguridad del paciente al reducir errores en la dispensación.

OBJETIVOS

Analizar los errores durante un periodo sin reetiquetado de medicamentos por las Técnicos de Farmacia (TAF) y describir el proceso de reetiquetado de medicamentos del área de pacientes externos para la dispensación segura del tratamiento del paciente con una trazabilidad completa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del proceso de reetiquetado de la medicación que se dispensa en el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia de un hospital secundario, con un análisis previo de los errores que se detectaron cuando no se realiza el reetiquetado durante 8 meses. La etiqueta del reetiquetado es una etiqueta DOMO que contiene un código de barras que identifica: código H del medicamento (principio activo, dosis, forma farmacéutica y número de unidades del envase), código nacional, lote y caducidad. También se describe el número de medicamentos reetiquetados al mes y cuáles son los diez principios activos que más se reetiquetan, relacionado con su consumo.

RESULTADOS

Durante ocho meses sin reetiquetado se detectaron 15 errores: 3/15 por dispensar distinta dosis, 7/15 por dispensar más medicación de la que dura el tratamiento, 4/15 por dispensar menos tratamiento del corresponde hasta la consulta, 1/15 por error en la dispensación (dispensar un tratamiento distinto).

El proceso de reetiquetado por parte de las TAFs se realiza del siguiente modo: cuando la TAF recepciona la medicación señala en el albarán cuáles son de la unidad de pacientes externos y requieren reetiquetado, dejando la medicación en un lugar concreto sin colocar. Las administrativas recepcionan informáticamente el albarán en el programa de Gestión del Serviico de Farmacia generándose un número de albarán interno en nuestro programa, y una vez recepcionado, dejan los albaranes junto con la medicación. La TAF desde el programa de gestión económica acceden al apartado de reetiquetado con el número de albarán interno e imprimen las etiquetas. Comprueban que lo que se detalla en el albarán coincide con las etiquetas, las pegan y colocan el medicamento en su sitio según corresponda. Al dispensar el tratamiento, se lee la etiqueta y sólo deja dispensar si coincide con la prescripción electrónica, sino salta un error, y se debe revisar.

Se reetiquetan una media de 350 envases/mes. Los diez principios activos más reetiquetados son: adalimumab, adalimumab biosimilar, darbepoetina alfa, epoetina alfa, filgrastim, eltrombopag, capecitabina, fingolimod, teriflunomida y bictegravir/emtricitabina/tenofovir-alafenamida

CONCLUSIONES

El reetiquetado de medicamentos consigue reducir y minimizar los errores de dispensación mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la dispensación recibida.

SI ES NECESARIA LA PRUEBA, POR FAVOR, QUE NO ME DUELA

ANA ISABEL MARTÍNEZ CUÑADO ; MYRIAM SÁEZ DE GUINOA SENTRE ; M. CARMEN ROQUES MATA ; MARIA TERESA SALAMERO RODRIGUEZ ; ANA FUSTERO ALBERO ; ELENA ALTARRIBAS BOLSA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

ID: *6689*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Óxido Nitroso, dolor, analgesia ginecológica, sedación consciente, enfermería.*

JUSTIFICACIÓN

En el área de Ginecología y Obstetricia se ha detectado la oportunidad de mejora de disminuir el dolor de las mujeres a las que se les realizan pruebas diagnósitcas o terapeúticas ginecológicas como histeroscopias y conizaciones.

Actualmente, estas pruebas se realizan de forma ambulatoria, sin precisar ingreso, para obtener una mayor eficiencia de las camas y estancias en el hospital. Se programan unos 10 procedimientos en un turno sin la presencia de anestesistas. El cambio al método ambulatorio hace que la rapidez de la atención se pueda priorizar sobre el dolor. Por ello, el personal de enfermería ha incorporado la aplicación intermitente inhalada de Óxido Nitroso para el control del dolor durante las intervenciones.

Esta técnica se realiza de manera habitual para la disminución del dolor en obstetricia en países como Canadá e Inglaterra. Está probada su eficacia como un tratamiento que produce una analgesia moderada pero satisfactoria. Su seguridad está contrastado por lo que se consideró factible su instauración en la práctica clínica.

OBJETIVOS

GENERAL: Disminuir el dolor en las pacientes mediante la auto inhalación intermitente de Óxido Nitroso durante técnicas quirúrgicas ginecológicas diagnósticas o terapeúticas en el quirófano de locales.

ESPECÍFICO: Evaluar la capacidad de disminución de dolor del óxido nitroso en técnicas ginecológicas supervisado por personal enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Detección de oportunidad de mejora. Consenso de grupo entre supervisoras del área quirúrgica.
2. Búsqueda bibliográfica.
3. Solicitud de permisos a la Unidad de Calidad y Servicio de Preventiva.
4. Formación específica en el uso del Óxido Nitroso al personal.
5. Creación de norma interna. Procedimiento Operativo.
6. Cuestionario a pacientes. Valoración del dolor mediante escala analógico visual (EVA) efectos adversos y grado de satisfacción.
7. Implantación de la técnica de auto inhalación intermitente de Óxido Nitroso.
8. Cuestionario posterior a la implantación.
9. Comparación de cuestionarios pre y post. Trabajo cuantitativo Analítico Transversal prospectivo y observacional.

RESULTADOS

La administración de Óxido Nitroso logra una adecuada sedoanalgesia para la realización de procedimientos dolorosos en las pacientes de la muestra.

Disminuye el dolor en un alto porcentaje de las mujeres durante la histeroscopia o conización. Los efectos adversos resgistrados son escasos, leves y conocidos. La mayoría de las mujeres aceptarían nuevamente su uso.

CONCLUSIONES

El Óxido Nitroso inhalado es una alternativa al tratamiento del dolor a tener en cuenta en los procedimientos citados. En España es necesario seguir investigando en este campo y permitir su uso en otros procedimientos que provoquen dolor como grandes curas, pediatría o partos sin anestesia epidural.

Reseñar la participacion que tienen los pacientes, contralando su propio dolor bajo la supervisión del personal de enfermería capacitado.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

MARÍA JESÚS SOBRINO QUEL ; SONIA CASANOVA VIVAS ; NATALIA HERAS FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA

ID: *6696*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Errores de Medicación, Enfermería, Percepción, Estudiantes.*

JUSTIFICACIÓN

Actualmente los errores de medicación se encuentran entre la cuarta y sexta causa de muerte a nivel mundial.

OBJETIVO

Conocer la percepción que el alumnado de Enfermería de 4º curso tiene acerca de los errores de medicación, así como los errores más frecuentes y prácticas de administración de medicación más habituales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado un cuestionario validado y autoadministrado. Se recogieron datos sociodemográficos y datos sobre el servicio y turno de prácticas además de información sobre la percepción de errores de medicación.

RESULTADOS

La mayoría de las personas que contestaron el cuestionario fueron mujeres de 21 y 22 años y los servicios mayoritarios en los que realizaron las prácticas clínicas fueron el de Urgencias, Quirófano y UCI. Se observa que gran parte del alumnado notifica los errores de medicación. Además, verifican una segunda vez la dosis de insulina que se va a administrar, etiquetan el recipiente del medicamento para más de dos pacientes a la vez, pero no etiquetan ni medicamentos ni jeringas con nombre del paciente y fecha de nacimiento. En la etapa de prescripción la causa más frecuente de error de medicación era la confusión en las indicaciones, seguido de la ilegibilidad de la letra del facultativo. En la etapa de preparación la causa más frecuente era la distracción severa al preparar el medicamento, seguida de las etiquetas de medicamentos parecidas y el error de cálculo de dosis. En la etapa de dispensación la causa más frecuente de error era no verificar la identidad del paciente, seguida de la administración de medicamentos no preparados por uno mismo. Propuestas de mejora e intervenciones para la práctica asistencial: Este estudio pone de manifiesto que para garantizar la seguridad de la atención sanitaria es necesario desarrollar estrategias de prevención, así como promover una cultura de seguridad que elimine la culpabilidad y mejore la percepción, comunicación y análisis de errores. Para ello se podrían desarrollar programas de intervención educativa como las simulaciones clínicas que se realizan en 4º curso de Enfermería o el concurso de cálculo y preparación de medicación que ha lanzado la Facultat d'Infermeria i Podologia este año para promover la implicación del alumnado. Por otra parte, existen iniciativas para la disminución de las distracciones durante la preparación de medicación como es la "do not disturb", también la iniciativa del "double check" o el uso de chalecos identificativos a la hora de preparar medicación.

CONCLUSIONES

El alumnado de 4º de enfermería tiene una alta percepción del riesgo de errores de medicación gracias a la formación impartida, pero es necesario fomentar la optimización de las habilidades de enfermeras actuales y futuras, formando y reciclando respectivamente.

ESTRATEGIAS EN SEGUIRIDAD DEL PACIENTE.COMUNICACIÓN EFECTIVA. HANDOVER HUMANIZADO

OLGA MELÉ SOROLLA; LARA FERNÁNDEZ SALVADOR
CENTRO DE TRABAJO: VITHAS LLEIDA

ID: *6700*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Handover Humanización Alfabetización de salud seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

Durante un episodio de estancia hospitalaria, el paciente pasa por diferentes cuidados y servicios. Cada traslado y transferencia implica un riesgo para la seguridad del paciente, pudiendo perderse, olvidarse o malinterpretarse la información clínica mínima esencial. Esto puede ocasionar graves interrupciones del continuo asistencial, tto. inadecuado y, por tanto, potencial daño al paciente. Por otro lado, históricamente no se le ha prestado la importancia suficiente a la necesidad de involucrar al paciente/familia en la asistencia. Para mejorar la comunicación es necesario que ésta sea de valor clínico, oportuna, precisa, completa y comprensible para el que la recibe. Por tanto, precisamos incorporar nuevas estrategias que garanticen la minimización de error y promuevan la implicación y participación del paciente en su propio proceso asistencial.

OBJETIVOS

- Estandarizar el procedimiento de comunicación y la información clínica clave, siguiendo los objetivos en seguridad del paciente de la JCI:
- Limitar y minimizar el traspaso de información subjetiva, ambigua e irrelevante.
- Reducir el riesgo y prevenir el reporte de eventos centinela relacionados con el traspaso de información. Optimización del tiempo empleado para el traspaso de información
- Realizar el handover de manera colaborativa y multidisciplinar en la habitación del paciente y garantizar la confidencialidad y privacidad.
- Humanización del cuidado: situar al paciente en el centro del proceso, aumentar el compromiso e involucrar, junto con su familia, en su propio proceso asistencial y toma de decisiones.
- Aumentar la alfabetización de salud de paciente y familiares sobre su estado de su salud. Informar al paciente al comienzo de cada turno, de los responsables de su cuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

El handover de cada paciente,se realizará en su habitación. Siguiendo una plantilla con la información clínica mínima clave a transmitir. Se definen los conceptos, ítems mínimos a traspasar: enfermería y TCAE. Se aportará información completa, detallada, organizada, veraz y haciendo uso de las técnicas de briefing SBAR y Write-Down/Read-back

Formación teórico-práctico bianual para el equipo asistencial en comunicación eficaz, briefing y handover.

Criterios de exclusión:

- Los pacientes con aislamiento Los pacientes terminales
- Los pacientes con deterioro cognitivo avanzado y/o estuporosos o muy desorientados en el momento del handover.

Criterios inclusión:

- El resto de pacientes de las unidades de hospitalización, incluido paciente pediátrico Indicadores evaluación: tiempo efectivo de traspaso de información entre turnos en hospitalización objetivo <15 minutos NPS nivel de satisfacción del paciente. Objetivo>70
- Incidentes de seguridad del paciente relacionadas con comunicación ineficaz reportadas a través de SEPAMOS =0

RESULTADOS

Cumplir los indicadores de evaluación marcados

CONCLUSIONES

Conseguir una comunicación eficaz para aumentar la seguridad del paciente y humanizar el proceso asistencial.

ÓRDAGO A LA ESPECIALIZACIÓN ENFERMERA. EXCELENCIA EN CUIDADOS

ANA ISABEL MARTÍNEZ CUÑADO ; JESICA MONTERO MARCO ; MARTA CHARLO BERNARDOS ; ELENA ALTARRIBAS BOLSA ; MARIA ESTHER MONSERRAT CANTERA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

ID: *6702*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Reconversión de plazas, enfermería especializada.*

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de los pacientes en hospitales con una alta proporción de enfermer@s especialistas, mejoran los resultados en salud, incluída una menor mortalidad y menos eventos adversos. En nuestro centro, tras jubilaciones y procesos de movilidad, las plazas de la unidad de obstetricia han sido reconvertidas en su totalidad a plazas de Enfermería especializada en obstetricia y ginecología.

OBJETIVOS

- **GENERAL**: Describir el proceso de reconversión de plazas de obstetricia en enfermer@s especialistas, identificando barreras con oportunidad de mejoras.
- **ESPECÍFICOS**: Identificar logros conseguidos en la reconversión y valorar el grado de satisfacción de las pacientes en la atención recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del proceso de reconversión de plazas de enfermería desde el 2017 al 2022 así como las mejoras llevadas a cabo transversalmente. Búsqueda bibliográfica.

Paralelamente se han realizado encuestas a través de un formulario a pacientes atendidas en “habitación de parto de bajo riesgo” desde octubre de 2021 hasta abril 2022 para valorar su grado de satisfacción con la atención prestada.

Creación de una comisión de enfermer@s especialistas de cada una de las unidades y reuniones planificadas con dirección de enfermería.

RESULTADOS

Se han realizado 4 reuniones para planificar el proceso de reconversión junto con las direciones de recursos humanos y subdirección. Se han realizado tres escalones de implantación: ocupación de vacante tras jubilación o movilidad por contrato provisional, reconversión de la plaza y por último ocupación por enfermer@ especialista nominal.

Con esta reconversión Total de las plazas se han conseguido mejoras transversales: nombramiento de una “matrocomisión” de representación del colectivo, creación de una “habitación de parto de bajo riesgo”, seguimiento de todo el proceso desde el ingreso al alta por enfermer@s especialistas.

Ha aumentado la tasa de partos eutócicos y de lactancia exclusiva al alta., ha disminuído la tasa de alta por falso trabajo de parto y se ha puesto en marcha un plan multidisciplinar de implantación de buentas prácticas basadas en evidencia.

El total de partos realizados durante el periodo de la realización de encuestas de satisfacción fue de 950 y la puntación obtenida fue muy alta en todas ellas.

CONCLUSIONES

Apostar por la Especialización enfermera es apostar por una excelencia en cuidados. EL proceso de reconversión conlleva organización de gestión y apoyo de la dirección, buscando sumar la asistencia humanizada, los avances científico-técnicos y las prácticas de mayor evidencia.

SIMULACIÓN CLÍNICA PARA EL ENTRENAMIENTO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

EVA GARCÍA-CARPINTERO BLAS ; PALOMA RODRÍGUEZ GÓMEZ ; BELÉN GONZÁLEZ TEJERINA ; ÁNGELA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ ; ALBERTO TOVAR REINOSO ; JOSÉ ABAD VALLE
CENTRO DE TRABAJO: ESCUELA DE ENFERMERÍA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ID: *6713*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Nursing Education; Patient Safety; Medication Error; Simulation Training.*

JUSTIFICACIÓN

La simulación clínica se está integrando dentro del currículum de grado de varias universidades demostrando ser una herramienta eficaz para la aplicación de prácticas clínicas seguras. La seguridad del paciente es fundamental para reducir los riesgos, errores y daños que pueden sufrir nuestros pacientes. Por ello un aspecto fundamental es la mejora continua basada en el aprendizaje de los errores. Un porcentaje importante de los eventos adversos son evitables, por ello es necesario analizar lo ocurrido para mejorar y reducir esta probabilidad.

OBJETIVOS

- Medir el grado de cumplimiento de las prácticas clínicas seguras a través de la simulación clínica. - Reflexionar sobre los incidentes y la importancia de la notificación de estos.

Métodos: Estudio observacional que evaluó el grado de cumplimiento de las prácticas clínicas seguras en 168 estudiantes de segundo curso de Grado de Enfermería, entre los cursos 2018 y 2021. Se realizaron 30 sesiones de simulación con 2 casos clínicos donde se trabajó la identificación incorrecta de paciente y la administración de insulina según pauta. Se midió el grado de cumplimiento adecuado en los estudiantes antes-después de haber realizado la simulación y su debriefing. Posteriormente se midió el grado de cumplimentación del registro de incidentes en su periodo de prácticas, a través del formulario propio creado por la Escuela y publicado en la plataforma de Docencia en Red Moodle.

RESULTADOS

Carga correcta de medicación, insulina: debían administrar la pauta de corrección de 4 UI, 66% administraron 40 IU de forma equivocada, 28% no se vieron seguros y preguntaron a la enfermera antes de administrarlo y 11% si administraron las 4 UI sin necesidad de confirmación.

En cuanto a la identificación del paciente con la pulsera, de los 84 estudiantes que realizan el caso de valoración de un paciente al ingreso y administración de analgesia, ninguno identifica al paciente comprobando pulsera e historia clínica (0%). Tras la simulación-debiefing y relización de prácticas clínicas, el 100% de los estudiantes realizaron la correcta identificación del paciente y administración correcta de insulina. Sobre el registro de incidentes, se pasó de notificar únicamente incidentes relacionados con medicación, 17 incidentes en 2 años, a 8 incidentes relacionados con medicación y 8 no relacionados con medicación en los dos años siguientes. Además, se produjo un descenso importante en los dos años posteriores en incidentes relacionados con administración de medicación en paciente equivocado, pasando de 8 a 4 notificaciones.

CONCLUSIONES

Las nuevas prácticas clínicas seguras incorporadas recientemente en los centros sanitarios como las pulseras identificativas o sistemas de registro de incidentes son necesarias de incorporar en la formación de profesionales previo a su incorporación a las prácticas clínicas por su desconocimiento actual y necesidad de mejorar la seguridad del paciente.

PROYECTO DE PROACTIVIDAD EN PLANES DE MEDICACIÓN (PDM) Y PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

Mª SOCORRO DEL AMO BENITO ; YVONNE FERNÁNDEZ PAGÈS ; GASPAR GONZALEZ PEREZ ; MARGARITA RODRIGUEZ BENITO ; BEGOÑA SEGURA CAÑADA ; ANGELS FERNANDEZ SAGUER
CENTRO DE TRABAJO: CAP TARRACO

ID: *6722*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *Proactividad, estandarizar ,revisar ,agendas, planes de medicación ,incapacidad temporal*

JUSTIFICACIÓN

Teníamos la percepción de que un elevado porcentaje de la agenda estaba inserida o forzada, sobre todo por motivos relacionados con la renovación de los planes de medicación (PdM) y con la incapacidad temporal (IT), generando malestar entre los profesionales por la incorporación de actividad para la que no se ha previsto un tiempo ni un espacio en la agenda.

OBJETIVOS

- · PdM
  - Disminuir el número de citas por PdM a < 5%
  - Disminuir el número de citas por PdM inseridas/forzadas a < 15 %
  - Disminuir el número de PdM caducados o pendientes de caducar de 0 a 60 días < 20
- · IT
  - Disminuir el número de visitas inseridas por IT a ≤ 10% en las agendas.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, realizamos un análisis de las agendas, cuantificando el % de visitas inseridas y/o forzadas y los motivos de las visitas, con los siguientes

RESULTADOS

Agenda MG:

- 27,9 % visitas forzadas o inseridas
- 14,7% visitas con motivo IT
- 6,9 % visitas con motivo Plan de Medicación Agenda incidencias:
- 60,3 % visitas forzadas o inseridas
- 56,9 % visitas con motivo IT
- 10,3 % visitas con motivo Plan de Medicación

Observamos que los motivos PdM + IT son los que ocupan el porcentaje más alto en inseridos o forzados, tanto en agenda médica, como en agenda de incidencias y es por ello que decidimos plantear nuestra intervención en esos motivos y en las visitas forzadas o inseridas.

A posteriori se realizó una nueva recogida de datos sobre las agendas médicas durante una semana laboral, cuantificando el número total de renovaciones de IT y de PdM, el tiempo unitario en minutos para revisar el PdM y la IT del paciente, lo que permitía calcular el promedio de tiempo en horas de dedicación semanal por profesional, para revisar PdM (1,4 horas) y para gestionar la IT (1,8 horas).

RESULTADOS

Las medidas de mejora implantadas:

PdM:

- Promover la proactividad MG en la actualización PdM crónica mínimo 0-60 días.
- Estandarizar la actualización del PdM.
- Dedicar 1,5 h semanales a actualizar PdM crónica mínimo 0-60 días desde Módulo RE de ECAP (sin agenda).
- Comprobar por el personal administrativo la actualización PdM en la demanda por este motivo antes de programar cita.

IT:

- Programar las visitas de seguimiento de IT.
- Estandarizar la gestión de IT
- Revisar módulo de IT Seguimiento de indicadores:
- Recogida de datos en agendas 1’5m, 4m y 8m:

Motivo de visita

Visitas inseridas/forzadas y programadas Auditoría módulo de RE en 1’5m, 4m y 8m Auditoria módulo IT en 1’5m, 4m y 8m

CONCLUSIONES

La expectativa de reducción de visitas forzadas e inseridas en las agendas disminuye el malestar percibido y ha sido muy bien valorada por parte de los profesionales.

Disponer de un tiempo semanal reservado a la proactividad en la actualización de los PdM ayuda a prevenir la visita forzada.

Estandarizar la gestión de la IT, asegurando la programación de las visitas de seguimiento, no sólo ayuda a disminuir la variabilidad, sino que también contribuye a reducir las visitas inseridas por este motivo.

¿SABEMOS EL IMPACTO REAL DE LA PANDEMIA EN LA REDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA?

VICTOR MANUEL RODRIGUEZ BLANCO [(1)]; MARÍA MANIEGA CAÑIBANO [(1)]; TANIA TANIA CEDEÑO BENAVIDES [(1)]; COVADONGA NORIEGA LÓPEZ [(1)]; Mª EUGENIA LLANEZA VELASCO [(2)]; RICARDO DE DIOS DEL VALLE [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

ID: *6724*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Pandemia, COVID-19, actividad asistencial*

JUSTIFICACIÓN

La pandemia por el Covid-19 condiciono una reducción de la actividad asistencial programada en 2020 y 2021 por la declaración del estado de alarma como por la necesidad de orientar los recursos a la atención de estos pacientes. En muchas ocasiones comparamos la actividad realizada los años de pandemia con el año previo (2019), pero estas comparaciones están sometidas a la enorme variabilidad interanual existente. Con el objetivo de poder dimensionar de forma más realista el impacto de la misma hemos procedido a comparar la actividad media del 2020 y 2021 respecto a la actividad media 2009-2019.

OBJETIVOS

Comparar la actividad hospitalaria realizada en dos períodos, pandemia (2020-2021) y prepandemia (2009-2019).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: descriptivo transversal.

Período: Se evalúa la actividad hospitalaria realizada durante 13 años (2009-2021).

Variables: nº de intervenciones totales, nº intervenciones programadas y urgentes, nº quirófanos, nº consultas, nº ingresos totales, programados y urgentes, nº estancias, nº urgencias, año.

Análisis: Se realiza una comparación de la media anual del período pandemia (20220-2021) y prepandemia (2009-2019).

RESULTADOS

Intervenciones totales: media anual 20-21: 5213,5, media 09-19:7949,5 (-34,42%). Int.programadas: 20-21: 4229,5; 09-19: 6993,6 (-40,16%). Int.urgentes: 20-21: 984,5; 09-19: 1046,6 (-5,94%). Quirófanos: 20-21: 1433,5; 09-19: 1992,6 (-28,06%). Consultas: Media anual 20-21: 177641; 09-19: 188164,9 (-5,59%). Ingresos: 20-21: 15529,5; 09-19: 16779 (-7,45%). Ingresos programados: 20-21: 3614,5; 09-19: 4045,45 (-10,65%). Ing. Urgentes: 20-21: 11915; 09-19: 12731,9 (-6,42%). Estancias: media anual 20-21: 8577,5; 09-19: 8604 (-0,31%). Urgencias: 20-21: 57768,5; 09-19: 69189,8 (-16,51%).

CONCLUSIONES

Al analizar los datos de los 11 años previos a la pandemia logramos aproximarnos a una realidad estable en el tiempo con lo que podemos valorar de una forma más objetiva el verdadero impacto que ha tenido la pandemia en la actividad hospitalaria. Observamos una reducción en todos los ámbitos de la actividad hospitalaria. La actividad quirúrgica programada ha sido la más afectada con una reducción anual superior al 40%; y la que menos reducción ha tenido han sido las estancias (0,31) y las consultas (5,59); probablemente el utilizar la reanimación como UCI y la posibilidad de realización de consultas externas telemáticas ha contribuido a esta diferencia. Es difícil estimar lo que nos costará digerir este impacto; como estimación podemos calcular que las intervenciones que no hemos realizado en estos dos años han sido 5472 brutas, si el ratio de intervenciones por quirófano es de 4 precisamos 1368 quirófanos; y si tenemos en cuenta que la media de quirófanos por la tarde en 11 años es 142… necesitaríamos más de 9 años. Esto nos da una dimensión de la dimensión de esta crisis sanitaria. Obviamente serán precisos planes especiales que aúnen derivaciones e incremento de actividad.

CONSUMO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. AISLAMIENTO POR COHORTE VS AISLAMIENTO POR HABITACIÓN INDIVIDUAL

LAURA ELENA SERRANO HEVIA [(1)]; COVADONGA GARCÍA VIÑA [(1)]; JOSÉ ÁNGEL GARCÍA GONZÁLEZ [(1)]; MARÍA ISABEL ROCHA ADRIAN [(1)]; MARÍA EUGENIA LLANEZA VELASCO [(2)]; RICARDO DE DIOS DEL VALLE [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

ID: *6725*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Equipos de Protección Individual, COVID-19*

JUSTIFICACIÓN

El inicio de la pandemia conllevo la declaración de un estado de alarma que provoco la reducción de actividad programada para atender a pacientes covid. Ante la incertidumbre se optó por reservar plantas hospitalarias completas para el manejo de estos pacientes, ello permitió optimizar los equipos de protección en un momento en que escaseaban, controlar los accesos (prohibidas las visitas) y establecer circuitos de atención más seguros para evitar la diseminación del virus. En esta época la incidencia era alta y las plantas tenían una ocupación total. Pero en las última olas, la incidencia era menor, las plantas covid tenían baja ocupación, la actividad ordinaria se restableció lo que incrementaba la necesidad de camas no covid, los EPIs ya no escaseaban. Esta situación indujo a cambiar el tipo de aislamiento, de cohorte (en planta) por aislamiento en la habitación, lo cual nos permitía poder combinar pacientes covid-no covid en la misma planta y optimizar camas. Esto provocaba un incremento del consumo de EPIs que era necesario evaluar para ajustar las adquisiciones y stock. OBJETIVOS

Comparar el consumo de EPIs en aislamiento por habitación frente a aislamiento por planta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo.

Período: El cambio el 21 de marzo de 2021.

Evaluación: Fase aislamiento por planta: 10 de enero-20 de marzo (9 semanas). Fase aislamiento por habitación: 21-27 marzo.

Variable Indicador: número de batas de exploración reforzadas consumidas por semana.

Análisis: Se compara media de consumo de batas a la semana en fase pre y post en una planta de 15 habitaciones (30 camas).

RESULTADOS

Se consumieron 1177 batas totales en las 9 semanas pre-implantación; media a la semana: 130,8. En la semana post- implantación se consumieron 2050 batas. Se crea un grupo multidisciplinar para analizar el consumo teórico de EPIs e intentar optimizar el mismo. Este grupo estima un consumo a la semana que oscila entre 2030 y 2450 EPIs/semana/15 habitaciones.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar los datos; estiman un consumo de EPIs por planta al día: 2030-2450 EPIS/semana/planta (15 habitaciones).

CONCLUSIONES

El cambio provoco que el consumo se multiplicase por 15. Tras analizar el mismo, entraba dentro de lo lógico, y por tanto, no había margen para optimizar. Por ello, se transmite esta información a la Unidad Central de Compras para que lo tenga en consideración en la adquisición de material, en el mantenimiento de un stock adecuado, así como en las proyecciones económicas. Este cambio provocó otros efectos no estimados inicialmente como menor tiempo de profesional disponible para la asistencia a los pacientes, y tuvimos que reforzar esa unidad. Como aspecto positivo se logró una gestión de las camas más ajustado a las demandas asistenciales existentes en este momento, pudiendo atender a más pacientes no covid.

DESARROLLO DE UNA WEB EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN A LA POBLACIÓN Y TRANSPARENCIA.

VICTOR ESCUDERO GONZALEZ ; ELENA MOHÍNO SÁEZ ; ALBERTO BARBERÁ GÓMEZ ; RICARDO GARCÍA MARTÍNEZ ; ESTER ARMELA SÁNCHEZ-CRESPO ; GEMMA IZQUIERDO GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6726*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *WEB; SEGURIDAD DEL PACIENTE; EDUCACIÓN EN SALUD; TRASPARENCIA; COMUNICACIÓN; URGENCIAS; EMERGENCIAS*

JUSTIFICACIÓN

La presencia en internet mediante una página web ya se ha vuelto esencial para las organizaciones y administraciones públicas. La presencia en internet responde a pilares básicos como la participación activa de los ciudadanos, la trasparencia que es requisito legal en las administraciones públicas, la accesibilidad universal y la educación a la población.

OBJETIVO

Elaborar una página web de un servicio de emergencias, desarrollando cuatro ejes temáticos según el público al que van dirigidas: Ciudadanos, Profesionales, Medios de Comunicación y Trasparencia. Construir un potente escaparate dirigido a los tres grupos fundamentales y ser instrumento de formación en actuación ante una emergencia para la población en general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se formó a un redactor y a un editor de la web en el sistema de edición de la web escogido por. Se realizó un análisis de las necesidades de ciudadanos, profesionales y medios de comunicación para elaborar los contenidos adaptados a cada grupo. Se realizaron reuniones con los diferentes servicios, departamentos y direcciones del servicio para recoger sus aportaciones y contar con su implicación para el desarrollo de la web. Se procedió a recabar imágenes, vídeos, documentación y elaboración de una estructura lógica.

El redactor es quién realiza un análisis continuo de las necesidades inmediatas y futuras para que la web se encuentre en constante cambio y actualización. Se monitoriza la actividad de la web y del total de secciones de la misma.

RESULTADOS

Dentro de esta estructuración en el eje ciudadanos, se han establecido tres puntos importantes, el principal sobre consejos según la estación del año, consejos de actuación y reconocimiento de emergencias. El segundo el del conocimiento del propio servicio y sus recursos. Y el tercero centrado en la actualidad del servicio.

En cuanto a la estructura del eje de profesionales, se centra en cómo trabaja y los recursos humanos y la investigación. Eje centrado no solo en los profesionales del propio servicio, sino de otros servicios.

Por último, el eje de comunicación, se ha fundamentado en el acceso a toda la videoteca, galería de imágenes, datos de actividad y noticias y notas de prensa con el objetivo de ofrecer a los medios de comunicación un catálogo de recursos para responder sus necesidades.

La web durante el 2020 ha recibido un total de 138.279 visitas, en 2021 las visitas han ascendido hasta 254.945 visitas.

CONCLUSIONES

La página web debe ser un instrumento vivo, en constante actualización para mantener y aumentar las visitas, esto se desprende de los datos de visitas, puesto que durante el 2021 es el periodo de mayores actualizaciones de la propia web.

No solo es necesario realizar un análisis previo de las necesidades de los diferentes públicos, sino que el análisis debe ser continuo tanto monitorizando los datos de visitas como recibiendo el fred back de ciudadanos, profesionales y medios de comunicación para adecuar el contenido.

RONDAS DE SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CURAS INTENSIVAS. CONSTATAR LA CALIDAD POST-CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015

ROSA Mª SABATER-RAGA ; LLUÏSA BANCÓ-TURA ; BEATRIZ MARTÍNEZ-GARCÍA ; CLARA SIBINA-MACHENGS ; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ ; ANDREU ALOY-DUCH
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6732*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *rondas de seguridad, medicina intensiva, certificación ISO 9001:2015*

JUSTIFICACIÓN

Las "Rondas de Seguridad" (RS) son una práctica recomendada para incrementar la seguridad del paciente, que permiten conocer la adherencia a las buenas prácticas recomendadas para incrementar la seguridad de los servicios clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

OBJETIVOS

Presentar los resultados obtenidos a raíz de la implantación de las rondas de seguridad para la mejora de la seguridad de los pacientes y potenciar la cultura de seguridad de los profesionales que trabajan en el Servicio de Cuidados Intensivos (SCI), en el contexto de la nueva certificación ISO 9001:2015 recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el 2019 se inició la preparación de la documentación para obtener la certificación ISO 9001:2015 en la SCI, obteniéndola en el 2020. En el mapa de procesos se definió como proceso transversal la seguridad del paciente crítico, cuyo objetivo es promover la seguridad de los pacientes en medicina intensiva, a partir de la implementación de diferentes procedimientos e indicadores, evaluación de los resultados, e implementación de acciones de mejora. Una de las acciones surgida es la realización de las rondas de seguridad. Inicialmente, las ha realizado la enfermera de control de infecciones. Esta, sin previo aviso, mensualmente acude a la SCI, eligiendo al azar 6 pacientes y, junto con el resto del equipo responsable de éstos, se evalúan "in situ" 10 indicadores vinculados a los diferentes "Proyectos Cero" del SCI y en el 2021 se añadieron 3 indicadores más: dolor, antibióticos y BPC.

RESULTADOS

Durante el 2020 se realizaron 4 rondas (dos por semestre). El cumplimiento global fue 85%,93%, 79% y 93% (media de 87,5%). Las variables con un cumplimiento inferior al 85% planificado fueron: a) cabezal elevado (> 30º): 79%; b) control de neumotamponamiento, con tensión adecuada: 79%; c) aislamiento adecuado: 62%; d) mantenimiento del catéter venoso: 81%.

Durante el 2021 se realizaron 7 rondas. El cumplimiento global fue 93%, 90%, 90%, 86%, 87%, 90% y 82% (media 88%). Las variables con un cumplimiento inferior al 85% planificado fueron: a) aislamiento adecuado: 62%; b) mantenimiento del catéter venoso: 62%; c) valoración del dolor (nuevo) (escala EVA < 4): 76%.

CONCLUSIONES

La realización de las rondas de seguridad, en el contexto de la nueva certificación ISO, ha constatado la calidad asistencial ofrecida de los pacientes quedando reflejado en la mejora de los resultados de los diferentes indicadores evaluados. La realización periódica también ha colaborado a la mejora de la cultura con los profesionales ya que éstos las aceptan cada vez, siendo muy importante el "feed-back" posterior, así como la aplicación de las acciones de mejora que surgen de ellos mismos.

CREACIÓN MANDO INTERMEDIO EN EL CENTRO COORDINADOR DE UN SEM PARA UN SEGUIMIENTO QUE MEJORE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RICARDO GARCIA MARTINEZ ; VICTOR ESCUDERO GONZALEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6735*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Seguridad del paciente, trazabilidad, homogeneidad y emergencia*

JUSTIFICACIÓN

En un Servicio de Emergencias Extrahospitalarias (SEM) con un más de 3.000 llamadas al día y una media diaria de 1200 movilizaciones de recurso, se requiere dentro de los Técnicos en Emergencias Sanitarias – Gestores de Recursos (TES-GR) una figura de mando intermedio que supervise la coordinación de los recursos asistenciales, la homogeneidad en la respuesta ante una asistencia sanitaria y los tiempos de respuesta de las unidades asistenciales, con el objetivo de garantizar la asignación del recurso que garantice la asistencia sanitaria en tiempo óptimo y con el recurso idóneo.

OBJETIVOS

Conseguir homogeneidad en la respuesta, la coordinación adecuada de los recursos asistenciales y el cumplimento de los tiempos de respuesta dado que son en punto crítico en la gestión y asignación del recurso desde el Centro Coordinador (CC). Mejorar la seguridad del paciente a través del control de los tiempos de respuesta y seguimiento proactivo de los incidentes para minimizar los riesgos. Mejorar el despliegue de los objetivos de calidad y seguridad del paciente en el CC en el área de TES-GR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiar la situación del CC y las aptitudes, actitudes y capacitaciones necesarias para el desarrollo adecuado del puesto. Desarrollar la ficha de perfil del puesto incluyendo las tareas del puesto a realizar, las certificaciones académicas y formativas necesarias así como la experiencia requerida para el puesto. Establecer una convocatoria interna dirigida a los TES-GR, mediante cumplimiento de requisitos, valoración de currículum y entrevista personal para designar a los candidatos idóneos.

RESULTADOS

Tras la implantación de esta nueva figura, se ha disminuido considerablemente la carga de trabajo del Jefe de Guardia, pudiendo emplearse en las tareas concretas ligadas al liderazgo de la guardia, supervisión de la actividad del servicio tanto de recursos móviles como del propio CC. Los TES-GR cuentan con una figura de referencia de soporte, se han mejorado las comunicaciones ordinarias entre los diferentes estamentos al estar centralizados en una única figura.

CONCLUSIONES

Desde su implementación ha dado unos resultados adecuados al desarrollo diario del trabajo en un CC, resaltando como mejoras importantes el control unificado de la coordinación de las unidades y de los tiempos de asignación y llegada al incidente, mejora de las órdenes de servicio y de las comunicaciones entre los diferentes estamentos y el grupo de TES-GR en sentido ascendente y descendente, homogeneización de respuesta ante el mismo tipo de incidente con el mismo número y tipo de recursos, centralización de todas las actualizaciones sobre estados de recursos en una única figura que permite tener clara la visión global de operatividad y las desviaciones acaecidas para gestionarlas de la forma más rápida y eficaz y el control de todos aquellos incidentes que puedan ser relevantes por su complejidad o por sus características.

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO SERVICIO ENFERMERO, ANÁLISIS DEL PROCESO

CRISTINA MARÍN PERALES; BEATRIZ SEVILLANO LÓPEZ; MARTA PALACIOS REDONDO; NURIA PARRA ASPERILLA; JOSÉ MARÍA TOLEDO ZAMBRANA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA

ID: *6737*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PICC, calidad, reto*

JUSTIFICACIÓN

Teniendo presente la mejora de la calidad de la atención y atendiendo a las necesidades de los pacientes,ponemos en marcha un nuevo servicio enfermero con un Equipo de Terapia Intravenosa (ETI). Este servicio se encargara de la canalización ecoguiada de catéteres intravenosos centrales de inserción periférica (PICC). Nuestra población ingresada es de edad avanzada con mal acceso vascular y tratamientos antibióticos muy lesivos, ocasionando frecuentes cambios de vía periférica con el sufrimiento que ello conlleva para el paciente.

OBJETIVOS

- Analizar el proceso de implantación del nuevo servicio enfermero
- Valorar la idoneidad de la estructura creada
- Evaluar los resultados en los pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal. El ámbito de estudio son los pacientes ingresados en Unidades de Geriatría Aguda, con dificultades para mantener una vía de acceso periférico y el nuevo servicio enfermero de implantación de PICC. Se han evaluado los indicadores de estructura (porcentaje de profesionales formados, porcentaje de pacientes portadores de PICC), indicadores de proceso (proporción de PICC insertados con técnica ecoguiada, proporción de radiografías realizadas para control de punta), indicadores de resultado (proporción de fracasos en la colocación de PICC, incidencia de complicaciones en la colocación de PICC, días de catéter). Se realizó un análisis descriptivo de los indicadores a través de proporciones y poncentajes.

RESULTADOS

Se han implantado 26 catéteres PICC desde Febrero a Mayo del 2022, siendo un 23% de ellos, catéteres de línea media. En cuanto a los profesionales formados tenemos a 4 enfermeras que forman parte del ETI, son el 1,7% del total de profesionales enfermeros del Hospital. La proporción de PICC insertados con técnica ecoguiada fue de 1. La proporción de radiografías para control de punta fue 1. En relación a la proporción de fracasos en la colocación de PICC fue 0,15. El porcentaje de complicaciones en la colocación de PICC fue del 27%. La duración en días de los catéteres insertados fueron, un 45% entre 1 y 5 días, un 36% entre 6 y 10 días, y más de 10 días un 18%. Un 50% de las inserciones fueron en Unidades de Hospitalización de Geriatría Aguda, el 41% fueron en una Unidad de Cuidados Paliativos, el 18% en un Unidad de Medicina Interna, y un 2% en Unidades Quirúrgicas.

CONCLUSIONES

La aparición de nuevos roles enfermeros con capacitación adecuada y autonomía de actuación mejora la calidad de la asistencia a los pacientes. En nuestro caso evita canalizaciones continuas, preservando así su capital venoso, un 45% mantenía el catéter insertado entre 1 y 5 días. La creación de una nueva Unidad permite la protocolización de los procedimientos, lo que disminuye la variabilidad de actuación. A posteriori analizaremos el grado de satisfacción de los pacientes como del resto de profesionales.

IMPACTO DE LAS TELECONSULTORAS ENFERMERAS EXPERTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mª ÁNGELES CASTAÑEDA PALMA ; ADRIANA RIVERA SEQUEIROS ; JESÚS CÁRCAMO BAENA ; ÁNGEL RODRÍGUEZ HURTADO ; Mª ESTRELLA CASTAÑEDA PALMA ; Mª LOURDES CASTILLA MORO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *6740*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *e-health, consultoría asincrónica, rol de la enfermera, advanced practice nursing*

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y el desarrollo de cuidados especializados reporta un perfil de paciente hospitalizado cada vez más complejo. A su vez, el uso de las nuevas tecnologías es una oportunidad de mejora en los cuidados, siendo la Salud Digital una demanda dentro de la organización sanitaria. Por todo ello, es necesario acercar las enfermeras expertas en determinados especialidades a todos las enfermeras del hospital como apoyo a los cuidados complejos.

En Octubre de 2021, dentro de la Unidad Digital de Cuidados, se pone en marcha en nuestro centro una plataforma virtual asincrónica de teleconsulta enfermera para dar respuesta a consultas realizadas por enfermeras sobre necesidades de pacientes hospitalizados que precisan cuidados expertos, desarrollándose el rol de la teleconsultora experta en cuidados.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de las Teleconsultas Enfermeras Expertas en este hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de 9 meses de uso de las teleconsultas de cuidados, gestionado por 8 enfermeras expertas (Oncología, Ostomías, Accesos Vasculares, Urología, Otorrinolaringología, Heridas Crónicas Complejas, Gestora de Casos y Generalista) en un hospital de tercer nivel. Se realizó una intensa difusión y formación del uso entre los profesionales. Toda esta actividad queda integrada en la historia clínica del paciente. La plantilla de solicitud se adaptó al proceso enfermero, incluyendo diagnósticos enfermeros (NANDA), criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) específicos de cada experta. Además, esa plantilla se diseñó para extraer sistemáticamente datos estructurados de los cuidados. Los solicitantes evaluaron la plataforma mediante encuesta virtual (liker 1-5).

RESULTADOS

Se atendieron 2619 teleconsultas, que se resolvieron en 2,37 días de media. La distribución de las solicitudes por UGC no fue homogénea, siendo más demandadas las Unidades médicas. La consultora más demandada fue Accesos Vasculares (51%). La edad media del paciente era de 69 años, mayoritariamente mujer (55%). Los diagnósticos enfermeros más frecuentes fueron “Autogestión ineficaz de la salud”(66%) y “Conocimiento deficiente” (55%). Las intervenciones “Asesoramiento”(44%) e “Intercambio de información de cuidados” (33%) las más realizadas. Se valoró la plataforma como un recurso bastante accesible (X=4,21±0,93) y útil (X=4,43±0,98), que generó alta satisfacción con la respuesta recibida (X=4,24±0,94) y el tiempo de resolución (X=4,23±0,99).

CONCLUSIONES

La implantación de estas Teleconsultas ha agilizado la comunicación entre enfermeras del hospital y las teleconsultoras expertas en cuidados, favoreciendo su accesibilidad y transversalidad en los circuitos asistenciales. La integración en la historia del paciente ha visibilizado la figura enfermera permitiendo el análisis de calidad de la actividad enfermera a través de datos estructurados.

EL CAMINO HACIA UN HOSPITAL SIN PLÁSTICOS

JULIA RODRÍGUEZ SANCHIDRIÁN; ANA ISABEL CERRILLO MARTÍN; CARMEN OÑATE HEREDERO; MARÍA TERESA ARAQUE; CONCEPCIÓN SIERRA RICO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6749*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión. Minimización de residuos*

Concienciados con la problemática ambiental que supone el uso de plásticos, se propuso como objetivo institucional en 2019 la reducción de los mismos. Para ello se diseñó un Plan de Gestión Sostenible de Plásticos de un solo uso (2019-2021), debido a que la cantidad de plástico de un solo uso se incrementaba anualmente.

LOS BENEFICIOS DE PLANIFICAR LA JUBILACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS

OSCAR URBANO GONZALO [1]; INÉS SEBASTIAN SÁNCHEZ [2]; ALBA GALLEGO ROYO [3]; BÁRBARA MARCO GÓMEZ [4]; CANDELA PÉREZ ÁLVAREZ [4]; ROGELIO ALTISENT TROTA [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA, [2] CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS. SECTOR III ZARAGOZA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [4] HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA, [5] FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ID: *6751*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Médico jubilado, flexibilidad laboral, planificación de la jubilación*

JUSTIFICACIÓN

La jubilación supone un momento de crisis vital entre los profesionales médicos. Conlleva pérdida de estatus, económica y de buena parte de las relaciones sociales (los compañeros del trabajo).

Además, el proceso de jubilación anticipada de profesionales médicos tiene un impacto negativo en la calidad asistencial del sistema de salud.

OBJETIVO

Revisar la literatura reciente sobre el proceso de la jubilación de los profesionales médicos para valorar su impacto y posibles estrategias de mejora.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica sobre el proceso de jubilación de los médicos y la actividad asistencial los años previos a su retirada asistencial . En MEDLINE a través de PubMed, EMBASE, Web of Science y Scopus. La estrategia de búsqueda se limitó a los idiomas inglés y español. Periodo de búsqueda de enero de 2000 a mayo de 2022. No hay un término MeSH propio para “médico jubilado” por lo que se han utilizado los términos booleanos “physician”, “doctor”, “medical”, “retire”, “retirement”, “pre-retirement”, “flexible working” and “patterns”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los últimos 20 años el número de artículos publicados sobre el proceso de jubilación del médico se ha triplicado. De los aproximadamente 3.000 artículos sobre el tema, 2.000 han sido publicados a partir del año 2000, 200 de ellos en el año 2021. Es un tema de creciente interés.

Las principales causas de jubilación anticipada descritas son la sobrecarga asistencial, el burnout y la falta de reconocimiento de las instituciones. El entorno rural presenta las mayores tasas de jubilación anticipada. También influye el desarrollo de enfermedades, que en algunos casos son consecuencia del estrés laboral y la falta de autocuidados del propio médico.

Con el fin de optimizar el proceso de jubilación, tanto para el profesional médico como para el sistema sanitario, sería conveniente promover estrategias de transición “win-win” disminuyendo carga asistencial y potenciando el compartir su experiencia y conocimientos: patrones de jubilación progresiva con adaptaciones laborales (horarios flexibles y rango de actividad más seleccionado) junto a una reorientación hacia la docencia y la actividad colegial, para aprovechar su experiencia potenciando el lema “Inspire before you retire” (“sirve de inspiración antes de retirarte”) En este sentido, los colegios profesionales son un elemento clave para facilitar el proceso de jubilación y recoger la visión y los aprendizajes de aquellos que han visto evolucionar al sistema sanitario los últimos 30 o 40 años.

CONCLUSIONES

La jubilación de los profesionales médico puede suponer una crisis vital debido a la fuerte identificación de la persona con su profesión y pérdida brusca de recursos y experiencia. Es necesario desarrollar planes laborales flexibles reduciendo actividad asistencial y potenciando su labor docente. Las organizaciones médicas colegiales tienen un rol clave en el acompañamiento positivo del proceso de jubilación de los médicos

¿PROVOCAN LOS ACOMPAÑANTES EL AUMENTO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR COVID EN LOS CENTROS SANITARIOS?: ENTRE EL HUMANISMO Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.

RAFAEL LLEDÓ-RODRÍGUEZ ; ANDREU ALOY-DUCH ; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ ; ELOÍSA MICÓ-REYES ; ROSA Mª SABATER-RAGA ; EVA MUÑOZ-QUILES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6752*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Palabras clave: *COVID, infección nosocomial, humanismo, visitas hospitalarias*

JUSTIFICACIÓN

Una “Infección Nosocomial por COVID-19” (IN-COVID) se produce por el contagio de un familiar, otro paciente, o un profesional. Se han aplicado “Normativas de Acceso de los familiares” (N-ACCESO) en los centros. Estas medidas restrictivas han permitido un limitado contacto presencial entre los pacientes con COVID y sus familiares. Es difícil conciliar el apoyo emocional a los pacientes, con la necesidad de prevenir la IN-COVID en los centros.

OBJETIVOS

Describir los casos consecutivos de probable de IN-COVID aparecidos en los últimos 17 meses, y su asociación con la N-ACCESO de visitas a los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 25.772 pacientes han ingresado en el hospital general de referencia comarcal desde agosto-20 hasta febrero-22. De ellos 2042 (8%) fueron COVID. Al resto de 23730 pacientes NOCOVID, al ingreso se les practicó a todos una PCR, y rutinariamente cada 5 días a todos los negativos a modo de cribaje. Se definió la IN-COVID: 1) paciente ≥7 días ingresado; 2) PCR (–) previa ≤5 días; y, 3) un entorno de COVID-19 (contacto +). La N-ACCESO de los familiares, se han clasificado en PERMISIVA (2 visitas/día en NOCOVID, y ninguna o 1 a la semana con EPI a los COVID-19), y RESTRICTIVA (1 visita/día en pacientes de fin de vida o demencia en NOCOVID, y ninguna a los COVID-19).

RESULTADOS

Se describieron 104 (0,44%) IN-COVID en las distintas oleadas en intervalos de 2 meses:

1. 2ª ola (N-ACCESO-PERMISIVA) 15 IN-COVID.
2. Final 2ª ola (N-ACCESO-RESTRICTIVA) 3 IN-COVID.
3. 4ª ola (N-ACCESO-PERMISIVA) 15 IN-COVID.
4. Final 4ª ola (N-ACCESO-RESTRICTIVA) 2 IN-COVID.
5. 5ª ola (N-ACCESO-PERMISIVA) 8 pacientes IN-COVID.
6. Final 5ª ola (N-ACCESO-RESTRICTIVA) 2 pacientes IN-COVID.
7. 6ª ola (N-ACCESO-PERMISIVA) 59 pacientes IN-COVID (variante ómicron).

El 93% ($p< 0,010$) de IN-COVID se ha asociado a N-ACCESO-PERMISIVA de los familiares.

CONCLUSIONES

Es difícil conjugar el humanismo con la necesidad de prevenir la IN-COVID, si bien las medidas restrictivas han permitido un cierto contacto presencial entre los pacientes con COVID y sus familiares.

MEJORANDO LA COMUNICACIÓN DEL EQUIPO DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIOS Y PROFESIONALES

GEMMA IZQUIERDO GONZÁLEZ; CARLOS GONZALEZ MALDONADO; BEATRIZ ALBARRACIN MORENO; FELIX DE PAZ DE PAZ; ANA SORIA SALAS; FATIMA GUTIERREZ SANCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *6763*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Reuniones online .Mejora de la comunicacion ante dispersion geografica y turnicidad especifica*

JUSTIFICACION

La dispersión y turnicidad de los equipos asistenciales de los servicios de emergencia (SE) dificultan la comunicación interna de la organización. Para asistir presencialmente a las reuniones tienen que realizar un desplazamiento exprofeso bien en su tiempo libre o bien en medio de su actividad asistencial que, dado su carácter, o se suspende o no es posible. Esta dificultad de comunicación se transformó en una urgencia organizativa con la Pandemia COVID19 imponiendo la necesidad de una ágil transformación que aprovechara la oportunidad del elevado nivel de digitalización de nuestro SE.

MATERIAL Y METODOS:

Grupo de trabajo: equipo directivo (ED) e informática.

Identificación del problema y actuaciones previas: La dificultad para hacer reuniones presenciales durante la pandemia hizo que se desarrollaran herramientas de comunicación y reunión online como los aplicativos ZOOM y TEAMS.

Aprovechando este desarrollo, el ED:

- Implantó reuniones semanales al comienzo de la pandemia con los mandos intermedios (MI) de las unidades asistenciales, dada la rápida evolución de los acontecimientos y necesidad de adaptación cada día a la nueva situación.
- Impulsó y facilitó su uso por los MI con los profesionales de las unidades a su cargo.
- Estableció un registro proforma de las reuniones cuyos contenidos se incorporan a la dirección participativa por objetivos y son la base del seguimiento de los mismos.
-

RESULTADOS

Sistematización de reuniones de ED con MI: periodicidad actualmente quincenal (las presenciales eran cuatrimestrales). Agilidad para incrementar o disminuir la periodicidad en función de escenarios de volatilidad e incertidumbre.

Incorporación de otros departamentos en función de los temas a tratar: Calidad, Seguridad, Gestión, Farmacia...mejorando la comunicación vertical y horizontal.

Sistematización del registro: Orden del día que incorpora temas a solicitud de todos los participantes. Acta enviada a todos que sirve de base para la comunicación de los MI con sus propias unidades asistenciales.

Comunicación bidireccional: Se informa a los MI de cambios organizativos, seguimiento objetivos e indicadores, resultados de actividad, seguridad del paciente, … y estos transmiten a la Dirección las necesidades detectadas en sus unidades para su resolución.

CONCLUSION

Las reuniones online han mejorado la comunicación en nuestro SE con horario especifico de actividad y dispersión de sus unidades asistenciales entre el ED, MI y profesionales.

La instauración de reuniones periódicas con los MI ha mejorado la fiabilidad de la información en la organización y empoderado a éstos al sentirse más cercanos y con capacidad de participación en el ED del que forman parte.

SEGUNDAS VÍCTIMAS EN PERSONAL NO SANITARIO: LOS CELADORES TAMBIEN SON PARTE DEL EQUIPO.

INMACULADA SÁNCHEZ PÉREZ ; JULIAN ALCARAZ MARTINEZ ; MARIA DOLORES GÓMEZ PELLICER ; PILAR RUIZ JARA ; JULIA MUÑOZ ARTERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

ID: *6768*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *segundas victimas, seguridad del paciente*

JUSTIFICACIÓN

El colectivo de celadores no suele ser objeto de actividades para la mejora de la seguridad de los pacientes y se sabe poco sobre si se suelen ver afectados por estar implicados en incidentes de seguridad del paciente.

OBJETIVO

En este trabajo queremos explorar si este colectivo puede estar más o menos afectado y ser segundas víctimas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras un primer curso breve de seguridad del paciente destinado exclusivamente a celadores de nuestro centro, se les invitó a rellenar una encuesta anónima a todos ellos en papel, como última actividad de este curso. La encuesta fue rellenada por cada uno y la dejaban al salir del aula.

RESULTADOS

Se han obtenido 31 respuestas (todos los presentes). La media de años trabajados en el puesto fue de 12,3 años. El grado de seguridad percibido del servicio fue puntuado con una media de 6,9 en una valoración de 0 a 10.

Preguntados por si habían participado directa o indirectamente en algún incidente de seguridad del paciente, 10 casos (32,2%) contestaron afirmativamente. Respecto a si podrían haberse evitado, 9 de los 10 contestaron afirmativamente. Ningún evento fue declarado por ellos. De los incidentes presenciados, sólo 2 tuvieron consecuencias para el paciente, pero 6 celadores referían haber tenido consecuencias emocionales y 2 de ellos, haber recibido una reprimenda de su superior. La opinión mayoritaria respecto al apoyo recibido fue que vino por parte de compañeros y familia y que no sabían donde buscar apoyo emocional en el hospital.

CONCLUSIONES

La implicación de los celadores en los incidentes de seguridad del paciente, es importante y deberían hacerse esfuerzos de cara a este colectivo profesional.

LOS RESIDENTES COMO SEGUNDAS VÍCTIMAS. ¿HA CAMBIADO ALGO LA PANDEMIA?

JULIAN ALCARAZ MARTINEZ ; INMACULADA SÁNCHEZ PÉREZ ; MARIA DOLORES GOMEZ PELLICER ; MARIA DEL CARMEN ALIAS CANDEL ; MARIA APARICIO BOLUDA ; ROCIO GONZÁLEZ LUCAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

ID: *6769*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *segundas victimas, seguridad del paciente, residentes*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2020 se puso en marcha el protocolo de atención a segundas víctimas entre los residentes en nuestro hospital. Justo antes del inicio de la pandemia se presentó en el salón de actos.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es valorar el posible impacto de estos cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde hace unos años se viene realizando una encuesta tras el curso de seguridad del paciente a residentes de segundo año sobre su implicación en incidentes de seguridad del paciente y su posible impacto. Disponemos de resultados de 2019, 2020, en un curso que se dio tras la primera ola y de 2022. En estos cursos se ha hablado de segundas víctimas y se ha empezado a trabajar el primer escalón de atención, el apoyo entre iguales.

RESULTADOS

Se han obtenido 56 respuestas, todos los presentes en los cursos. El grado de seguridad percibido del servicio de Urgencias fue puntuado con una media de 5,3 en 2019, 6,8 durante la pandemia y 6,2 este año en una valoración de 0 a 10. Preguntados por si habían participado directa o indirectamente en algún incidente de seguridad del paciente, 19 residentes en 2019, 6 en 2020 y otros 6, en 2022 contestaron afirmativamente (el 74%, 40% y 42% respectivamente). De los incidentes presenciados, 15 tuvieron consecuencias para el paciente, y 21 de los residentes se consideraron afectados por el suceso. 10 residentes manifestaban haberse sentido menos capaces de trabajar con seguridad y efectividad. Respecto al apoyo recibido el 37% de los residentes de 2019 referían haberlo obtenido de sus compañeros, el 16% en 2020 y el 83% este año.

CONCLUSIONES

La implicación de los residentes en los incidentes de seguridad del paciente, es importante y aunque se observan algunas diferencias, hay que seguir trabajando para mejorar este impacto.

UN PASO MÁS: NUEVAS TECNOLOGÍAS COMBATEN LA INSEGURIDAD TRAS ALTA HOSPITALARIA. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN NEONATAL

CRISTINA RUIZ SERRANO ; TAMARA CARRIZOSA MOLINA ; NATALIA CASILLAS DÍAZ ; MARGARITA RODRÍGUEZ-OSORIO CAMPOS
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6780*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Neonatología, Humanización, Comunicación*

JUSTIFICACIÓN

La humanización es un pilar fundamental en Neonatología. Algunos pacientes pasan mucho tiempo ingresados y, aunque durante su estancia los padres se involucran en su atención, tras el alta les surgen dudas acerca del cuidado de su hijo. Por ello, aunque proporcionemos una asistencia de calidad durante el ingreso, debemos encontrar la forma de mantener una adecuada atención a los pacientes posteriormente. La aparición de las nuevas tecnologías nos proporciona las herramientas necesarias para mantener esa asistencia personalizada los primeros días en el domicilio.

OBJETIVOS

Ofrecer una continuidad en el apoyo a la familia tras el alta del recién nacido, mejorando la transición hospital-domicilio, acompañando en este proceso de adaptación en nuestro quehacer diario y facilitar un servicio a los padres de los neonatos ingresados a los que, tras el alta hospitalaria, les surgen dudas acerca de los cuidados e indicaciones dadas por el personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Centro pone a disposición de los usuarios una herramienta digital denominada Portal del Paciente, por la que se accede al Diálogo Web, un servicio de mensajería instantánea mediante que los padres pueden tener comunicación bidireccional y directa con los facultativos responsables de su atención durante el ingreso. A través de dicha herramienta, además de enviar mensajes de texto, los pacientes pueden enviar fotos e incluso vídeos.

Tras dar el alta al neonato ingresado aparece de forma automática un texto de bienvenida. El servicio permanece activo durante siete días, durante los cuales los padres pueden contactar para preguntar dudas acerca de la salud, cuidados o alimentación del recién nacido. Las consultas están visibles para todos los neonatólogos, respondiéndolas con un plazo máximo de 24 horas durante los días laborables y de 48-72 horas los fines de semana. Transcurridos los siete días, se activa un texto de despedida para dar por finalizado este diálogo.

RESULTADOS

El Servicio se puso en marcha en julio de 2021 para todos los neonatos ingresados en la Unidad Neonatal. La tasa media de uso fue del 29.41%. Tras analizar las consultas, la mayoría fueron realizadas por la mañana (60%). La totalidad de ellas fueron respondidas en el plazo estipulado.

El proyecto ha tenido una gran acogida entre los padres, que valoran de forma muy positiva la posibilidad de contactar con el médico, y los facultativos, que pueden ponerse en contacto con la familia tras el alta.

CONCLUSIONES

La humanización en Neonatología permite una colaboración entre los padres y el personal sanitario que mejora la calidad asistencial. Tras el alta, los padres quedan solos al frente de estos cuidados, lo que provoca en ellos gran inseguridad e incertidumbre. Las nuevas tecnologías han permitido establecer el mecanismo para mantener esta colaboración y el vínculo entre la familia y el facultativo tras el alta, lo que supone una mejora de la continuidad asistencial y de la experiencia del paciente.

COMISIÓN DE CUIDADOS HOSPITALARIA: HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ADRIANA RIVERA SEQUEIROS ; Mª ÁNGELES CASTAÑEDA PALMA ; JESÚS CÁRCAMO BAENA ; ÁNGEL RODRÍGUEZ HURTADO ; CARMEN BARROSO GUTIÉRREZ ; ENCARNACIÓN BELLA RAMÍREZ LÓPEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *6785*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Comisión sobre Actividades Profesionales y Hospitalarias, control de Calidad, compromiso laboral, investigación operativa*

JUSTIFICACIÓN

Las Comisiones Clínicas son órganos con función asesora en las que los profesionales participan voluntariamente manteniendo su actividad asistencial. Uno de los objetivos fundamentales de las Comisiones Clínicas hospitalarias es la mejora constante de la calidad involucrando a los profesionales del hospital. La Comisión de Cuidados tiene como misión garantizar unos cuidados de óptimo nivel científico, humano y profesional que respondan a las necesidades de los pacientes atendidos en el Hospital.

OBJETIVOS

Describir la actividad realizada por la Comisión de Cuidados durante un año en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la actividad realizada en el último año (mayo-21 a mayo-22). Participaron 25 profesionales de enfermería de diferentes áreas del conocimiento. Se realizaron reuniones mensuales (excepto meses vacacionales) por plataformas on line (CIRCUIT). Se trabajó con metodología de proyecto, identificando necesidades y líneas estratégicas del centro, estableciendo objetivos, cronogramas y actividades. Se crearon equipos de trabajo temáticos y se llevó un control del seguimiento y calidad de los resultados.

RESULTADOS

Se mantuvieron 8 reuniones en el año (duración media 121,5 min DE:13,42). Uno de los objetivos principales de esta comisión es la actualización, aprobación y/o elaboración de documentos enfermeros, para ello, se formó a los componentes de la comisión en Búsquedas Bibliográficas de evidencias científicas. Un total de 405 documentos (Protocolos, Procedimientos y Recomendaciones en cuidados) fueron actualizados y 36 nuevos documentos fueron aprobados. Para evaluar la calidad de los cuidados hospitalarios se realizaron estudios analíticos sobre el uso adecuado de dispositivos de eliminación, estudio de calidad de los Informes de Continuidad de Cuidados (ICC) al alta hospitalaria del paciente, análisis de las encuestas de satisfacción sobre cuidados enfermeros, identificación de necesidades formativas de los profesionales, análisis de los planes de acogida de los profesionales y de la sistemática de trabajo de las TCAEs. Se implantó y difundió mejoras en el uso de dispositivos de eliminación, escalas de UPP y Dolor en Pediatría, decálogo de los ICC, plan de acogida de profesionales corporativo, plataforma de profesionales y la sistemática de trabajo unificada de las TCAEs. Como actividad innovadora de la comisión, se realizó una propuesta divulgativa sobre Píldoras Informativas de Cuidados que aparecen a modo de banner o publicidad display al inicio de programas informáticos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La Comisión de Cuidados favorece la participación de los profesionales en el cumplimiento de los objetivos de la institución, en la mejora de la calidad de los cuidados, en el desarrollo de la Formación Continuada, en la detección de problemas en la práctica clínica, en la implantación de planes de mejora y en la difusión y utilización de la investigación enfermera como herramienta de mejora de la calidad.

BELIEVE IN ART (BIA) 9 AÑOS HUMANIZANDO HOSPITALES A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN CONTEMPORÁNEA.

MARIA CONCEPCION REVILLA LOPEZ [1]; MARÍA LUISA GRAU TELLO [2]; ELIAS ESCANERO LORIENTE [3]; BEATRIZ LUCEA VALERO [4]; RUTH VILLAGRASA [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIO ARAGONES DE SALUD, [2] BELIEVE IN ART, [3] DEPARTAMENTO DE SANIDAD, [4] BELIEVE IN ART

ID: *6787*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*

JUSTIFICACION

BiA nace en 2013, proyecto innovador en el binomio arte-salud, con el propósito de poner el arte, y en concreto, la creación contemporánea al servicio de la sanidad pública.Pone el foco en la mejora del bienestar anímico y emocional de las personas hospitalizadas, dotando estos espacios de humanidad y calidez a través de la selección y realización de intervenciones artísticas en espacios sanitarios, realizando el abordaje a través del comisariado artístico, en pro de la calidad y conocimiento del entorno, para lograr ser un referente a nivel nacional.

OBJETIVOS

Dar a conocer los logros conseguidos en los 9 años, con el uso del arte y la creación contemporánea como herramienta transformadora, favoreciendo la realación de los pacientes con el entorno, contribuyendo a la recuperación y al bienestar de los mismos, transformando y humanizando los espacios a través del arte. Aprender del trabajo realizado, impulsando nuevas acciones, proyectos y programas de mayor envergadura y alcanzado nuevos territorios.

MATERIAL Y METODOS

El comisariado y seleccion de los artistas que mejor se adaptan a las realidades y singularidades del espacio a intervenir, el estudio de los entornos y el compromiso con la sanidad pública, nos hace la única entidad que realiza este tipo de intervenciones sin coste para el centro. Se ha actuado en 9 centros hospitalarios especialmente en Zaragoza, con mas de 150 intervenciones murales, con presencia en mas de 15 espacios relacionados con la salud. El voluntariado, identidad de BiA, con un equipo interdisciplicar y heterogéneo, y con mas de 150 artistas voluntarios emergentes y consolidados, cifra en aumento indicativa que la calidad es aliciente a la participacion de otros artistas. Seguimos la búsqueda de nuevas formas y espacios para la humanización, como la fachada del Hospital Materno Infantil, primera fachada de un hospital intevenida artiísticamente en España, Actuamente en pediatria (lactantes y escolares), consultas externas y salas de cuidadores del HCU Lozano Blesa. Proseguimos trabajando en los jardines interiores H. San Juan de Dios de Zaragoza; y convendidos del poder transformador del arte, incluimos otras disciplinas artísticas, como el proyecto en Quirón Salud “Latidos con Arte”, combina 4 artistas multidisciplinares y 4 pacientes. Tambien colaboramos con entidades sociales del ámbito de la salud, como el camión de rehabilitaciñón del colectivo humanitario Lefrig. En cuanto al proposito de expandinos por el territorio nacional (Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao) está en macha “Believers for Arts”: diferentes personalidades del mundo público apadrinan y seleccionan el hospital a intevenir.

CONCLUSIONES

Nuestro continuo estudio y planificacion de futuro, junto con la búsqueda de la calidad, el conocimiento y la investigación del impacto de nuestras intervenciones nos garantiza un futuro de crecimiento. Ya en marcha, un proyecto de investigación, para conocer la verdadera repercusión del proyecto.

UNA VISIÓN DIFERENTE DE LA SEGURIDAD, ¿ CÓMO NOS VE EL PACIENTE?

YOLANDA CAULES TICOULAT; Mª EUGENIA MARTINEZ JIMENEZ; JUDITH ALONSO SANSO; CHERIN NEHME ABOUZEID; M. MERCEDES ALVAREZ LUY
CENTRO DE TRABAJO: CAO SARRO ROSET VALLS

ID: *6796*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *seguridad del paciente, experiencia del paciente, cultura de seguridad*

JUSTIFICACIÓN

El punto de vista del paciente es muy importante, estamos intentando introducirla para la mejora de los procesos de su atención. De hecho la atención debe ser centrada en el paciente, esta atención debe ser de calidad y segura pero existen pocos cuestionarios que valoren la percepción que tiene el paciente sobre de la seguridad del paciente en atención primaria.

OBJETIVO

Conocer la percepción de la seguridad del paciente de nuestro centro por parte del paciente. Realizar un plan de acción según resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos participado en un estudio multicéntrico en atención primaria (ap) con una intervención basada en el feedback del paciente para mejorar la cultura de seguridad, mediante cuestionario preos-pc.

Hemos participado en un total de 59 centros en 2019 y 21 en 2021.

RESULTADOS

En nuestro centro participaron 2019 :75 pacientes (47 mujeres) y en 2021: 83 (50 mujeres)

La valoración global del centro en relación a la seguridad del paciente fue 2019 87% (media de los centros fue 85.22) y en 2021 76.32 (media de los centros 72.22).

Lo que mejor hace el centro: no han tenido problemas de comunicación con profesionales sanitarios del centro,No han tenido problemas con sus citas y profesionales estuvieron disponibles cuando los necesito.

Lo que podemos mejorar: se han ofrecido alguna sugerencia a profesionales cuando le parecia que se podria alguna mejora en la asistencia prestada , Si ha informado a profesionales cuando les paracia que habia un problema en la atención sanitaria prestada y Sus profesionales de referencia animan a hablar de sus posibles preocupaciones sobre su atención.

Destaca que el paciente percibe los siguientes errores: aumento del porcentaje de errores con diagnóstico del 8% en 2019 a 16.87, en Cita en plazo de 48h por atención urgente 21.33 en 2019 a 32.55 en 2021, en Comunicación médico paciente ha aumentado de 1.33 a 18.07 y Comunicación entre ap i hospital ha aumentado de 9.33 a 15.66.

Existía un apartado de preguntas abiertas donde los pacientes referían problemas de accesibilidad , comunicación médico paciente y entre niveles asistenciales, recomendaban más tiempo en consulta, disminución del número de pacientes por profesional , menos espera en la sala de espera y gestión de las colas en recepción.

Como acciones:

Hemos fomentado la accesibilidad mediante la consulta no presencial,aumentando las líneas telefónicas de la centralita. Tenemos posibilidad de interconsulta con hospital y con historia compartida podemos ver la atención que recibe el paciente.

Se mejoro gestión de colas en recepción con un administrativo más en horas punta de atención.

CONCLUSIONES

Como podemos ver es muy importante la opinión del paciente para una atención más segura. Nos ayuda a detectar lo que realmente le preocupa y muchas veces coincide con nuestra percepción.

También está en nuestra mano dar más información a los pacientes y animarlos a dar su opinión y incluirlos en la eleboración de procedimientos.

PDCA, EMPODERAMIENTO DEL USUARIO Y TRABAJO COLABORATIVO: CREANDO VALOR EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL

ORIOL FERRÉ TORRENTE; MÓNICA MARTÍNEZ NAVARRO; DANIEL DURÁN SÁNCHEZ; GEMA MUÑOZ GAMITO; MARC MATARRODONA RIERA
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA

ID: *6797*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión documental, PDCA, Empoderamiento*

JUSTIFICACIÓN

El incremento del volumen de documentos y la obsolescencia tecnológica del antiguo Gestor Documental (GD) en nuestra entidad provocó ineficiencias en la calidad de la información. Además, el mantenimiento de la documentación por parte del profesional era costoso y se desconocía si la información que se entregaba a los pacientes les resultaba útil.

Se decidió incorporar un nuevo GD implicando al usuario desde la fase de diseño

OBJETIVOS

Mejorar el cumplimiento del ciclo vital de los documentos

Empoderar a los grupos de trabajo en cuanto al manejo de la documentación creada Mejorar la calidad de la información percibida por el paciente

METODOLOGÍA

Se creó un grupo multidisciplinar que realizó un análisis inicial de las necesidades técnicas. Se seleccionó un GD basado en la gestión por procesos adaptado a las tecnologías emergentes, que permitía una gobernanza transversal y centralizada dentro de la entidad. Se crearon dos entornos: el "público", como repositorio de documentos y el "privado", en el que las diferentes comunidades (grupos de trabajo, comités) pudiesen compartir y gestionar la información trabajada.

Se planificaron 5 fases con metodología PDCA: 1: diseño y propuesta de visualización de forma conjunta con los usuarios. 2: implementación del software (do) y testeo (check). 3 (act) prueba piloto y feedback mediante reuniones presenciales.

4:migración de documentos. 5: puesta en marcha definitiva, difusión y formación (88 reuniones con directivos y asistenciales).

Para la información entregada a los pacientes, el área de GD adoptó un papel activo velando por que el lenguaje fuese inclusivo, comprensible y con pocos tecnicismos. Preguntaron a los profesionales sobre necesidades específicas de sus pacientes (idioma) y se hicieron sugerencias de diseño. El feedback de los pacientes se realizaba mediante encuestas junto con otros ítems.

RESULTADOS

En el entorno público, se crearon 22 campos exportables, incluyendo la visualización de la fecha de la próxima revisión, autor y participación en los comités. Se migraron más de 8000 archivos, clasificándose en 4868 registros y el porcentaje de documentos vigentes después de la implantación fue del 81%.

En el privado, hay más de 90 comunidades activas con capacidad de autogestión de los documentos generados dentro de cada grupo.

Se dispone de 983 documentos informativos para el paciente, en diferentes idiomas, con accesibilidad en el mismo momento de la visita y posibilidad de envío por mail. En la última encuesta realizada a un grupo de pacientes, la información recibida fue uno de los ítems mejor valorados.

CONCLUSIONES

La implicación del usuario y el rol de soporte adoptado por el área de GD en nuestra entidad consiguió un buen cumplimiento de la vigencia documental, empoderar a los profesionales en el uso del GD y el paciente está satisfecho con la información.

La GD es un pilar fundamental en la calidad, seguridad y en el flujo de información entre profesionales y profesionales- pacientes.

COMUNICACIÓN INTERNA EN UN EQUIPO, TODO UN RETO.

YOLANDA CAULES TICOULAT; EULALIA PIÑOL VALLVERDU; ROSA NIEVES SAUN CASAS; JOSEP M. MAGRINYA CLARAMUNT; CONCEPCIÓ RAMBLA VIDAL; ANTONIO JOSE LOPEZ BAREA
CENTRO DE TRABAJO: CAO SARRO ROSET VALLS

ID: *6800*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *comunicación interna, canales de comunicación, calidad*

JUSTIFICACIÓN

La comunicación interna es muy importante para las organizaciones, existen estudios que demuestran que la comunicación interna efectiva crea un mejor clima laboral y aumenta la satisfacción de los profesionales. En nuestro centro coincidiendo con creación de unidades funcionales de seguridad del paciente en 2011 se analizó la percepción de calidad por profesionales con MOSP que se volvió a repetir en 2017, según resultados se podría mejorar la comunicación transversal y descendente.

Durante la pandemia hemos estado sometidos a cambios constantes, infotoxicacion, jubilaciones, aumento de plantilla que nos hace replantearnos como nos comunicamos y si la información llega a quién tiene que llegar.

OBJETIVOS

Valorar grado de satisfacción de nuestros profesionales sobre la comunicación interna de nuestro centro

MATERIAL Y MÉTODOS

Con ciclo de mejora de demin, estamos contínuamente evaluando para realizar Acciones de mejora y poder continuar con ciclo de mejora. Realizamos una evaluación cuantitativas de la comunicación interna el año 2015 coincidiendo con la acreditación en modelo de equipos atención primaria, con un formulario de 19 preguntas, que en 2018 volvimos a pasar a nuestros profesionales .La participación fue del 76.47%,sobretodo contestaron médicos y enfermeras.En un 62.65 consideraban que el centro contaba con las suficientes herramientas de comunicación y un 47% que eran son adecuadas pero el 67% creia que la información era difícil de encontrar . Apostamos por la creación de canales de mensajería formales desde mòbil y desde ordenador. Reordenamos nuestro repositorio documental.

Después de la pandemia hemos podido reanudar la evaluación, en este caso, qualitativa, realizando un DAFO con un equipo multidisciplinario con profesionales de nueva incorporación sobre la comunicación interna. Destaca que tenemos demasiada información poco filtrada y por canales no adecuados. La información es difícil de encontrar Falta comunicación transversal. Pero tienen una buena percepción general sobre la comunicación interna.

Como consecuencia Se han redefinido los canales y que se envía por cada uno de ellos, actualizando nuestro plan de comunicación interna. Se impartirán sesiones y se incluirá en el plan de acogida de las nuevas incorporaciones.

Estamos reformulando el formulario incluyendo una pregunta sobre la satisfacción de los profesionales.nos ponemos como objetivo queremos conseguir una puntuación>6.

CONCLUSIONES

La comunicación interna efectiva es muy importante, hemos de apostar por un mejor clima laboral y un equipo cohesionado. Si Aumentamos la satisfacción de los profesionales, facilitándoles su trabajo, disminuciendo la variabilidad y dándole la información que precisan, obtendremos una atención más segura del paciente y aumentando también su satisfacción.

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTHER GARCÍA EXPÓSITO [(1)]; ALICIA DÍAZ REDONDO [(1)]; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO [(1)]; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ [(1)]; HELENA CIFUENTES GONZÁLEZ DE SALAMANCA [(1)]; PAULE GONZÁLEZ RECIO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, [(2)] ESCUELA NACIONAL DE SALUD, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

ID: *6801*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Listado de Verificación de Procedimientos Invasivos, incidentes de seguridad, hemodinámica infantil, reproducción humana*

JUSTIFICACIÓN

Los procedimientos invasivos pueden dar lugar a incidentes de seguridad con gran repercusión para los pacientes. La comprobación de ciertos ítems de seguridad con un Listado de Verificación (LVPI) puede ayudar a los especialistas en esta tarea.

El uso del Listado de Verificación Quirúrgica como herramienta de seguridad ha demostrado reducir los eventos adversos y la mortalidad en cirugías. Es necesario sistematizar el uso del LVPI para demostrar su beneficio de la misma manera. Por ello, en nuestro centro se decidió poner en marcha esta herramienta.

OBJETIVOS

Evaluar el uso adecuado del LVPI en los servicios de hemodinámica infantil y reproducción humana, el grado de cumplimentación de cada fase del mismo, así como las firmas de los distintos componentes del equipo

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de los LVPI utilizados durante el segundo semestre del 2021, en pacientes sometidos a procedimientos invasivos en los servicios de Hemodinámica Infantil y Reproducción Humana.

El LVPI consta de dos apartados: comprobaciones antes de la sedación, y antes de la salida de la sala. Debe estar firmado por los miembros del equipo (enfermería, anestesia y el médico intervencionista) para asegurar la correcta transferencia de información entre el equipo intervencionista.

Se analiza el cumplimiento del LVPI, de cada uno de los apartados y de las firmas de los miembros del equipo por servicio.

RESULTADOS

Se realizaron 183 procedimientos invasivos durante el semestre evaluado, 60 de reproducción y 123 de hemodinámica. El 77,05% (n=141) de los Procedimientos Invasivos contaban con LVPI, correspondiendo los 42 no encontrados a Hemodinámica Infantil.

El primer apartado está completo en el 87,95% de los LVPI, y el segundo en el 41,52%. Anestesia ha firmado el 98,58% de los LVPI, la especialidad intervencionista el 82,98% y enfermería el 99,29%.

En cuanto a las preguntas que más faltan por marcar en el primer apartado destacan "¿Requiere el paciente otro tipo de profilaxis?", con un 4,91% de encuestas en las que no se había rellenado; y la presencia de consentimientos informados, con un 2,68%.

Respecto al segundo apartado, la casilla menos marcada fue "No olvide notificar incidencias y problemas de funcionamiento del equipo si los hubiere", con un 81,52% de LVPI sin rellenarla.

CONCLUSIONES

Hay una buena cumplimentación de los LVPI en los servicios en los que se evaluaron. Hemodinámica infantil fue la que cumplimentó en menor medida el LVPI, por lo que debería realizarse una mejora en este sentido. También existe un área de mejora en algunas preguntas como el requerimiento de profilaxis específicas en el primer apartado, o la comprobación de incidencias o problemas de equipo, en el segundo, quizá porque corresponden a circunstancias en las que no ha ocurrido ninguna incidencia y se entiende que no hay que cumplimentarlo.

LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL CON LA CREACION UNIDADES DE CONVIVENCIA EN RESIDENCIA

MARISA GARCIA NIÑO ; CRISTINA VOZMEDIANO MARTIN
CENTRO DE TRABAJO: RESIDENCIA ASSISTIDA RUBI

ID: *6806*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *atencion individualizada atencion personalizada ambiente cálido, amable y seguro satisfacción de residentes y profesionales*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2014 la Residencia de mayores empieza un cambio en su modelo de atención e inicia un proceso de formación a todo el personal para dirigirnos hacia un modelo de atención centrada en la persona. Dentro de este modelo se empiezan a implementar diferentes metodologías dirigidas a poner al residente en el centro. Se recoge la historia de vida y los gustos y preferencias de cada persona que vive en la Residencia, se realiza un plan de atención y vida junto con el residente, su profesional de referencia y/o su familia, se promueve la participación activa del residente en las decisiones que le atañen, se personalizan los dormitorios..., pero no se había planteado el organizarse en unidades de convivencia, otra de las metodologías que favorece el sentimiento de seguir viviendo como en casa y que permite ofrecer una atención más individualizada y personalizada.

Con la llegada del COVID19 en los centros residenciales para personas mayores y con el objetivo de disminuir los contagios, desde los responsables de salud se recomienda organizarnos en unidades de convivencia más pequeñas. con lo que iniciamos este cambio tanto en la organización de los equipos de trabajo como en la estructura de la instalación de la planta.

OBJETIVOS

- Disminuir el riesgo de contagio
- Crear un espacio en el que se tenga la sensación de estar en tu casa.
- Crear un ambiente cálido, agradable y seguro.
- Ofrecer una atención más individualizada y personalizada.
- Promover la participación activa del residente en actividades significativas
- Promover la autodeterminación del residente.
- Mejorar la satisfacción del residente y del personal cuidador.

MATERIAL Y METODOS

Se divide cada planta en 2 unidades de 15 personas cada una de ellas. Se separan las unidades con una puerta entre ellas.

En cada unidad se crean dos espacios comunes: una terraza y un salón/comedor Se dota de personal cuidador fijo para cada unidad y de un técnico.

Se dota de material básico para la atención a cada una de las unidades.

Se promueve un proceso participativo entre los residentes y profesionales para darle nombre a cada unidad.

RESULTADOS

Se ha controlado más fácilmente algún brote de COVID aparecido en la unidad, ya que no ha traspasado a la otra unidad. Se han realizado encuestas de satisfacción tanto a residentes como a profesionales.

Los resultados de las encuestas en los dos colectivos muestran una satisfacción muy alta respecto a la vida en la unidad. Se analizan otros indicadores como caídas, bienestar y ocupación (a través del DCM).

CONCLUSIONES

Se genera un ambiente mucho más familiar.

Es necesario una dotación de personal de 1/8 durante todo el día.

Se favorece un mayor conocimiento de los residentes y de esta manera se ofrece una atención mucho más personalizada e individualizada.

Se evitan etiquetas y prejuicios sobre la tipología de personas atendidas en cada unidad Dificultades para compartir un espacio más pequeño con residentes con alteraciones conductuales. Espacio más seguro, disminuyen las caídas.

IMPLEMENTACIÓN DE SCREENING DE VITAMINA D EN POBLACIÓN ADULTA ASINTOMÁTICA COMO PRÁCTICA DE BAJO VALOR

DAVID CARCELLER LLIDÓ [1]; SERGIO GRIÑÁN MALLA [2]; ALEJANDRO GISBERT SEGURA [3]; JAIME GERARDO SANCHO GRACIA [4]; FATIMA ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL [5]; CARLOS DAMIÁN PRIETO LÓPEZ [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ, [2] CENTRO DE SALUD DE HIJAR / HOSPITAL DE ALCAÑIZ, [3] CENTRO DE SALUD DE HÍJAR / HOSPITAL DE ALCAÑIZ., [4] CENTRO DE SALUD DE HÍJAR / HOSPITAL DE ALCAÑIZ, [5] HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6810*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VITAMINA D ESTUDIO SOBREDIAGNÓSTICO SOBRETRATAMIENTO*

JUSTIFICACIÓN

Una de las recomendaciones de no hacer más difundida por las sociedades científicas es el screening de vitamina D en adultos asintomáticos sin factores de riesgo. Us Preventive Task Force no identificó ningún estudio que evaluara el cribado de la deficiencia de vitamina D; y en cuanto a la evidencia de beneficios no encontraron ningún efecto sobre la mortalidad o incidencia de fracturas, caídas, depresión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer o los acontecimientos adversos. Tampoco encontraron evidencias concluyentes sobre el efecto sobre el funcionamiento físico y la infección. En nuestro país una revisión sistemática reciente ha llegado a las mismas conclusiones. Otro problema es que según las guías hay variabilidad en la identificación de factores de riesgo y en los puntos de corte de la vitamina D.

OBJETIVO

Estudiar la adecuación de la petición de vitamina D en adultos en dos centros de salud (CS) de nuestro sector.

METODOLOGÍA

Estudio del nivel de calidad

Unidad de estudio: pacientes > 18 años a los que se ha realizado petición de analítica de vitamina D en dos centros de salud en el año 2021. Exclusión: pacientes embarazadas.

CRITERIO: No se pedirá determinación de vitamina D en pacientes adultos asintomáticos sin factores de riesgo

Aclaración: se consideraron factores de riesgo: consumo de fármacos que afectan a la vitamina D, historia de osteoporosis, enfermedad renal crónica con GFR <30, hipo o hiperparatiroidismo, alteraciones de la calcemia o fosfatemia o fosfatasa alcalina elevada, pacientes dependientes o institucionalizados

Fuente de datos: Modulab e Historia Clínica Electrónica

Muestreo aleatorio sistemático: 364 peticiones. Universo muestral: 4274 peticiones.

RESULTADOS

En 2021 se realizaron 4274 determinaciones de vitamina D en 3884 pacientes en los dos CS lo que daría una tasa de petición del 16,65% de la población total. En 520 peticiones se encontró deficiencia (<10), en 3509 deficiencia o insuficiencia (<30) = 82%.

60% (54-65%) de las peticiones en menores de 65 años.

Petición adecuada según criterio: 21,8% de las peticiones (17,6-26,3%).

Recibieron tratamiento el 74,4% de los pacientes (69,5-78,7%). 54% (49,2-57,8%) de los pacientes de duración indefinida.

Los factores de riesgo más frecuentes fueron la institucionalización/dependencia (9,9%) y la historia personal de osteoporosis (10,2%).

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las peticiones de vitamina D realizadas en 2021 no han cumplido el criterio de adecuación. Últimamente, y, especialmente, tras la pandemia parece haberse arraigado la petición de vitamina D en pacientes adultos sanos sin factores de riesgo, lo que redunda en sobrediagnóstico y sobretratamiento y finalmente genera un problema de eficiencia. Consideramos necesario actualizar el protocolo de petición de vitamina D del laboratorio restringiéndolo a pacientes con factores de riesgo y formar a los profesionales de atención primaria en el protocolo de actividades preventivas.

APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA FORTALECER EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN PEDIATRÍA

MARGARITA RUANO ENCINAR [1]; ANA MARTINEZ SERRANO [1]; MARTA MORO AGUD [1]; BEGOÑA DE MIGUEL LAVISIER [2]; MARÍA DE CEANO-VIVAS DE LA CALLE [1]; MIGUEL MARTINEZ SERRANO [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [2] HSOPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, [3] AUTONOMO

ID: *6819*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *APLICACIÓN INFORMÁTICA, PEDIATRÍA, SEGURIDAD MEDICAMENTOS*

JUSTIFICACIÓN:

Hay estudios que postulan que la frecuencia de los errores de medicación en pediatría es tres veces superior que en adultos, la prevalencia de estos errores es entre un 5-27%. Entre las causas: dosificación según peso, cálculos múltiples, inmadurez renal y hepática, falta de habilidades comunicativas para expresar los eventos adversos, presión asistencial (según algunos estudios las enfermeras administran más de 50 prescripciones/turno que aproximadamente supone 1/3 de la jornada laboral), el nivel de conocimientos mejorable por parte de las enfermeras respecto a los fármacos, etc. Existen diversas innovaciones que han surgido a lo largo de los últimos años como la prescripción electrónica o el uso de bombas inteligente. Para la administración de medicamentos se ha descrito el uso de aplicaciones móviles.

OBJETIVO

Optimizar la seguridad del paciente con una aplicación móvil de consulta de fármacos de uso frecuente por vía parenteral en el área de pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica relacionada con la administración de fármacos vía parenteral en pediatría: presentación, dosis, vía, intervalo, concentración máxima, compatibilidad con diluyentes, tiempo infusión, estabilidad, identificación medicamentos alto riesgo (M.A.R) y observaciones con información relevante para enfermería. Una vez contrastada toda la información por el grupo de trabajo (pediatras, farmacéuticos y enfermera), se desarrolló la aplicación móvil: “enfarma”. Disponible en la Play Store para móviles con sistema operativo Android denominada: “Enfarma”; y en aplicación web en la dirección: https://enfarma.herokuapp.com/, para ordenador y móviles con sistema operativo ios.

RESULTADOS

Se incluyeron 102 principios activos de uso pediátrico vía parenteral (45 M.A.R). Registro uso de la app enfarma hasta mayo 2022:

- 2.014 usuarios. Se han visitado aproximadamente 12.877 páginas de los fármacos.
- Más de 700 instalaciones de la app desde Google Play. También muchos usuarios con sistema operativo de ios (actualmente no está disponible en versión app por falta de financiación económica).
- A diario entre 40-60 personas utilizan la aplicación. Con tendencia ascendente desde febrero. El recurso se utiliza unos dos minutos de media (en cada acceso).
- La mayor parte de usuarios son del territorio español, pero hay usuarios en todo el mundo:EE.UU,China, Portugal,Países Bajos,Argentina,etc.

CONCLUSIONES

Se trata de un recurso novedoso por contener 4 de los 5 correctos de la administración segura de medicamentos: medicamento correcto: puesto que se describen las indicaciones de los mismos; dosis correcta: se establece la posología para los distintos grupos etarios; hora correcta: se establecen los intervalos de administración recomendados; vía de administración: se indica la vía de administración. Faltaría el “paciente correcto” que corresponde al proceso de identificación inequívoca del paciente que se realiza en el momento previo a la administración.

PROGRAMA DE GESTIÓN PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RAFAEL GÓMEZ GALLEGO [1]; JORDI GRATACOS MASMITJA [2]; MIREIA MORENO MARTINEZ-LOSA [2]; CRISTINA AYMERICH MAÑAS [2]; MARCOS GUERRA [3]; BORJA CÁMARA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO PARC TAULI, [2] HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULI, [3] CONSULTORÍA LIFE SCIENCE & HEALTHCARE

ID: *6822*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Consultas externas, Reumatología, enfermería, gestión, auditoría*

JUSTIFICACIÓN

Existe un déficit crónico de atención del paciente reumático agravado en los últimos años por la carencia de recursos materiales y personal. Analizando los procesos asistenciales, permite conocer con exactitud las fortalezas y debilidades de estos.

OBJETIVOS

Mejorar la eficiencia de una consulta externa de reumatología en tiempos de crisis Elaborar un diagnóstico de la situación actual de la Consulta Externas de Reumatología.

Detectar áreas de mejora y priorizar soluciones. Mejorar la implicación de enfermería en el manejo de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación durante un 1 año, toda la actividad del servicio de Reumatología. Desglosando la actividad desarrollada en las consultas monográficas de los diferentes reumatismos crónicos, así como en las consultas generales de atención primaria. En una segunda intervención, durante este mismo periodo se ha evaluado la disponibilidad de enfermería y la actividad específica de reumatología desarrollada por enfermería. Se ha consensuado su cooperación con el reumatólogo en el manejo de todos aquellos pacientes con reumatismos inflamatorios crónicos con buen control clínico de la enfermedad (40% aproximado de los pacientes en tratamiento con los fármacos modificadores de enfermedad y/o Terapia biológica consistente en realizar 1 de cada 3 visitas anuales de estos pacientes. Con los datos obtenidos y con la ayuda de un auditor externo se ha elaborado un instrumento-calculadora para evaluar el impacto que los cambios de agendas y/o la participación de enfermería tienen sobre la gestión de estas consultas.

RESULTADOS

Inicialmente, se detectó un déficit en la atención de Artritis reumatoide, espondiloartritis y conectivopatías. Y un sobre dimensionamiento de las agendas de soporte a atención primaria. En una primera intervención se redujeron 2 módulos mensuales de atención primaria y se destinaron a la asistencia a conectivopatías. Ampliando la oferta de Reumatología en 4 módulos mensuales, destinados a la asistencia de las espondiloartritis. Consiguiendo aumentar un 33% la asistencia a espondiloartritis y un 25% de conectivopatías. Pero no se consiguió una gestión adecuada de estos pacientes. En una segunda intervención se implementaron 4 módulos de enfermería semanales (gestión del 33% de las consultas presenciales de pacientes con buen control clínico) con un incremento de más del 22% de pacientes atendidos. Esto no solucionó definitivamente el problema, aunque redujo muy significativamente el déficit detectado.

CONCLUSIONES

El análisis de la gestión de una Consulta Externa ha permitido detectar deficiencias de administración y mejorar el manejo de nuestros pacientes. El análisis auditado ha posibilitado desarrollar un instrumento para evaluar el impacto de las medidas propuestas en la gestión de la consulta externa. El proyecto ha permitido demostrar la utilidad e importancia de la participación activa de enfermería en el manejo de nuestros pacientes.

ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE, HUMANIZANDO CON CALIDAD

REBECA MARÍA GÓMEZ ESPINOSA [1]; MIRIAM VAZQUEZ CAMPO [2]; MARÍA BELÉN PIÑEIRO BÓVEDA [2]; PEREGRINA GARCÍA FORTES [2]; ANA MARÍA GÓMEZ GÓMEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE, [2] CHUO

ID: *6826*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Multiple Chemical Sensitivity.*

JUSTIFICACIÓN

La sensibilidad química múltiple (SQM) es un conjunto de síntomas y signos de etiología desconocida. Los estudios disponibles atribuyen esta patología a un origen multifactorial y está asociada a distintas sustancias que se encuentran en el medio ambiente. Existen distintas hipótesis sobre el origen y fisiopatogenia de la misma sin concretar actualmente el inicio y desarrollo de la enfermedad. Considerando la situación actual del SQM el acceso a las prestaciones sanitarias de nuestra área sanitaria se dificulta. Es prioritario establecer acciones preventivas que puedan salvaguardar las complicaciones adyacentes como consecuencia de la necesidad de recibir asistencia sanitaria.

OBJETIVOS

- Conocer la mejor evidencia disponible sobre la atención a personas con sensibilidad química múltiple.
- Conocer las vivencias y experiencias de las personas con SQM dentro del sistema sanitario.
- Establecer criterios de actuación y un protocolo de atención para mejorar la atención sanitaria a personas con esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio consistió en dos partes: revisión bibliográfica y estudio cualitativo. En una primera fase se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre atención a personas con SQM, en bases de datos, guías, etc. Se diseño una estrategia de búsqueda sin limite de tiempo, pero limitada a idiomas español, inglés, francés y portugués. Se llevó a cabo una síntesis narrativa de los estudios encontrados. Estudio cualitativo de tipo fenomenológico a través de entrevistas semiestructuradas con personas que padecen SQM con el fin de conocer las diversas experiencias vividas y las problemáticas derivadas de su acceso al sistema sanitario. Dichas entrevistas fueron gravadas para facilitar la transcripción de los datos, proceder a su análisis e interpretación posterior. Este estudio cumplió todos los principios éticos y la normativa legal aplicable.

RESULTADOS

El acceso a la información con evidencia científica de los pacientes con SQM es amplio y no concluyente. Se seleccionaron un total de 30 referencias bibliográficas. En nuestra área sanitaria existen 6 personas que padecen SQM. Tras la realización de las entrevistas, se pueden comprobar como se sienten incomprendidos y desesperanzados por el desconocimiento de su patología. Esto produce múltiples errores en su atención y dificultades en el acceso al mismo. CONCLUSIONES

La SQM es una patología compleja que carece, mayormente, de una explicación fisiopatológica clara, afectando a los pacientes en las tres esferas, tanto a nivel físico, psicológico como a nivel social. Esto ha provocado una doble penalización ya que, a las secuelas, la incerteza y la carencia de protocolos para el diagnóstico y el tratamiento de sus síntomas que hay en la actualidad, han tenido que añadir en muchos casos la incomprensión del sistema sanitario y de la sociedad. Existe la necesidad de crear un servicio específico multidisciplinar para poder ofrecer una atención sanitaria de calidad.

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO AUTOMATIZADO DE EXTRACCIÓN DE DATOS DE DMAE DESDE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA SU USO PRIMARIO Y SECUNDARIO

ALBERTO TATO GÓMEZ [1]; NOELIA GARCÍA BARRIOS [2]; ANA TERRIZA TORRES [1]; MIGUEL PEDRERA JIMÉNEZ [1]; MARÍA JESÚS JIMENEZ CEREZO [1]; CAROLINA VARELA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS

ID: *6827*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanismo, comunicación, burnout*

JUSTIFICACIÓN

La degeneración macular es un trastorno ocular degenerativo que afecta a la retina, reduciendo lentamente la visión central y provocando una visión borrosa o nebulosa. Afecta principalmente a las personas mayores de sesenta años, por lo que también se conoce como degeneración macular asociada a la edad (DMAE). Dado que las medidas terapéuticas actuales se centran en ralentizar su progresión, es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz y almacenar de forma organizada y accesible toda la información clínica relacionada con los síntomas y factores de riesgo de la enfermedad.

La Historia Clínica Electrónica (HCE) de un paciente se define como el conjunto completo de datos sanitarios que se han generado a lo largo de la vida de un paciente, incluyendo datos e información relativos a la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de un proceso asistencial, como es el caso de la DMAE. Así, la HCE incorpora las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al núcleo de la información sanitaria, creando un registro unificado y personal, en formato electrónico, de toda la información relativa a un paciente y su atención.

Sin embargo, la implantación de las TIC en el sistema sanitario ha presentado problemas, ya que actualmente se encuentra en un estado de desarrollo, y todavía no existe un formato de codificación unificado para los estándares de información empleados, lo que conlleva aún más dificultades en la interoperabilidad de la información. Esta problemática para intercambiar información con pleno sentido afecta no sólo al proceso asistencial, sino también a los otros usos de la información conocidos como usos secundarios (donde se encuentra la investigación clínica). Es habitual que muchos proyectos de investigación actuales, para solucionar estos problemas, incluyan personal dedicado a registrar manualmente todos los datos relevantes de la HCE de los pacientes. Este proceso de registro de datos puede llevar mucho tiempo y añade gastos adicionales al presupuesto del proyecto, especialmente cuando se trabaja con bases de datos especialmente grandes.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es diseñar, desarrollar y validar un proceso automatizado para importar datos a una base de datos de investigación de la degeneración macular a partir de la Historia Clínica Electrónica del Hospital 12 de Octubre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr este objetivo, se diseñó un modelo de información estandarizado basado en el modelo de información de DMAE creado por ICHOM. A continuación, se implementó un modelo de arquetipo ISO 13606 utilizando la herramienta de edición de arquetipos LinkEHR Studio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Finalmente, utilizando los lenguajes de programación y bases de datos R y SQL, se extrajeron, transformaron e importaron los datos de la HCE según el modelo propuesto por ICHOM, realizando un proceso de validación sobre el conjunto de datos obtenido.

DEFINICIÓN DE UN MODELO DE MARKOV PARA EVALUAR EL COSTE UTILIDAD DE LA UNIDAD DE CÁNCER FAMILIAR Y HEREDITARIO.

LAURA LEMA ROSO [1]; CRISTINA MARTÍN-ARRISCADO ARROBA [2]; MANUEL DEL ORO HITAR [1]; MARÍA DEL CARMEN ORTEGA TORRES [1]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [2] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12

ID: *6829*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Coste-utilidad, cáncer de mama familiar, modelo de Markov*

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Universitario 12 de Octubre tiene una Unidad de Cáncer Familiar y Hereditario, para el al asesoramiento genético de pacientes con cáncer. Entre los cánceres incluídos en esta unidad está el cáncer de mama. El proceso operativo principal de esta unidad comprende dos actividades fundamentales, la comunicación empática con los pacientes enfrentando los problemas humanos asociados con la aparición, o riesgo de aparición, de una enfermedad genética en una familia, así como, la realización de los test de laboratorio necesarios para su diagnóstico. Para ello, se evalúa el riesgo personal y familiar de susceptibilidad hereditaria al cáncer, la posibilidad de realizar un diagnóstico molecular, mejorar la estimación del riesgo, adecuar las estrategias de seguimiento y de reducción del riesgo, considerando la información individual de la paciente y la información familiar disponible. Los resultados de consulta repercuten en las decisiones durante el proceso asistencial de las pacientes; teniendo por tanto impacto tanto en los resultados en salud de los pacientes como en los costes del sistema de salud. Y, sin embargo, los estudios genéticos tienen riesgos en sí mismos, como trastornos psicológicos (ansiedad, culpabilidad, autoestima o depresión), perdida de privacidad, cambios en la dinámica familiar y una falsa sensación de seguridad.

Por tanto, y como buena práctica de adecuación de la práctica clínica, es necesario evaluar la utilidad que de hecho tiene la unidad de cáncer familiar para los pacientes y sus familias, así como los costes imputables a este proceso que posibilitan la realización de la misma. Desde la Unidad de Cáncer Familiar y Hereditario propusimos el estudio de coste-utilidad para evaluar el impacto de las decisiones tomadas tras la consulta de consejo genético en pacientes con cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se construyó un modelo de Markov partiendo de la historia natural de la enfermedad y realizando un análisis de sensibilidad probabilístico mediante simulaciones de Monte Carlo. Se planteó el modelo desde una perspectiva de proveedor sanitario, incorporando exclusivamente los costes sanitarios directos exclusivamente.

RESULTADOS

Se ha definido un modelo de Markov ajustado a la población analizada, definido por cinco estados de salud (enfermedad activa, libre de enfermedad, recaída, nuevo tumor y muerte) con las correspondientes transiciones. Se han recogido los datos de costes correspondientes a las pacientes de la cohorte analizada y se presentarán los datos de coste-utilidad observados.

CONCLUSIONES

La evaluación sistemática del coste-utilidad de las intervenciones sanitarias es una buena práctica que permite optimizar los procesos y evitar los costes innecesarios.

EVOLUCIÓN DEL MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA ; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO ; ISABEL ALMENDRO RODRÍGUEZ ; ALBA RAPELA FREIRE ; ESTHER GRACÍA EXPÓSITO ; ALICIA DÍAZ REDONDO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6830*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Marcado, sitio quirúrgico*

JUSTIFICACIÓN

Los procedimientos quirúrgicos en el sitio incorrecto son poco frecuentes, pero cuando suceden tienen un alto impacto para el paciente, para el profesional y la institución. Estos se consideran incidentes evitables y suelen ser el resultado de una comunicación deficiente entre los profesionales que componen el equipo quirúrgico. Para impedir que lleguen a afectar al paciente, una de las herramientas recomendadas por distintos organismos tanto nacionales como internacionales es el marcado inequívoco del área quirúrgica a intervenir.

En nuestro hospital hemos adoptado una sistemática de actualización y revisión periódica del protocolo de marcado quirúrgico, adaptándolo a las recomendaciones de la Joint Commission International (JCI). Todo ello con el fin de proporcionar prácticas más seguras y una mayor calidad asistencial.

OBJETIVOS

Comparar la evolución del correcto marcado del sitio quirúrgico en un hospital de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

De forma trimestral, se realiza un estudio transversal de todas las cirugías realizadas durante una semana. Se clasifican por servicio y se eliminan las cirugías sin indicación de marcado del sitio quirúrgico según las excepciones estipuladas en el protocolo. Posteriormente, se analizan las siguientes variables: motivo de marcado (lateralidad, bilateralidad, niveles, abordaje laparoscópico), tipo de marcado, marcado si/no, marcado correcto acorde a protocolo si/no, cirugía urgente/programada.

RESULTADOS

2019: 91% algún tipo de marcado, 75.8% correcto (83.8 % del total de cirugías marcadas). 2020: 87% algún tipo de marcado, 74.1% correcto (96.7 % del total de cirugías marcadas).

2º T 2021: 95.4% algún tipo de marcado, 88.2% correcto (92.5 % del total de cirugías marcadas). 3er T 2021: 85.4% algún tipo de marcado. 77.7 correcto. (91 % del total de cirugías marcadas). 4º T 2021: 92% algún tipo de marcado, 89.7% correcto. (97.5 % del total de cirugías marcadas).

1er T 2022: 83.7% algún tipo de marcado, 83,7% correcto. (100 % del total de cirugías marcadas).

CONCLUSIONES

El porcentaje de cirugías con indicación en las que se ha realizado marcado del sitio ha sido variable a lo largo de los años, siempre con valores por encima del 80%, sin embargo, se ha incrementado la correcta aplicación de marcado según protocolo. Entre las limitaciones que han podido influir en la heterogeneidad de los resultados, se encuentra una N muy variada entre los diferentes cortes, con variabilidad dentro de los servicios incluidos.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LA APLICACIÓN EPSALUD: CLAVE DEL ÉXITO PARA LA ACCESIBILIDAD EN TIEMPOS DIFÍCILES.

YOLANDA DEL REY [1]; JUAN JOSÉ SANZ [2]; MONICA VICENTE [3]; SONIA MARTÍNEZ [4]; JUAN ANTONIO SARRIÓN [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DIRECCIÓN TÉCNICA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] DIRECCIÓN GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, [3] UNIDAD DE APOYO TÉCNICO, [4] GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA, [5] DIRECTOR TÉCNICO DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ID: *6836*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Asistente digital EDU Cultura Saludable Transformación digital EpSALUD Actividad grupal y comunitaria Prevención y Promoción de la Salud Prescriptor de talleres nuevo canal de comunicación*

JUSTIFICACIÓN

Hasta 2019, Atención Primaria (AP) venía haciendo anualmente una actividad educativa grupal de 5.336 talleres y 2. 703 participaciones comunitarias en modalidad presencial y en distintos ámbitos (educativos, asociativos ...) que se vio anulada en marzo 2020. Por ello, en abril 2020, la Subcomisión de Innovación y Tecnología EpSALUD aceleró transformación digital de la aplicación EpSALUD y no permitir frenar la actividad grupal y comunitaria, y más en ese momento, donde la información preventiva y salubrista cobraba tal importancia para la seguridad de la población.

OBJETIVO

Garantizar la accesibilidad a la actividad educativa grupal y comunitaria a través de la transformación digital EpSALUD.

MÉTODO

Análisis descriptivo y retrospectivo de transformación digital EpSALUD. Corte: Abril20-Jun22

RESULTADOS

La Integración de la base de datos de los centros educativos (CE), cedida de Educación a Sanidad, facilitó la interoperabilidad digital entre 421 centros de salud (CS) y 3.261 centros educativos (CE), permitiendo conexión inequívoca de profesionales CS con coordinadores COVID de sus CE de referencia agrupados por ZBS, con convocatoria institucionalizada vía email con URL de acceso al directo de la sesión de medidas. Alcance: Interoperabilidad de CS-CE, con 345 sesiones en directo: ABC de Gestión COVID para Vuelta Segura a las Aulas.

Visor de plazas libres abiertas para prescribir e inscribir educación grupal sincrónica (modalidad online, mixta y/o presencial) al ciudadano según criterios clínicos. Alcance: Visible 100% profesionales de 421CS, sanitario (en consulta) como administrativo.

Nuevo canal de comunicación con ciudadano vía email automático con seguridad coorporativa de confirmación de preinscripción y/o inscripción + generación automática e institucional del programa y/o cronograma al email de más de 6,6 millones de habitantes. Email no replay, con opción de incluir URL de acceso al directo online de la sesión educativa +contraseña para ciudadano y huella de comunicación.

Asistente digital EDU, customer assistance para profesionales que ayuda a detectar oportunidades de mejora y te lleva a solucionarlas con éxito. Además, al logarse, EDU, personaliza a cada profesional sus áreas de mejora y le lleva a poner medidas.

13 programas de Salud y 50 proyectos educativos validados por Salud Públicahan sido integrados para compartir digitalmente los materiales educativos con el ciudadano, en cada sesión educativa (online o presencial), garantizando el rigor metodológico y científico.

CONCLUSIONES

Podemos decir que gracias a la aceleración de la transformación digital en EpSALUD, en abril 2020 retomamos la actividad educativa grupal y comunitaria de prevención y promoción de la salud que realizamos en AP, ofreciendo a la población 4.895 talleres de cultura saludable (online, mixta y/o presencial), hemos participado en 1.529 intervenciones comunitarias, alcanzando una participación de 46.933 ciudadanos distintos y 22.354 participantes del ámbito educativo.

INNOVACIÓN TELEMÁTICA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DEL PACIENTE EXTERNO.

RAQUEL FRESQUET MOLINA [1]; RAQUEL GRACIA PIQUER [2]; TRANSITO SALVADOR GOMEZ [3]; ARITZ MERCHAN FLORES [2]; ARANTXA MAGALLON MARTINEZ [4]; ALBERTO JOSE FRUTOS PEREZ-SURIO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [2] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [3] TSALVADOR@SALUD.ARAGON.ES, [4] HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6837*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Comunicación y salud*
Palabras clave: *TELEFARMACIA, DISPENSACIÓN, RURAL*

JUSTIFICACIÓN

Los medicamentos de dispensación hospitalaria son fármacos que por sus características farmacológicas, novedad, o por motivos de salud pública, se deben controlar desde los servicios de Farmacia de los hospitales. En ocasiones servicios de farmacia de hospitales de tercer nivel, centros de referencia de toda la comunidad, situados en las grandes ciudades. Los pacientes deben desplazarse al centro para ser atendido por su farmacéutico hospitalario. En nuestro centro hemos iniciado un programa de telefarmacia para evitar los desplazamientos a los pacientes mantenido una atención farmacéutica de calidad telemática.

OBJETIVO

Analizar los resultados de implantación de un sistema de telefarmacia y con envío personalizado de medicamentos de dispensación hospitalaria a un centro sanitario desde un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de la implantación de un sistema de telefarmacia con envío de medicación de dispensación hospitalaria desde enero 2021 hasta diciembre 2021.

El proyecto tiene tres procesos fundamentales; selección de pacientes, teleconsulta y envío de medicación. Criterios de inclusión: tratamiento estable mínimo 6 meses, adherencia al tratamiento mayor al 90%.

La teleconsulta es realizada por el farmacéutico vía telefónica. La teleconsulta se centra en adherencia, interacciones, reacciones adversas.

El envío de la medicación se lleva a cabo por una empresa externa. La medicación es recepcionada y dispensada por la enfermera supervisora. La temperatura es controlada con un termómetro.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 60 pacientes, de los cuales 6 se dieron de baja (3 por cambio de tratamiento, 2 mala adherencia y 1 por exitus letalis). La media de envíos de medicación es 26 pacientes/mes. Representando un 1,19% del total de pacientes que acuden al servicio de farmacia.

Los pacientes pertenecían a los siguientes servicios reumatología 25%, dermatología 20%, digestivo 13%, alergias 8%. Los medicamentos más dispensados fueron Adalimumab 36%, omalizumab 10%, Epoetina alfa 5%.

Las incidencias que hemos tenido en este periodo han sido: paciente no contesta a la teleconsulta, paciente no recoge la medicación, por error de envío de medicación por parte de la empresa externa.

CONCLUSIONES

Nos permitió reforzar la adherencia, mejorar la seguridad y eficacia de los tratamientos.

Se ha reducido el tiempo empleado en recoger la medicación manteniendo una atención farmacéutica de calidad.

Este nuevo sistema de dispensación conlleva un mayor trabajo asistencial por lo que nuestro próximo objetivo es estratificar a los pacientes mediante el modelo capacidad-motivación-oportunidad.

MAPA DE RIESGO A PARTIR DE LOS EVENTOS ADVERSOS(EA) NOTIFICADOS EN UN TERRITORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

EVA MARÍA OYA GIRONA [1]; IMMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA [2]; MARIA MORENO GÓMEZ [3]; MONTSERRAT GENS BARBERA [1]; NURIA HERNÁNDEZ VIDAL [1]; FERNANDO BEJARANO ROMERO [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] ABS SALOU, [2] ABS VALLS, [3] ABS REUS, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII

ID: *6841*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Eventos adversos, mapa de riesgo, seguridad de paciente*

JUSTIFICACIÓN

En nuestro territorio, el sistema de notificación de incidentes esta implantado desde el año 2013 como un elemento clave en el proyecto de las unidades funcionales de seguridad de paciente (UFSP) de nuestra comunidad autonoma.

OBJETIVOS

Definir el mapa de riesgos a partir de los EA notificados e implantar acciones de mejora y practicas seguras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo de estudio: EA notificados durante el año 2021. Los incidentes son gestionadas por los referentes de seguridad de cada centro de salut (CS) y por los miembros de la Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes a nivel central (UFSP). Tras el análisis y gestión de los incidentes se identifican areas críticas, se priorizan prácticas seguras y acciones de mejora. Se elaboran boletines y se difunden en comisiones de calidad y SP y sesiones clínicas. Los EA graves se analizan mediante análisis causa raíz y se presentan como casos que se enseñan en comisiones, comités y sesiones clínicas.

RESULTADOS

Durante el año 2021 se notificaron 653 incidentes. El 23,4% (147) fueron EA. Pre-pandemia 2019 (10-12%), en 2020 (20,5%). Gravedad: 61,2% moderado, 19% alto riesgo y riesgo extremo, 19'8 bajo. El 2,7% de los EA han provocado la muerte del paciente (4 pacientes de los 147 han muerto). Áreas críticas más importantes: 30% continuidad asistencial, 14% laboratorio, 13'6% vacunas. Factores causales: 47% curas (29% manejo inadecuado del procedimiento y 14% manejo inadecuado del paciente), 22,4% gestión (10'2% lista de espera prolongada y 6,8% citación errónea), 12'9% comunicación (6'1 comunicación entre niveles asistenciales), 9'5% medicación, 8'2% diagnóstico (4,8% retraso diagnóstico). Factores contribuyentes: 42'2% organización, 29'9 externos (hospitales de referencia y otros dispositivos asistenciales), 22'4% profesional y 4'1% paciente. 99% fueron EA evitables. Plan de acción: Continuum asistencial: se reiniciaron las reuniones de las UFSP transversales con los diferentes hospitales de referencia del territorio y dispositivos asistenciales, comisiones mixtas y se potenció la interconsulta sin paciente; se reactivaron el Equipo de mejora del laboratorio y vacunación segura, se inició proceso de estandarización de la demanda con la definición de un catálogo de prestaciones. Se ha editado un boletín, presentación de 4 casos que enseñan en la comisión de calidad territorial y en las sesiones clínicas en los CS

CONCLUSIONES

Observamos un incremento de los EA durante la pandemia COVID-19. Identificamos el continuum asistencial, el laboratorio y vacunas como áreas críticas. Destaca el manejo inadecuado de los procedimientos y del paciente, listas de espera prolongadas, la citación errónea y el retraso diagnóstico como factores causales. Identificar este mapa, no ha permitido establecer acciones de mejora y prácticas seguras.

SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA A PACIENTES CRONICOS EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA AL INICIO DE LA PANDEMIA COVID 19

ANTONIO PAREDES SIDRACH DE CARDONA; LIDIA BUITRAGO GALVEZ; JOSEFA SARABIA MAYOR
CENTRO DE TRABAJO: CENTRO DE SALUD MURCIA VISTALEGRE LA FLOTA

ID: *6851*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *cronicidad (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Cuidados enfermeros, enfermería, atención primaria, cronicidad*

JUSTIFICACIÓN

Necesitábamos conocer el grado de seguimiento real de nuestros pacientes crónicos y contrastarlo con la sensación de abandono que había en el equipo

OBJETIVOS

1. Conocer el número de pacientes crónicos a los que se les anulo la cita presencial con su enfermera de atención primaria, en el periodo de marzo a junio de 2020, debido al estado de alarma durante la pandemia COVID 19
2. Identificar las características de dichos pacientes 3- Ver el tipo de seguimiento realizado
3. Se analizaron los pacientes con cita anulada. Se buscaron los registros de nuevos contactos con los pacientes (telefónicos y presenciales) y se vio si esa cita fue adelantada, y el tiempo transcurrido desde la cita anulada y el seguimiento telefónico/ presencial si fuese posterior

RESULTADOS

se anularon citas a 388 pacientes (el 92,79% de más de 55 años y 58,51% mujeres). Los episodios por los que tenían cita eran diabetes (14,18%), HTA (30,15%), diabetes más HTA (52,06%), inmovilizado (0,26%) y el 3,35% restante sin relación directa con proceso cronico. Al 54,12% se les proporcionó otra cita, y de éstos al 53,81% consulta telefónica y el 46,19% presencial. Al resto de pacientes con la cita anulada (45,88%) no presentaron ningún registro de atención telefónica o presencial durante el periodo estudiado. De los 113 pacientes con consulta telefonica, la llamada tenia relación con el episodio cronico en el 95,58%, siendo en una fecha posterior en el 43,36% de los casos y con una demora media de 29 días. De los 97 pacientes con nueva cita presencial, en el 73,20% la cita tenia relación con el episodio. Esta nueva cita se produjo con posterioridad a la cita anulada en el 26,55% y con una demora media de 19 días

CONCLUSIONES

Tras la cancelación de las citas con enfermería se han realizado intervenciones para conseguir la continuidad asistencial según las necesidades de los pacientes. Un porcentaje importante de citas se reasignaron y realizaron, telefónicas y presenciales, en dias previos a las fechas de citas anuladas, lo que supuso actividad extra para aliviar la situación generada en los primeros meses de pandemia. Se buscó evitar sensación de abandono de cuidados enfermeros en los pacientes vulnerables. Este trabajo, no siempre visualizado, supuso la percepción de una imagen de dejadez y relajación respecto al trabajo, a pesar de seguir atendiendo presencialmente a diario en el centro y en domicilios.

La incorporación de la llamada telefónica se ha mostrado como una herramienta fundamental para el seguimiento de crónicos y la prevención de complicaciones, sin necesidad de desplazamientos y evitando contactos innecesarios durante los momentos más delicados de la pandemia.

Creemos que se ha producido un infraregistro de las llamadas telefónicas a pacientes en los primeros meses, al no estar las enfermeras acostumbradas a registrar esta actividad en la historia clínica. De ahí el elevado número de pacientes sin nueva cita ni telefónica ni presencial en los meses del estudio.

DESARROLLO DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE CAPACITACIÓN DE ENFERMEROS EN SEDACIÓN Y CUIDADOS EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA

GENOVEVA FERNÁNDEZ CARRAL; SELMA HERRERO LOPEZ; FAUSTINO GONZALEZ MENENDEZ; JOSE LUIS COBO SANCHEZ; PATRICIA LAURA AGUEROS FUENTE; INMACULADA COLLANTES HERNANDEZ; ELENA RIVAS CILLEROS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *6853*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *sedación endoscopias*

JUSTIFICACIÓN

El incremento de la demanda de exploraciones digestivas mediante endoscopia y la utilización de técnicas de sedación en la mayoría de los pacientes para lograr un examen exitoso, ha desbordado en muchas ocasiones, la capacidad de los servicios de anestesiología para dar una respuesta asistencial adecuada. Se plantea como estrategia para abordar esta situación, la capacitación de enfermeras/os del servicio de endoscopias en la administración de sedación y cuidados del paciente sedado, siguiendo las recomendaciones de la SEDAR y por tanto cumpliendo con criterios de calidad y seguridad y con un planteamiento curricular orientado al desarrollo de criterios clínicos, destrezas y habilidades técnicas y no técnicas.

OBJETIVOS

Describir la estrategia de formación y exponer los resultados de la actividad.

Metodologia: El programa formativo se sustentó en cuatro pilares.

- 1º Fase: Formación en SVB y SVA. para desarrollar las competencias necesarias para una atención cualificada en pacientes en situación de parada cardiaca.
- 2º Fase: Formación teórica sobre aspectos fundamentales relacionados con la sedación y sus cuidados (fisiología, farmacología, accesos venosos, complicaciones etc).
- 3º Fase: Entrenamiento mediante casos clínicos utilizando pacientes simulados en ambientes reales con mentorización realizada en centro de simulación (Hospital virtual).
- 4º Fase: Realización de asistencia en sedación en sala de endoscopias, en 120 sedaciones y con supervisión de anestesia.

RESULTADOS

Se realizan 2 ediciones con un total de 23 alumnos formados y con tasa de participación del 100%. Todos, personal estatutario con una edad media entre 36-45 años y de los 23, 19 mujeres y 4 hombres, la mayoría de ellos con contrato vacante o de larga duración. Se realizó una encuesta de valoración por parte de los alumnos de diferentes aspectos del programa (de 1 a 5), donde 1 se consideraba (Muy en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Se obtienen 12 encuestas con un índice medio de satisfacción del 86,74% Los resultados cuantitativos demostraron una positiva evaluación general en sus diferentes aspectos: objetivos, equipo docente, utilidad, resultado global. Asimismo, los alumnos evaluaron positivamente la adquisición de conocimientos y habilidades.

CONCLUSIONES

Ante la falta de desarrollo especialidades de enfermería, se torna necesario la formación con programas de capacitación, que certifiquen la competencia para desarrollar la actividad en servicios especiales y en condiciones de seguridad.

La unidad de formación posibilita el desarrollo de estos itinerarios facilitando el encuentro y comunicación de los servicios implicados y participando en el codiseño y gestión de la actividad.

El programa de formación mejoró la curva de aprendizaje, combinando formaciones teórico prácticas, aprendizaje en entornos simulados y prácticas en sedación en un entorno seguro.

Los alumnos mayoritariamente han manifestado estar muy satisfechos con la actividad.

LA ALFABETIZACIÓN INFORMÁTICA DE LOS PROFESIONALES COBRA IMPORTANCIA A MEDIDA QUE LA SALUD DIGITAL AVANZA.

YOLANDA DEL REY [1]; MONICA VICENTE [2]; CARLOS BERMEJO [2]; JUAN ANTONIO SARRIÓN [3]; JOSÉ ENRIQUE VILLARES [4]; ESTHER MARTÍN [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DIRECCIÓN TÉCNICA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] UNIDAD DE APOYO TÉCNICO, [3] DIRECTOR TÉCNICO DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA., [4] DIRECTOR TÉCNICO DE PROCESOS ASISTENCIALES, [5] UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA LOS ALPES. ATENCIÓN PRIMARIA.

ID: *6861*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Educación online Modelo S1S2S3 +Foro Comparte Determinantes digitales de salud Alfabetización informática de los profesionales*

JUSTIFICACIÓN

Atención Primaria venía impartiendo a las mujeres y sus acompañantes unos 3.177 grupos de Educación Maternal al año y se vieron afectados drásticamente por la imposibilidad de la prespecialidad a los mismos. Estas circunstancias hicieron que desde abril 2020 se realizarán las acciones necesarias para no dejar de ofrecer este servicio a las mujeres y a sus acompañantes y poder hacerlo en formato online.

OBJETIVO

Facilitar la adaptación de los profesionales a las nuevas tecnologías de atención de educación sincrónica online ofrecida a la población a través de la implantación de un modelo de aprendizaje experimental, de alfabetización digital aplicado a los profesionales de las unidades específicas de Atención Primaria de nuestra comunidad y que tiene como propósito final mejorar la planificación de Educación Sanitaria grupal online y la accesibilidad ciudadana a través de las tecnologías integradas en la aplicación EpSALUD de Atención Primaria.

MÉTODO

Análisis descriptivo del Modelo S1S2S3 + Foro Comparte. Modelo aprendizaje de acompañamiento digital de un año de evolución con tres componentes clave de implantación: 3 sesiones (S1 Formativa de innovación en educación digital/S2 Seguimiento de talleres online /S3 Evaluación nº talleres educación maternal online) + Foro comparte entre sesiones (con interoperabilidad de experiencias entre profesionales, Q&A profesionales_ experto digital y píldora informativa semanal de buena práctica digital) + tablón abierto de contenidos en intranet+ sesión extra impartida por profesional formado en plena 1ª ola y compartir la experiencia de adaptación.

RESULTADOS

De 163 unidades de psicoprofilaxis obstétrica, con 223 matronas (M) se unieron al compromisio del modelo de aprendizaje: 84 M de 73 unidades de nuestra comunidad. Se dieron 9 sesiones distribuidas en 3 grupos (G1, G2, G3), siendo Nº M en S1 (83). Nº M S2 (35) y Nº M S3 (16). Foro Comparte con interoperabilidad de 84 M, generando 24 Q&A claves resueltas en grupo. Diseño, envío y publicación de 6 píldoras ad hoc de lo generado tras foro y publicado en abierto en intranet corporativa. Nº talleres de educación maternal online (EMO): 471.

CONCLUSIONES

Los «determinantes digitales de la salud», como la alfabetización informática y el acceso a las tecnologías cobran mayor importancia a medida que la transformación digital avanza entre la población y los profesionales tenemos que adaptarnos a los nuevos modelos de atención digital que demanda la sociedad y no frenar la accesibilidad, por ello, es importante el compromiso y la formación constante en el manejo de los nuevos canales de comunicación con la población y poder seguir haciendo una actividad asitencial grupal de calidad. Podemos decir, que el Modelo S1S2S3 requiere esfuerzo, participación y compromiso tanto del docente como del discentes y que con su testeo, pasamos de 261 talleres de EMO en 2020, con un modelo formativo tradicional, a 471 talleres EMO en 2021, con el Modelo S1S2S3+ Foro Comparte.

MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE AMBULATORIO DE SALUD MENTAL

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA ; JOSÉ MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN

ID: *6862*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia Satisfacción Paciente*

JUSTIFICACIÓN

En nuestra organización desde hace años se realizan estudios de satisfacción del paciente; técnicas cuantitativas y/o cualitativas como herramienta de mejora de procesos. Queriendo llegar más lejos nos proponemos conocer la "experiencia del paciente", a través de la elaboración de un mapa de experiencia del paciente en el Programa Comunitario Intensivo (PCI). El PCI es un programa en salud mental, pionero, cuya peculiaridad es llevar la asistencia al paciente a su domicilio, nació hace 4 años por lo que consideramos un buen momento para conocer esa experiencia del paciente. Siempre teniendo en cuenta las dificultades de comunicación del paciente con Trastorno Mental Grave y que los procesos de salud mental son muy largos en el tiempo.

OBJETIVOS

Identificación de áreas de mejora e implantación acciones correctivas que nos ayuden a mejorar la satisfacción del paciente a través de la elaboración de un mapa de experiencia (MP) del paciente.

MATERIAL Y METODOS

Se forma un grupo multidisciplinar para el diseño y elaboración del MP. 1. Selección del proceso. 2. Identificación de las fases del proceso que interaccionan con el paciente. 3. Conocer la perspectiva del paciente; para ello se realiza una entrevista grupal a pacientes, una entrevista grupal a familiares (intervinieron 1 moderador y 2 observadores) y una encuesta de satisfacción a pacientes y familiares (Validada por la D. G. de Trasparencia y Atención al Ciudadano con 17 preguntas, 14 a valorar del 1 al 5, 2 de respuesta SI/NO y 1 abierta), Esta encuesta se les entrega en mano a pacientes y familiares para que la cumplimenten y la remitan por correo al Dpto. Calidad. 4. Reuniones para la elaboración del mapa. 5. Análisis de resultados e identificación y propuesta de áreas de mejora.

RESULTADOS

Disponemos de dos informes de entrevista grupal tanto a pacientes y familiares. Se ha elaborado la encuesta de satisfacción obteniendo un 4.28 sobre 5 en satisfacción global con el programa. Con estos informes se ha elaborado un mapa de experiencia del paciente en el que se reflejan, de cada una de las 6 fases del proceso identificadas, los ítems; interacción del paciente con la organización, actividades que realiza la organización, documentación asociada, ¿Qué piensa, siente, ve, oye, hace y dice el Paciente? y que emociones experimenta. Se han identificado 2 acciones de mejora.

CONCLUSIONES

Esta herramienta nos permite conocer la satisfacción del paciente a través de "su mirada", sus emociones, sus deseos, etc. A su vez, conocer la perspectiva del paciente, desde lo que siete, ha generado satisfacción entre los profesionales de la unidad, consiguiendo mayor colaboración en la implantación de las acciones de mejora, ha generado interés y curiosidad por profesionales de otras unidades, que nos demanda la utilización de esta técnica en sus procesos.

“EDUCACIÓN PARA LA SALUD” A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA ; JOSÉ MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN

ID: *6864*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Educación Salud*

JUSTIFICACIÓN

Proporcionar educación respalda la partición del paciente en las decisiones y en los procesos de su atención, ayudando a cubrir sus necesidades y a alcanzar sus objetivos sanitarios. Es importante que esta educación la proporcionemos de forma interdisciplinar y que se imparta educación relacionada con temas como el uso seguro de medicamentos, sexualidad, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor, técnicas de rehabilitación, etc. En nuestra organización se imparte educación para la salud (Eps) desde hace varios años, sin medición ni metodología, todo esto hace necesario la elaboración de un plan de educación para la salud en las unidades de hospitalización de forma que se unifiquen criterios y formas de actuación.

OBJETIVOS

Definir la metodología a seguir para la planificación de actividades de EpS de pacientes con trastorno mental grave en función de sus necesidades.

MATERIAL Y METODO

Constitución de un grupo de profesionales multidisciplinar (Enfermeria, Terapeutas ocupacionales, facultativos, gestión de riesgos sanitarios y el Departamento de Calidad) para la puesta en común y la definición de criterios consensuados a lo largo de varias reuniones. Elaboración y aprobación por parte de la Dirección del Plan de educación para la salud en las unidades de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia. Implantación del plan de EpS, evaluación de los módulos y medición de indicadores.

RESULTADOS

Se realizan reuniones para la definición y consenso de módulos de EpS, así como los objetivos a conseguir en cada módulo (se dividen en sesiones), quedando reflejado en el Plan de educación para la salud que se aprueba en noviembre 2021. Se actualiza el Formulario de Selene para el registro en la Historia Clínica del paciente y se determina el circuito a seguir para la evaluación de dichos módulos, así como los indicadores a medir. Se comienza la implantación el 1 de enero de 2022. Obtenemos como resultados del primer cuatrimestre: Se imparten 3 módulos divididos en 18 sesiones. Porcentaje de ocupación de las sesiones 91%. Paciente que asisten 39. Tiempo dedicado para Eps 19 horas. Tiempo de EpS por paciente 29 minutos.

CONCLUSIONES

Educar al paciente en EpS permite incluirle en las decisiones de su tratamiento y rehabilitación, procurándoles, además, recursos para la vida diaria integral y psicosocial del paciente. También se pueden fortalecer hábitos y estilos de vida saludable individual y colectiva. Humanizamos de esta forma la asistencia sanitaria ya que les hacemos participes de su tratamiento.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE JCI EN LOS INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO

ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO; ANA GARZON SANCHEZ; ROSA SOLEDAD DÍAZ GARCÍA; ESTHER GARCÍA EXPÓSITO; NIEVES LOPEZ FRESNEÑA; PAULA MARTIN GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6876*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Joint Commission, indicadores, seguridad del paciente, historia clínica*

JUSTIFICACIÓN

Joint Commission International (JCI) es a día de hoy la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo. En 2018 nuestro centro se embarcó en un proceso de cambio en la cultura de trabajo, basado en una agenda de mejora según los estándares JCI que ha culminado en mayo de 2022 con la acreditación del hospital. Para monitorizar el estado de nuestro hospital en relación a los diferentes estándares de JCI, se ha desplegado un programa de calidad y seguridad con más de 100 indicadores que se han medido periódicamente y distribuido a los diferentes servicios.

OBJETIVOS

Estudiar la evolución de los principales indicadores de calidad y seguridad del paciente de un hospital a lo largo del proceso de implantación de una agenda de mejora basada en los estándares de JCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboró un cuadro de mando de calidad y seguridad del hospital y estratificado por servicios, que se actualiza de forma cuatrimestral. Posteriormente, se compararon los resultados del cuadro de mando de calidad y seguridad del paciente obtenidos en el corte realizado en el primer cuatrimestre de 2022 con datos previos. Se han seleccionado para este estudio indicadores de Prevención y Control de la Infección (cumplimiento de higiene de manos), seguridad del paciente (nº incidentes notificados, utilización de listados de verificación -quirúrgico y de procedimientos invasivos-, marcado del sitio quirúrgico), registro adecuado en la historia clínica (evaluación médica, aspectos relacionados con la cirugía, aspectos relacionados con la anestesia, registro de la transferencia de información relevante, informe de alta completo).

RESULTADOS

El cumplimiento de higiene de manos evolucionó a lo largo de 2019, 2021 y 2022 del 68,3%, al 70,5% y 73,3% respectivamente. El uso de listados de verificación pasó de 91% en septiembre de 2021 a 97% en marzo de 2022 en procedimientos quirúrgicos y de 72% a 84% en procedimientos invasivos. Respecto al marcado del sitio quirúrgico, la evolución fue de un 77% al 86% para este mismo periodo. Finalmente, al estudiar los ítems relacionados con el adecuado registro en la historia clínica, si comparamos los datos del segundo cuatrimestre de 2021 con el primer cuatrimestre de 2022, tenemos: la evaluación médica inicial mejoró del 77% al 88%, los aspectos relacionados con la cirugía del 57% al 78%, los de anestesia del 61% al 83% y los asociados al informe de alta del 57% al 74%.

CONCLUSIONES

La agenda de mejora basada en los estándares JCI se ha traducido en mejoras en todos los indicadores de calidad y seguridad del paciente, y ha sido útil para identificar aquellos aspectos en los que seguir trabajando, como el reflejo en la historia clínica de los aspectos relacionados con la anestesia y con la cirugía.

IMPLICACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LA VALIDACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ROSA DÍAZ GARCÍA; ANA GARZÓN SÁNCHEZ; ALICIA DÍAZ REDONDO; DAN RODRIGUEZ CAMPELO; ESTHER GARCÍA EXPÓSITO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6882*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *auditoría, historias clínicas, validación de datos*

JUSTIFICACIÓN

El programa de calidad de nuestro centro, inspirado en recomendaciones de JCI, incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, así como la validación de los mismos. La implicación del personal del centro en la mejora continua y, especialmente al personal en formación, es fundamental para la sostenibilidad del sistema. En este sentido, a lo largo del año 2021 y 2022 se integró a médicos/as de los diferentes servicios del hospital, incluido personal en formación, en la recogida de datos correspondiente a la auditoría de historias clínicas del hospital.

OBJETIVOS

- Impulsar el proceso de recogida y validación de datos clínicos, como herramienta fundamental para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Promover el proceso de recogida de datos como una herramienta de autoevaluación del adecuado registro de historias clínicas

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elabora un manual con las instrucciones para la recogida de datos que se distribuye entre los profesionales de los diferentes servicios y se imparten sesiones formativas online desde el servicio de Medicina Preventiva. Se selecciona una muestra aleatoria de episodios de alta de hospitalización correspondiente al primer cuatrimestre de 2022 para estudiar variables relacionadas con el adecuado registro en la historia clínica. Estas variables se agrupan en los apartados: antecedentes, evaluación en las primeras 24 horas de ingreso, seguimiento, información sobre transferencias de pacientes entre unidades, aspectos relacionados con la cirugía, aspectos relacionados con la anestesia e informe de alta. El 85% de los episodios son revisados por personal de Medicina Preventiva y el 25% por profesionales de otros servicios. En una submuestra de 10 episodios se analizan ítems clave por pares para estudiar la concordancia, considerando una concordancia adecuada aquella igual o superior al 75%. Finalmente, se realiza feedback a los servicios con los resultados obtenidos.

RESULTADOS

A las sesiones formativas online asistieron 64 profesionales y en la recogida de datos clínicos participaron 28 profesionales, 20 de los cuales pertenecían a un servicio clínico. De los 14 ítems evaluados para analizar la concordancia, 6 de ellos presentaban una concordancia del 100%, 7 entre el 80% y el 100% y 1 presentó una concordancia del 67%.

CONCLUSIONES

El formulario de recogida de datos cumplió una doble misión para los profesionales de otros servicios: por un lado, su implicación en la recogida de datos para el posterior análisis y por otro, servía de autoevaluación y guía de mejora en el registro de información. La validación de datos mediante el análisis de concordancia permite reconocer las variables que necesitan una reformulación en su forma de recogida o mayor formación para los auditores. La participación de los clínicos tanto en el análisis como en el feedback posterior sirve para reconsiderar y mejorar los criterios utilizados para la auditoría.

INFLUENCIA DE LA ADAPTACIÓN A LA JOINT COMMISSION EN LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA

ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO; ALICIA DÍAZ REDONDO; ROSA SOLEDAD DÍAZ GARCÍA; ANA RUIZ TORNERO; PAULA MARTÍN GARCÍA; ANA GARZÓN SÁNCHEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6886*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *informes de alta, joint commission*

JUSTIFICACIÓN

La acreditación por Joint Commission International (JCI) es uno de los mayores reconocimientos a las que una organización sanitaria puede optar para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Siguiendo este compromiso de calidad y seguridad, en nuestro hospital se ha trabajado desde el año 2018 para conseguir dicha acreditación. Este proceso de adaptación ha supuesto una serie de cambios en la manera de llevar a cabo las tareas diarias del hospital, desde la organización y estructura, hasta el modo en que se cumplimentan las historias clínicas.

OBJETIVOS

Evaluar la adaptación de los informes de alta de los episodios de hospitalización de nuestro centro de acuerdo a los estándares de JCI, a lo largo del proceso de acreditación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron revisiones de la historia clínica electrónica con periodicidad semestral correspondiente a los episodios de hospitalización desde el año 2019 hasta 2022. Las variables evaluadas fueron: motivo de ingreso, anamnesis, antecedentes personales, exploración física, pruebas complementarias, evolución, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos realizados. Se incluyó una variable combinada, “informe de alta completo”, cuando se recogían todas las variables anteriores. De forma específica, se incluyeron variables relacionadas con la adecuada prescripción farmacológica, así como el uso de abreviaturas. Se realizó un análisis descriptivo del cumplimiento global y por servicios, que se hizo llegar a los responsables de los mismos con las recomendaciones para la mejora de los resultados.

RESULTADOS

Los resultados del análisis muestran un incremento en la serie temporal respecto a la proporción de informes completos, cercano al 75% en 2022. Además, se observó una disminución de la presencia de abreviaturas hasta limitarse al 15% de los informes en este año. El cumplimiento de los diferentes ítems ha ido aumentando, con ascensos que varían entre el 5 y el 50% en la mayoría de los casos, hasta conseguir resultados por encima del 90% en todos los campos.

CONCLUSIONES

La sistemática de trabajo siguiendo los estándares de JCI, con revisiones frecuentes de las historias clínicas y Feed-back a los servicios responsables es una herramienta útil de mejora, con mayor calidad de las historias clínicas y más información claramente representada para los pacientes.

PROCESO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD NO DESEADA

ANTONIA GEMA PLANET CONDE [1]; BEATRIZ HERRERA SÁNCHEZ [2]; GEMA ALAMEDA HERNÁNDEZ [3]; MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ ROBLEDO [4]; MARIANELA BAYÓN CABEZA [5]; RAQUEL MILLÁN SUSINOS [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, [3] CS EL GRECO, [4] C.S. FEDERICA MONTSENY C.S. RAFAEL ALBERTI, [5] TÉCNICO DE CALIDAD DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, [6] C.S. EL GRECO C.S. SECTOR III

ID: *6889*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Soledad en el paciente crónico*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Soledad no deseada, SnD*

JUSTIFICACIÓN

La soledad no deseada (SnD) es una realidad que sufren miles de personas en España y en otros países y ha ido aumentando de forma muy significativa en nuestra sociedad en las últimas décadas, debido en parte, a la mayor longevidad de las personas y los cambios en las estructuras familiares y laborales. Es una situación de alta vulnerabilidad para las personas mayores.

La SnD unida al aislamiento social da lugar a sensación de malestar, aumento de la morbilidad y mortalidad de los mayores y todo esto origina hiperfrecuentación en las consultas de Atención Primaria (AP). El aislamiento social y la soledad se han considerado factores psicosociales de riesgo para la salud, siendo criterios de inclusión para la detección de ancianos frágiles en AP.

OBJETIVO

Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores (de 70 años en adelante) que se encuentran en situación de SnD impulsando sus relaciones sociales y vínculos comunitarios.

Sensibilizar a profesionales y población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para establecer un programa de actuación desde AP se creó un grupo de trabajo (GdT) multiprofesional, 4 enfermeros, 2 trabajadores sociales sanitarios y 1 médico.

Tras realizar una revisión bibliográfica, el GdT estableció unos criterios de inclusión y exclusión para el programa. Va dirigido a personas con edad mayor o igual a 70 años en situación de soledad, aislamiento social o sin redes de apoyo de calidad.

La actual Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) incluye, en los servicios de Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional, de Atención a pacientes con necesidad de cuidados paliativos y en los servicios de atención a personas con patologías crónicas con posibilidad de NIA (nivel de intervención alto); la valoración del riesgo socio familiar a través de la Escala Gijón. En el punto “A. SITUACIÓN FAMILIAR” de la escala, se recoge la información sobre si vive solo.

A todas las personas de edad de 70 años o más que vivan en situación de soledad y sean identificadas por cualquier miembro del Equipo de Atención Primaria (EAP) o informantes externos, se les realizará una valoración del Riesgo Socio Familiar a través de la Escala Gijón en cualquiera de las consultas, preferentemente en las Unidades de Trabajo Social Sanitario.

Se realizarán las intervenciones sociales que requiera el caso y se impulsarán actividades que fomenten las relaciones sociales. Desde el EAP se potenciará el fortalecimiento de las relaciones con las redes sociales formales e informales o voluntarias.

Para la elaboración de Intervenciones comunitarias y de grupos de Educación para la Salud grupal que sean del interés de estas personas, estamos trabajando en la realización de un estudio cualitativo basado en la experiencia del paciente.

RESULTADOS

Comunicado a los profesionales 22 de febrero de 2022.

En la celebración del XXXVIII Congreso de la SECA podremos aportar datos sobre la implantación del proceso.

CONCLUSIONES

Pendiente de los resultados.

MAPA DE EVIDENCIA SOBRE HERRAMIENTAS PARA DETECTAR EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDIA Y LARGA ESTANCIA

SUSANA MALGRAT CABALLERO [(1)]; ANGELA KANNUKENE [(2)]; HILLY CALSBEEK [(3)]; KAJA POLLUSTE [(2)]; CAROLA ORREGO [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] PARC SANITARI PERE VIRGILI, [(2)] UNIVERSITY OF TARTU, ESTONIA, [(3)] SCIENTIFIC CENTER FOR QUALITY OF HEALTHCARE (IQ HEALTHCARE), RADBOUD INSTITUTE FOR HEALTH SCIENCES, RADBOUD UNIVERSITY MEDICAL CENTER, THE NETHERLANDS, [(4)] FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

ID: *6892*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *eventos adversos, hospital atención intermedia, convalescencia, larga estancia, herramienta detección, paciente mayor*

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de eventos adversos (EA) ha sido estudiada mediante estudios epidemiológicos en diferentes ámbitos, aunque está menos desarrollado en pacientes hospitalizados en atención intermedia o de largo plazo. Además, falta una visión general de los datos disponibles.

OBJETIVOS

Realizar un mapa de la evidencia existente en cuanto a los métodos y herramientas utilizados para caracterizar la epidemiología de los eventos adversos en la atención a largo plazo. Con esta búsqueda queremos determinar: herramientas a utilizar para encontrar eventos adversos, identificar señales de alerta en esta población, eventos adversos más frecuentes en estos pacientes y brechas de investigación más relevantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos desarrollado una revisión sistemática de la literatura utilizando un mapa de evidencia. Se realizó la búsqueda en la base de datos PubMed de artículos publicados entre 2000 y 2021. Dos revisores extrajeron los datos de forma independiente (peer-review) según unos criterios de inclusión y exclusión establecidos y evaluaron la calidad metodológica de los incluidos mediante la herramienta web Rayyan. Los resultados primarios de esta revisión fueron los métodos y las herramientas utilizadas para caracterizar los eventos adversos en la atención a largo plazo. Los resultados secundarios son la incidencia y la capacidad de prevención de los eventos adversos en estos entornos. Para ser considerados elegibles para esta revisión, los estudios debían realizarse en pacientes ingresados en cuidados intermedios, cuidados a largo plazo o cuidados de convalecientes, realizados en personas mayores de 60 años. Se excluyeron los estudios no originales y los artículos realizados en idiomas distintos al inglés, español o estoniano.

RESULTADOS

Encontramos 2191 artículos en Pubmed. Según los criterios de inclusión y exclusión, dos revisores seleccionaron 205 artículos mediante cribado de título y resumen. Después de la revisión a texto completo de los artículos cribados (205), se seleccionaron 34 artículos mediante revisión ciega e independiente de dos revisores. Se identificaron las siguientes áreas como las más relevantes: medicación (n=19), cuidados generales (derivación a hospital de agudos) (n=1), cuidados generales (delirium) (n=2), cuidados generales (caídas) (n=3), cuidados generales (infecciones) (n=5), cuidados generales (contenciones) (n=2), global trigger tool (n=2). En este momento se está realizando la finalización de la extracción de datos. Se presentarán resultados finales sobre herramientas más frecuentemente utilizadas y caracterización de eventos adversos en esta población.

CONCLUSIONES

Este mapa de evidencia proporciona información científica que describe las principales metodologías utilizadas para identificar y caracterizar la aparición de eventos adversos en la atención a medio y largo plazo en personas mayores. También presenta las principales líneas futuras de investigación a desarrollar.

MAPEADO DE RIESGOS EN UN ENTORNO HOSPITALARIO CON DISTINTOS NIVELES DE COMPLEJIDAD

PATRICIA PALOMERA RUFO; BIBIANA NAVARRO ARQUED; ADRIANA CERCAS DUQUE; MARGARITA RODRIGUEZ-OSORIO CAMPOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6893*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *gestión de riesgos, mapa de riesgos, enfoque basado en riesgos, prevención de errores*

JUSTIFICACIÓN

Los hospitales son sistemas complejos con gran número de riesgos, por lo que requieren una adecuada gestión de riesgos que permita identificar los problemas y las causas que los originan para el desarrollo de estrategias que reduzcan su repetición.

Los mapas de riesgos evidencian las circunstancias con probabilidad potencial de producir un daño o distorsionar los resultados previstos y sobre los cuales se puede actuar para minimizar su impacto mediante soluciones específicas.

Los hospitales públicos gestionados por Quironsalud disponen de una metodología común para el análisis de riesgos con un enfoque basado en la identificación proactiva de riesgos en cada proceso, desde una perspectiva multidisciplinar que redunde en la mejora de la eficiencia, satisfacción y seguridad de la atención.

OBJETIVOS

La necesidad de disminuir la variabilidad en el cuidado ante nuestros pacientes requiere la búsqueda de estrategias comunes. La heterogeneidad de la definición e identificación de riesgos hace imposible un análisis conjunto del análisis de los mismos.

Se hace necesario, por tanto, la definición de un mapa común de riesgos para los hospitales que permita: Disponer de un inventario de riesgos por proceso

Asegurar el análisis de datos agregado

Identificar oportunidades de mejora para el rediseño de procesos de forma transversal Comparar el nivel de riesgo entre procesos y hospitales

MATERIAL Y MÉTODOS

Recopilación de los riesgos identificados en cada uno de los 32 procesos definidos en el mapa de procesos.

Revisión de los 1190 riesgos identificados por los responsables de seguridad y propietarios de proceso de los cuatro hospitales. Comparación con bibliografía y estándares de referencia.

Definición de grupos y subgrupos de riesgos y agrupación para una clasificación homogénea. Clasificación de cada uno de los riesgos según grupo, subgrupo y dimensión.

Consenso con los responsables de seguridad y propietarios de proceso.

RESULTADOS

Catálogo de riesgos unificado y consensuado con los 4H. Aplicación en la evaluación anual de riesgos en los procesos. Valorización y priorización de riesgos mediante matriz de triple factor estandarizada. Búsqueda de estrategias comunes para la minimización de riesgos.

Nº de riesgos analizados: 1190 Nº de grupos definidos: 83

Nº de subgrupos definidos: 94 Nº de dimensiones: 8

CONCLUSIONES

La unificación de los mapas de riesgos desarrollados en los hospitales, junto con los identificados en publicaciones de referencia, facilita la identificación de riesgos inherentes de los procesos.

La clasificación de los riesgos en categorías o grupos homogéneos permiten el análisis de datos y la comparación del nivel de riesgo entre los centros.

El análisis de las causas identificadas en los diferentes hospitales permite la búsqueda de soluciones conjuntas para la implantación de soluciones estratégicas comunes en los cuatro centros.

DESPLEGANDO LA GESTIÓN LEAN EN UN HOSPITAL

SUSANA LORENZO MARTÍNEZ ; PATRICIA CRESPO TOUBES ; ENRIQUE DE LA PEÑA ZARZUELO ; ROSA MARÍA PEÑALTA SANCHEZ ; MARIA MONTAÑA SANCHEZ RAMIRO ; JOSE VIRGILIO CASTILLA CASTELLANO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

ID: *6894*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Metodología LEAN, mejora continua, hospitales*

JUSTIFICACIÓN

LEAN es un sistema de gestión adaptado de la filosofía creada en los años 50 por Taiichi Ohno, el Sistema de Producción Toyota (TPS). En los últimos 15 años, estas herramientas se han aplicado en varios procesos sanitarios. La aplicación de las herramientas que conlleva la metodología LEAN en las organizaciones sanitarias no es sencilla, su aplicación real requiere algo más que la comprensión de su filosofía; exige el compromiso con sus principios y su metodología: generar una cultura de mejora continua y estabilizar los procesos. En el marco del Plan Estratégico del Hospital, se decidió abordar la mejora de procesos asistenciales a través de la metodología LEAN.

OBJETIVO

Generar cultura LEAN e implantar esta metodología en un hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: hospital del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con 401 camas.

Periodo de estudio: 2021-22. Ámbito: hospital de 401 camas del Servicio Madrileño de Salud que atiende a una población de referencia de 170.000 habitantes.

Para generar la cultura se decidió impartir cursos de formación multidisciplinares a lo largo de un año, e iniciar la implantación de forma paulatina, con dos proyectos de mejora transversales, contando con apoyo externo: un piloto en junio de 2021 y otro proyecto de mejora de mayor envergadura en abril 2022, usando algunas de las herramientas LEAN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con el liderazgo de la dirección, se han impartido 10 cursos multidisciplinares, con 172 personas formadas (incluyendo al equipo directivo y responsables).

En 2021 se constituyó una Oficina KAIZEN, formada por cinco trabajadores, liberados parcialmente para ello.

Se ha desarrollado un proyecto piloto de mejora en el “Proceso cirugía sin Ingreso” (cinco jornadas, 18 profesionales), definiendo el VSM, y los A3 para los MUDAS (desperdicios) detectados. Se identificaron más de 20 KAIZEN (acciones de mejora), a día de hoy continua en marcha, pues la implantación de algunos de los KAIZEN ha sido muy laboriosa.

En abril de 2022 se desarrolló un proyecto de mejora del “Proceso Atención en Urgencias”. Participaron 52 profesionales durante cuatro jornadas laborales. Se identificaron más de 80 KAIZEN, y 5 KAIKATSU (proyectos de mejora de mayor trascendencia). Se utilizaron las siguientes herramientas: VSM, Kaizen, Gemba, 5S, A3 y gestión visual. Se ha definido un conjunto de indicadores para monitorizar el seguimiento del plan de mejora de urgencias, con un grupo de indicadores clave (KPI) que consta de diez indicadores, y que se medirá el 30 de junio de 2022.

La implantación de la metodología LEAN permite utilizar las herramientas en función a una estrategia que impacte en los resultados. Es fundamental el compromiso del equipo directivo en su desarrollo, pues establecen las prioridades, la cultura y el clima de la organización. LEAN está permitiendo empoderar e involucrar al personal. Sin todo ello esta iniciativa no sería sostenible en el tiempo.

MIDIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE: CORRELACION ENTRE NPS Y NIVEL DE SATISFACCION

MANUEL REQUENA PARRA ; VIRGINIA FLOR MORALES ; ANA MARÍA RUIZ RUIZ ; JAVIER ÁNGEL CANELAS FERNÁNDEZ ; MARÍA CONCEPCIÓN FARIÑAS ÁLVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *6897*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *NPS, satisfacción, encuesta SMS*

JUSTIFICACIÓN

El Net Promoter Score (NPS) se utiliza para valorar la experiencia del cliente-paciente, el cual se obtiene al preguntar el grado de recomendación del servicio y restar a los promotores (puntuaciones de 9 y 10) los detractores (puntuaciones 0 a 6). La satisfacción, por otro lado, se obtendría al preguntar directamente por la misma: ¿Cuál es su satisfacción con el servicio prestado?

OBJETIVOS

Conocer si el NPS se correlaciona con el nivel de satisfacción del paciente en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 1/07 - 31/12/2021. Población de estudio: pacientes dados de alta por un episodio que generó ingreso en el hospital. Instrumento de recogida de la información: cuestionario con 15 preguntas; 2 con escala de 1 a 10 (satisfacción global y grado de recomendación), 12 con escala 1 a 5 (seleccionadas del Picker Patient Experience Questionnaire-15) y 1 pregunta de texto libre para recoger comentarios o sugerencias de mejora.

Se recogió información de cada episodio de ingreso, por lo que un paciente recibió tantas invitaciones a participar como ingresos tuvo. Se excluyeron los exitus. La encuesta se distribuyó a través de un SMS a los pacientes o familiares a los tres días del alta del hospital. Los resultados se presentaron mediante indicadores de satisfacción global del paciente y Net Promotor Score (NPS).

Análisis estadístico: se compararon las variables satisfacción global y probabilidad de recomendación mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se han obtenido 5688 respuestas de 16583 altas de hospitalización (tasa de respuesta de 34%).

La valoración de la experiencia durante el ingreso obtuvo una puntuación media de 9 (DE= 1,8) con una mediana de 10 (0-10) y moda 10.

El NPS del hospital fue de 73: el 79,5% de los encuestados “recomendaría” el hospital, mientras que un 6,7% de las personas no lo haría porque han tenido una mala experiencia.

Nivel de correlación Rho Pearson=0,857, indicando una fuerte asociación lineal positiva entre las dos variables estudiadas (cuanto mayor es la satisfacción con la experiencia, mayor es la recomendación del servicio, y viceversa).

Los porcentajes para las variables satisfacción global y probabilidad de recomendación fueron respectivamente: 0: 0,9% y 1,2%; 1: 0,4% y 0,4%; 2: 0,6% y 0,6%; 3: 0,8% y 0,6%; 4: 0,9% y 0,6%; 5: 1,6% y 1,4%; 6: 2,3% y 1,9%;7: 4,9% y 4,0%; 8:

13,2% y 10%; 9: 16,9% y 14,3%; 10: 57,7 % y 65%. Mostrando una mayor correlación satisfacción-recomendación en las puntuaciones más bajas (en el grupo de detractores).

CONCLUSIONES

La satisfacción global de los usuarios fue muy buena, el 93% de los pacientes puntuaban sus experiencias durante el ingreso con un 7 o más, y el NPS estaba en niveles altos con valores mayores a 70 puntos.

Entre las variables de satisfacción global y probabilidad de recomendación se demostró una fuerte asociación lineal positiva, validando el uso del NPS en nuestro entorno.

LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS DE LAS RESPUESTAS A LAS RECLAMACIONES

JAVIER ÁNGEL CANELAS FERNÁNDEZ ; VIRGINIA FLOR MORALES ; MARÍA DEL MAR FUENTES GARCÍA ; LIDIA GUTIÉRREZ MIER ; ANA MARÍA RUIZ RUIZ ; CONCEPCIÓN FARIÑAS ALVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *6899*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El conocimiento de la percepción de los usuarios sobre las respuestas que reciben a las reclamaciones es fundamental para detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de detectadas y conseguir, así, un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta.

OBJETIVOS

Analizar la opinión de los usuarios sobre las respuestas a las reclamaciones que emite el Hospital durante el año 2020.

MATERIAL Y MÉTODO

El Servicio de Atención al usuario (SAU) elabora las respuestas a las reclamaciones de los usuarios a partir del informe del responsable del servicio o unidad correspondiente al objeto de la reclamación, siguiendo unas pautas preestablecidas. Tras redactar la propuesta de respuesta, esta se remite a la Dirección del hospital para su validación y firma. La respuesta final se envía al usuario por correo postal en un plazo de tiempo no superior a un mes.

Se diseñó una encuesta ad hoc para evaluar la calidad de las respuestas con cuatro preguntas: “¿Ha recibido la carta certificada?”, “¿Le ha parecido adecuado el tono de la respuesta (amable, educada)?”, “¿La respuesta de la carta, cumplió con sus expectativas?”; y “Valore su satisfacción con la respuesta”. Las tres primeras eran de respuesta Sí/No y la última de Escala 1-10.

La selección de las personas a las que se hizo la encuesta fue aleatoria. La encuesta se realizó por el personal administrativo del SAU, mediante entrevista personal vía telefónica en horario de 14-14,15 h. La recogida de datos se ha realizado durante el año 2020.

RESULTADOS

Se realizó llamada a 130 usuarios, que han presentado una reclamación en el SAU. 117 respondieron, lo que supone un 8,2% del total de las reclamaciones recibidas.

El 34% de los entrevistados fueron hombres y el 66% mujeres. La edad media fue de 52,3 años (SD=13,4), con una mediana de 52,5 (20-82).

Para el 97 % de los encuestados el tono de la respuesta fue adecuado y para el 51% de los encuestados la respuesta que recibió cumplió con sus expectativas.

En una escala de 0 a 10, los encuestados evaluaron su satisfacción con la respuesta obtenida con un 6,1 de media (SD=3,3). En detalle, 30% calificaron las respuestas con menos de 5 puntos; 11% la califican con un 5 y el 59% lo califican por encima de 5.

En 8 casos se ha enviado una respuesta tipo, no personalizada. Todas estas respuestas han sido valoradas por los usuarios con una puntuación menor o igual a 5.

CONCLUSIONES

Las respuestas a las reclamaciones, son percibidas en tono amable y educado.

Los usuarios en general están satisfechos con las respuestas recibidas, pero casi la mitad declara que la respuesta no cumple con sus expectativas.

Las respuestas predeterminadas, se envían en algunos casos de demora o desacuerdo con las normas hospitalarias, no satisfacen al usuario.

TRABAJO EN RED PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PATRICIA PALOMERA RUFO [1]; MARTA GONZÁLEZ CONTRERAS [2]; LAURA ALFARO CADENAS [3]; LETICIA MULLER GARCÍA [4]; BIBIANA NAVARRO ARQUED [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

ID: *6900*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *plan, seguridad del paciente, riesgos, objetivos, decreto 4-2021*

JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente se define como la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria, siendo un pilar básico de la Calidad Asistencial.

El Decreto 4/2021 en la Comunidad de Madrid establece la implantación de elementos y herramientas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes en los hospitales. Dicta que los hospitales deben disponer de un plan de seguridad del paciente con unos contenidos mínimos.

OBJETIVOS

Elaborar un plan de seguridad del paciente para el periodo 2022-2025 común a los 4 hospitales públicos gestionados por Quironsalud basado en estrategias colaborativas.

Definir objetivos específicos y actuaciones según el Decreto 4/2021.

Desplegar las estrategias definidas para la consecución de dichos objetivos en la gestión por procesos de los hospitales. Garantizar la seguridad de los pacientes atendidos reduciendo los daños evitables.

Estandarización, evaluación y mejora en la implantación de buenas prácticas de gestión basadas en evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Definición de la estructura y distribución del liderazgo de cada línea de trabajo desde la unidad de calidad 4H. Diseño de grupos de trabajo multidisciplinares con representantes de los centros para cada una de las líneas.

Identificación de requisitos en base a estrategias de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud, estrategias del Ministerio de Sanidad y de la OMS, recomendaciones de sociedades científicas y requisitos de estándares internacionales en seguridad del paciente.

Análisis de situación en cada hospital previo a la definición de objetivos y cronograma con actuaciones por los grupos de trabajo.

Coordinación por la unidad de calidad.

Seguimiento y actualización por parte de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios y la comisión interhospitalaria de seguridad del paciente.

Inclusión de objetivos específicos en evaluación del desempeño de direcciones asistenciales, gestión por procesos y actividad de comisiones relacionadas con la seguridad del paciente.

RESULTADOS

Formación de 13 grupos de trabajo con participación de 116 profesionales de los 4 hospitales.

Desarrollo de más de 40 reuniones de trabajo.

Definición de 57 objetivos específicos y 169 actuaciones, cronograma 2022 – 2025 y objetivos anuales. Identificación de necesidades de formación en seguridad del paciente, análisis de acciones formativas Aprobación del plan por la gerencia.

CONCLUSIONES

El Plan de Seguridad del Paciente constituye una herramienta de planificación operativa para la reducción daños evitables en la atención. La definición colaborativa de sus objetivos y actuaciones suponen una estrategia para:

Impulso desde la Gerencia y Direcciones asistenciales Promoción de la cultura basada en la gestión de riesgos

Toma de decisiones en base al análisis de datos y en la evidencia

Búsqueda de mejoras sostenidas basadas en comparaciones con otras organizaciones

NO HACER EN BRONQUIOLITIS ¿NOS ESTAMOS ADECUANDO?

MARIA LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ [1]; DAVID MALILLOS PÉREZ [1]; MARIA ÁNGELES CARRASCO AZCONA [2]; DAVID ANDINA MARTÍNEZ [3]; PALOMA DE LA CALLE TEJERINA [4]; ANA ISABEL MONZÓN BUENO [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] CENTRO DE SALUD NAVALCARNERO. CONSULTORIO SEVILLA LA NUEVA, [3] HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS, [4] CENTRO DE SALUD TORRES DE LA ALAMEDA, [5] CENTRO DE SALUD PINTO

ID: *6902*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *BRONQUIOLITIS, PROTOCOLO, ADECUACIÓN*

JUSTIFICACIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el primer año de vida y la primera causa de ingreso hospitalario en este grupo de edad. Es una enfermedad aguda que tiene un efecto importante en la salud de los lactantes y genera un impacto sanitario, social y económico elevado. Las guías de práctica clínica (GPC) no recomiendan intervenciones específicas, sino que están dirigidas a prevenir el tratamiento excesivo y a evitar procedimientos diagnósticos innecesarios

OBJETIVOS

1. Elaborar un Protocolo clínico que homogenice el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con BA en los Centros de Salud (CS) de la CCAA adecuando la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos a las GPC
2. Elaborar formulario de registro e indicadores de seguimiento

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha elaborado un Protocolo de Atención al Paciente con BA en Atención Primaria (AP) contando con un grupo de pediatras del ámbito hospitalario, pediatras de AP y profesionales de sistemas de información, coordinados desde el área de calidad. Está en consonancia con la línea estratégica de "Prevenir y minimizar prácticas clínicas innecesarias" de la Estrategia de Seguridad del Paciente de la Comunidad Autónoma. Para su elaboración se ha realizado una revisión bibliográfica, y está basado en un Proyecto previo puesto en Marcha en un Hospital de la misma Comunidad y en un protocolo publicado por una Sociedad Científica, siempre teniendo en consideración las características de la asistencia en AP.

RESULTADOS

Se ha diseñado el flujograma de atención al paciente con BA en AP, se ha establecido el plan de actuación en AP clasificando los tres niveles de gravedad (BA leve, moderada y grave), la valoración y las actuaciones correspondientes en AP; se ha elaborado cartelería con las recomendaciones de "No hacer en Bronquiolitis" para pacientes que se han distribuido a los CS, se ha diseñado y elaborado un formulario de registro en la historia clínica para incluir datos de anamnesis, exploración física y plan de actuación teniendo acceso desde el mismo a escalas, consejos y recomendaciones, y se han confeccionados 3 indicadores para el seguimiento de la adecuación a las recomendaciones de evitar prescripciones innecesarias.

Se ha realizado presentación del Protocolo a coordinadores de pediatría, difusión a profesionales y envío por correo electrónico. La documentación está disponible en la intranet de AP

CONCLUSIONES

La elaboración de este Protocolo permite aglutinar las recomendaciones de No hacer en BA según la evidencia científica, consensuar criterios de gravedad y derivación desde el ámbito AP al ámbito de Atención Hospitalaria mediante el plan de actuación en BA según nivel de gravedad, empoderar en el ámbito domiciliario al cuidador estableciendo recomendaciones sobre cuidados y manejo del paciente en el domicilio, así como su registro en la historia clínica electrónica , siendo posible hacer un seguimiento del grado de implantación del mismo mediante indicadores.

¿QUÉ TIENEN QUE DECIR LAS PERSONAS QUÉ VIVEN EN SOLEDAD NO DESEADA SOBRE SU ATENCIÓN? DISEÑO DE UN PROTOCOLO

PURI MAGÁN TAPIA [1]; CARLOS BERMEJO CAJA [2]; ANTONIA GEMA PLANET CONDE [2]; EVA MARÍA TOLEDANO SACRISTÁN [2]; MERCEDES MARTÍNEZ MARCOS [3]; JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRÍGUEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA, [2] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [3] FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

ID: *6903*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

El Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (2019) del Ministerio de Sanidad recomienda fomentar el desarrollo de protocolos orientados a la atención a la SnD. A nivel de nuestra comunidad autónoma se ha elaborado el Programa regional de atención a situaciones de soledad no deseada en personas mayores

Desde el enfoque de la atención centrada en la persona con su experiencia identificamos sus necesidades, se potencia la humanización, el refuerzo de las personas mayores en situación de SnD, y permite el diseño de un apoyo con un impacto real y personalizado

OBJETIVO

Diseñar un proceso de atención a las personas mayores que viven en soledad no deseada teniendo en cuenta su experiencia, necesidades y perspectivas

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer las necesidades y experiencia de los mayores en SnD, y diseñar un protocolo para su atención en la gerencia de Atención Primaria (AP) de una comunidad autónoma creó un grupo de trabajo (GdT) multiprofesional

En primer lugar y al no existir una única definición de persona mayor que vive en SnD se establecieron unos criterios en base a una revisión bibliográfica y al consenso del GdT. Los criterios fueron: personas ≥ de 70 años que viven solas y que presenten riesgo sociofamiliar. La actual Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP incluye en los servicios de Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional, la valoración del riesgo socio familiar a través de la escala Gijón. En esta escala se recoge la información sobre si la persona vive sola, y una puntuación ≥ 10 indica riesgo sociofamiliar

Mediante metodología cualitativa, y para explorar las necesidades y experiencias de estas personas se utilizarán 2 técnicas: grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Los criterios para configurar los grupos serán: sexo, edad; con independencia o dependencia escasa, moderada y personas con fragilidad (valorable en función de los criterios establecidos en la CSE); que vivan en áreas urbanas y periurbanas; que dispongan de hijos que vivan cerca y alejados de su domicilio; y que tengan capacidad de interacción y comunicación. Son criterios excluyentes: tener deterioro cognitivo que impida su participación; vivir en centros sociosanitarios; y no comunicarse en español

Los criterios para configurar las entrevistas semiestructuradas serán los mismos salvo en el grado de dependencia, pues tendrán una dependencia elevada

Se realizarán 3 grupos focales, con 7-10 participantes, y 5 entrevistas. Para la elección de las zonas en donde se seleccionaran los participantes se ha considerado el porcentaje de población mayor y las características socioecónomicas.

Se ha elaborado un listado de preguntas para conocer la experiencia de los participantes en los grupos focales y en las entrevistas a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica.

Una vez elaborado el estudio, adaptaremos y crearemos las intervenciones a realizar desde los equipos de AP.

Se presentarán resultados actualizados

IMPACTO DE LA WEB ATENCIÓN PRIMARIA COMO PUNTO DE INFORMACIÓN Y TRABAJO COORDINADO PARA LOS PERSONAL

MARCELA AMESTOY CHIESA [(1)]; MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS [(2)]; MARÍA DOLORES LLORENS PALANCA [(3)]; ALBERTO RECHE SABATER [(4)]; MARIO MOLES ALEGRE [(5)]; SIRA TELMO HUESO [(6)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ. SALUD, [(2)] FARMACIA DE AP SECTOR ALCAÑIZ, [(3)] DIRECCIÓN A.P SECTOR ALCAÑIZ, [(4)] INFORMÁTICA DE AP SECTOR ALCAÑIZ, [(5)] INFORMÁTICO AP SECTOR ALCAÑIZ, [(6)] CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

ID: *6905*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *sector alcañiz- página web a.p- proyectos de mejora*

Este proyecto se creó con el objetivo de mejorar la comunicación de la Dirección con los profesionales de todo el sector. Durante la pandemia observamos que la comunicación fue uno de nuestros mayores conflictos a la hora de organizarnos y trabajar en consonancia en los diferentes centros del Sector. Lo que trajo inumerables conflictos que repercutieron en la atención de los pacientes.

Por dichos obstáculos decidimos crear una página con acceso directo a procesos administrativos, clínicos, farmacéuticos, todo tipo de actualización que es fundamental conocer para desempeñar una correcta labor diaria. Facilitamos el acceso mediante enlaces a páginas de actualización y a los recursos que hay disponibles en diferentes web que en muchas ocasiones, por la falta de tiempo o desconocimiento no son utilizados.

Si bien es una página de acceso para todo el personal sanitaria, hay un sector al cual sólo puede acceder el personal que trabaja en el sector con el objetivo de poder hacerles llegar información importante para la reflexión del trabajo diario y para intentar hacer un trabajo más coordinado entre los diferentes centros que abarca el sector, pese a las distancias físicas.

Tras su inaguración y difución, durante tres meses se monitorizó los accesos y se recibieron aportaciones para mejora. Al finalizar el mes de Marzo se realizó una actualización de la página con las sugerencias recibidas y se volvió a hacer una nueva promoción de la página para tener un alcance mayor de profesionales que la conozcan y utilicen.

A los dos meses de dicha mejora se volvió a analizar el impacto observándose un incremento interesante en las visitas y utilización de la misma. Con recepción de más sugerencias e inquietudes por parte de los profesionales. También decidimos incluir en la zona privada los acuerdos de gestión con el objetivo de comprometer a los profesionales con su tarea, agregando algunos videos formativos para conocer mejor el uso del cuadro de mandos y ciertos aspectos que se están observando que no hacemos correctamente en el sector por falta de formación.

Si bien es una página que requiere un trabajo continuo por parte de la dirección y del servicio de informática, creemos que es un muy buen comienzo para poder mejorar la calidad asistencial en todos los niveles.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CONSULTAS EXTERNAS EVALUADA MEDIANTE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

MANUEL REQUENA PARRA ; VIRGINIA FLOR MORALES ; ANA MARÍA RUIZ RUIZ ; JAVIER ÁNGEL CANELAS FERNÁNDEZ ; MARÍA CONCEPCIÓN FARIÑAS ÁLVAREZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ID: *6906*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *satisfacción, encuesta, dispositivo electrónico*

JUSTIFICACIÓN

Durante la pandemia la actividad de las consultas hospitalarias se vio alterada, aunque progresivamente está recuperando los niveles de 2019 y se sirven de nuevos métodos que complementan esta actividad. Conviene valorar la satisfacción de los pacientes con las consultas actuales, para conocer sus impresiones sobre las mismas.

OBJETIVOS

Conocer los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios de las consultas externas para detectar áreas de mejora tras la pandemia.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio: 1/07 - 31/12/2021. Población de estudio: pacientes que acudieron a consultas externas. Instrumento de recogida de la información: cuestionario con “caritas” y con 10 preguntas (satisfacción global y grado de recomendación); 2 con escala de 1 a 10, 8 con escala 1 a 5 (seleccionadas del Picker Patient Experience Questionnaire-15) y 1 pregunta de texto libre para recoger comentarios o sugerencias de mejora.

Las encuestas eran respondidas en pantallas táctiles situadas en soportes fijos en cada planta de consultas, situadas de acuerdo a la mejor distribución posible. Los resultados se presentaron mediante indicadores de satisfacción global del paciente.

La actividad de consultas externas se obtuvo a partir de la base de datos hospitalaria en la que se recoge las consultas y las técnicas diagnósticas y terapéuticas realizadas en consultas externas.

RESULTADOS

La satisfacción general con las consultas externas fue de 8,3 (3763 respuestas). Las puntuaciones (1 a 5) para los ítems específicos fueron: para el trato fue 4´5, para la información facilitada fue de 4´5, para la participación fue de 4´4 y para el tiempo de espera fue de 4´1.

La tasa de respuesta fue muy variable entre los distintos servicios, siendo la menor de 0,1% y la mayor de 3,8%, aunque la mayor parte se sitúan por debajo del 1%. La tasa de respuesta de las diferentes consultas varió en función del área en la que estaba el dispositivo de pantalla táctil.

CONCLUSIONES

La satisfacción general con los servicios del hospital es elevada en los ítems valorados en la encuesta (trato, información, participación, tiempo de espera, experiencia percibida). Sin embargo, el número de respuestas de las encuestas es muy bajo comparado con la actividad total.

La propia situación de los dispositivos puede afectar la cantidad de respuestas emitidas por los usuarios, ya que algunas agrupaciones de servicios obtuvieron tasas de respuestas particularmente bajas debido a dispositivos con localización subóptima.

ACCIONES MÉDICAS PARA LA MEJORA DEL CAMBIO CLIMÁTICO Y LA SALUD POBLACIONAL. PROGRAMA MAS+

FELIPE VILLAR ÁLVAREZ; PATRICIA PALOMERA RUFO; MARÍA JOSÉ CHECA VENEGAS; FRANCISCO JAVIER BÉCARES MARTÍNEZ; EVA SACRISTÁN ROMERO; LAURA GÓMEZ GONZÁLEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6912*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Palabras clave: *Medio ambiente, cambio climático, salud, población*

JUSTIFICACIÓN

El cambio climático provoca un aumento y agudización de las enfermedades respiratorias crónicas, además de cardiovasculares y otras. El sector de la salud es responsable de del 4,5% de la emisiones que generan el cambio climático. Es responsabilidad del sistema sanitario reducir su propia huella de carbono y abogar y contribuir a mejorar el cambio climático y así proteger la salud de nuestros pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo es llevar a cabo un programa de mejora del medio ambiente en nuestro hospital mediante proyectos que reduzcan la huella de carbono de sus acciones médicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro centro se ha puesto en marcha el programa MAS+ (Medio Ambiente y Salud) con el objetivo de disminuir la huella de carbono de las acciones médicas generadas en el hospital y en su área sanitaria. Los proyectos están enfocados en concienciar y educar sobre el medio ambiente y salud poblacional, llevar a cabo prácticas médicas que reducen la huella de carbono (como reducir la huella de carbono de los fármacos inhalados utilizados en enfermedades respiratorias crónicas y sus agudizaciones), favorecer la digitalización y la innovación, formar e investigar en la reducción de la huella de carbono, promover el uso del reciclado o la reutilización, mejorar los sistemas de energía y calefacción, favorecer el transporte sostenible y uso de videoconferencia y otros enlaces remotos para reuniones, y fomentar el uso de la lectura digital y evitar el papel.

RESULTADOS

En 2021 se ha puesto en marcha el programa MAS+ y desde entonces se han llevado a cabo proyectos de concienciación y formación con elaboración de material y videos educativos sobre el problema del cambio climático, el uso adecuado del reciclado y segregación de residuos e implementación de sistemas sostenibles de energía, por los canales de comunicación del hospital. También se han dado charlas formativas al personal médico y de enfermería sobre la gestión de los residuos y uso eficiente de los inhaladores, consiguiendo una reducción de la huella de carbono de éstos en un 8,5% del 2020 al 2021. Además se han llevado a cabo propuestas de digitalización y reducción del papel, así como se ha favorecido el transporte sostenible con la creación de 2 aparcamientos de bicicletas. Por otro lado se ha elaborado un documento y un decálogo de recomendaciones de acciones médicas sostenibles en la mejora del cambio climático. Por último, se están llevando a cabo proyectos de investigación, alguno de ellos subvencionado por el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico y en colaboración con ECODES. La difusión de estas acciones se ha realizado por medios de comunicación internos y externos.

CONCLUSIONES

El programa MAS+ puede ser una herramienta eficaz para llevar a cabo proyectos que generen concienciación, formación y acciones médicas con un menor impacto en el medio ambiente y en la salud poblacional.

EL VISADO DE PRESCRIPCIONES ELECTRÓNICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MARIA DOLORES CORDOBA SOTOMAYOR; ANGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMIREZ; BELEN OYA ALVAREZ DE MORALES
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN

ID: *6918*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VISADO*

JUSTIFICACIÓN

Conocer la actividad de visado en el Servicio Farmacia.

OBJETIVOS

Analizar la actividad desarrollada sobre el visado de medicamentos, nutriciones enterales y dietoterápicos, en el Servicio de Farmacia. Como consecuencia de la publicación de la resolución, de 30 de noviembre de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre la gestión y el control del visado de recetas, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se atribuye la responsabilidad sobre la gestión del visado de recetas a los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo del procedimiento de visado realizado en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital desde marzo 2022 hasta mayo 2022. Se han seleccionado las prescripciones electrónicas de los pacientes realizadas a través del módulo de visadoprocedentes de las áreas de hospitalización y de las consultas externas del Hospital Universitario de Jaén.

RESULTADOS

Se registraron 5.143 prescripciones electrónicas (marzo:2.028; abril:1.646;mayo:1469) para visar, de medicamentos, nutriciones enterales y dietoterápicos. Se visaron para el periodo de estudio un total de 4.342 prescripciones, lo que supone el 84,4% de las prescripciones recibidas a través del módulo de visado (marzo:1.624;abril:1.429; mayo:1.289). Las prescripciones que registraron alguna incidencia fueron 801 (marzo:404; abril:217;mayo:180); que representan un 15,6% frente al total de prescripciones recibidas. Podemos clasificar las incidencias más comúnmente encontradas, como errores de cumplimentación (prescripciones parcialmente cumplimentadas ó sin informe de visado informatizado); prescripciones que no se visan por falta de indicación financiada; y medicamentos que no requieren visado y son derivados a dispensación hospitalaria por ser off label. Las especialidades médicas que más prescribieron fueron la Unidad de Reproducción Humana Asistida con 679prescripciones (13,2% del total), Endocrinología con 626(12,2%) y Neurología con 592(11,5%). De las especialidades que han presentado incidencias destaca la Unidad de Salud Mental, con 81(10,1%); seguida de Urgencias con 46(5,7%) y Neurología, con 36(4,5%).

CONCLUSIONES

La actividad de visado de prescripciones médicas por el S.Farmacia implica una gran carga de trabajo para los farmacéuticos que la desarrollan;como se muestra en el estudio, hay un gran porcentaje de prescripciones médicas que presentan incidencias. Aunque se ha mejorado la comunicación entre los médicos y los farmacéuticos responsables de visado, todavía queda mucho por avanzar para solventar de una forma más ágil, los visados de los medicamentos prioritarios para determinados grupos de pacientes. Cabe destacar la disminución a lo largo de los meses, de las incidencias en el visado, debido a la formación impartida por el S.Farmacia y a la puesta en conocimiento de los profesionales que prescriben, mediante la difusión, de los diferentes protocolos de los medicamentos con visado.

SISTEMA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS A TRAVÉS DE LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS

SARAY MARTÍN MONTEAGUDO [1]; ANA BELÉN CASTRO RIVERO [2]; Mª ÁNGELES FONSECA SÁNCHEZ [3]; Mª CARMEN DÍEZ VACAS [4]; Mª INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN [5]; JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNÁNDEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA, [2] C.S. LINARES DE RIOFRÍO, [3] C.S. GARRIDO NORTE, [4] C.S. VITIGUDINO, [5] C.S. MIRANDA DEL CASTAÑAR

ID: *6919*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente, Higiene de manos, Atención Primaria, Auditorías*

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos (HM) en el punto de atención es la medida más eficaz y barata para evitar la transmisión de microorganismos y reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, causantes de una elevada morbimortalidad e incremento de utilización de recursos sanitarios por los pacientes.

OBJETIVOS

Analizar el grado de cumplimiento de diferentes criterios basados en los componentes de la Estrategia Multimodal de la OMS, establecidos en el marco de un programa de reconocimiento al compromiso con HM, y detectar áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo basado en los documentos de solicitud de reconocimiento al compromiso con HM de los centros de salud (CS) de un área. Se ha calculado el porcentaje de cumplimiento de los criterios referidos a los 5 componentes de la Estrategia Multimodal de la OMS (cambio del sistema, formación, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad) y los relativos a resultados.

RESULTADOS

Se analizaron 35 documentos de solicitud de reconocimiento al compromiso con HM de los 37 CS del área (94,6%). En cuanto a los componentes, los criterios con menor porcentaje de cumplimiento son: “Disponer de un procedimiento para asegurar que los profesionales completan la formación en HM al menos cada 2 años” (51,4%), “Asegurar que uno o varios profesionales del CS han sido formados y validados como observadores en HM” (5,7%), “Verificar la adherencia a la HM mediante observación” (2,9%), “Se utilizan otros sistemas de recordatorio de HM” (40%), “Se desarrollan iniciativas de mejora si no se alcanzan los estándares del programa que aparecen en el apartado de resultados” (22,9%), “Se reconoce a los profesionales del CS con una adherencia elevada a la HM” (8,6%) y “Se promueve que otros CS se adhieran al compromiso” (11,4%). Respecto a los resultados, en 57,1% de los CS el porcentaje de profesionales que inician actividad en el CS y son formados en HM es menor del 50%, en 22,9% de los CS el porcentaje de profesionales de plantilla formados en HM es menor del 50% y en 28,6% de los CS el indicador de consumo de PBA por 10000 consultas realizadas ha mejorado menos de un 20% respecto a la situación basal. Como acciones de mejora, se han diseñado procedimientos de revisión periódica de infraestructuras de HM, verificación de la formación en HM de los profesionales sanitarios y comunicación de los resultados de los indicadores de HM, para su implantación en los CS, y se han impartido varios seminarios de formación de observadores de HM.

CONCLUSIONES

Los CS de nuestra área destacan por su elevado compromiso con la HM, habiendo obtenido 28 el nivel inicial y 7 el nivel avanzado de reconocimiento. La realización de auditorías sirve para poner de manifiesto los puntos débiles en cuanto a la aplicación de la Estrategia Multimodal de la OMS y proponer acciones de mejora como parte del plan de acción para la mejora continua de HM.

TRAS LA TEMPESTAD NO LLEGA LA CALMA. EL VALOR DEL RECURSO HUMANO

MARTA PALACIOS LASECA [1]; NURIA GAGO GALLEGO [2]; RUT LATORRE NAVASCUEZ [2]; NEILA MARIA MINGUIJON GARCIA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, ZARAGOZA, [2] HOSPITAL CLINICO

ID: *6920*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *ENFERMERÍA INTENSIVA, FORMACIÓN CONTINUADA, COMPETENCIAS, APRENDIZAJE BASADO EN LA EVIDENCIA*

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son consideradas organizaciones de servicios de alta complejidad, ya que suelen estar caracterizadas por la rápida adopción de decisiones motivadas por la gravedad de la situación de los pacientes críticos.

La enfermeria desarrolla su actividad en un entorno sumamente dinámico y cambiante, caracterizado por la incorporación de nuevas tecnologías asistenciales y nuevos enfoques de cuidados. Numerosos estudios avalan la necesidad de la especialización en este tipo de unidades.

El estrés habitual que soportan las unidades de cuidados intensivos se multiplicó exponencialmente cuando estalló las crisis de la COVID-19 asumiendo una fuerte presión, una gran carga emocional y una preocupación añadida para evitar el contagio que generó una situación de incertidumbre, miedo y dudas.

En Enero, nuestro hospital realizó un procedimiento de movilidad interna donde más del 40% de la plantilla fija decidió abandonar la UCI. No hay que olvidar que el recurso humano enfermero es el capital más preciado en estas unidades.

Según el estudio de seguridad y riesgo en el enfermo crítico en España (SYREC 2007) en el que afirma que los pacientes ingresados en UCI están expuestos hasta a 2 errores por enfermo y día y teniendo en cuenta que en las UCIs se realizan una media de 178 intervenciones por usuario y día, el reto al que se afrontaba la unidad era superlativo sino quería que se viesen afectados ni la calidad de los cuidados ni la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

1. Diseñar un plan formativo de acogida.
2. Proporcionar a los profesionales, herramientas y recursos para que desarrollen conocimientos específicos, basados en la evidencia.
3. Reducir el nivel de ansiedad del profesional de nueva incorporación en una UCI.

MATERIAL Y METODOS

Se desarrollaron diversas acciones eleboradas por el personal experto. Posteriormente, se evaluó el estrés y en nivel de conocimiento mediante una escala tipo Likert y un cuestionario abierto donde podían poner las observaciones que fueran precisas.

Actividades llevadas a cabo;

- Realización de un curso de iniciación al al cuidado paciente crítico.
- Elaboración de medidas directamente encaminadas a la seguridad del paciente; etiquetaje universal de fármacos, elaboración de check-list, manuales de acogida.
- Realización de rondas de seguridad. Formación grupo de cuidados.
- Distribución y refuerzo de las unidades en función de la experiencia.

RESULTADOS

El 100% del personal reconoció que la formación previa era deficiente para los cuidados que tuvieron que afrontar considerando la formación posterior y la práctica determinantes para realizar su trabajo.

El estrés percibido disminuyó un 25% con las actividades realizadas pero no fueron suficientes para vencer factores estresantes como los ingresos o situaciones de riesgo vital.

CONCLUSIONES

Es vital la elaboración de un plan de acogida metódico teórico-práctico prolongado en el tiempo en procesos de movilidad amplios.

DISEÑO DE UN DOCUMENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN UN HOSPITAL

GEORGINA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ [(1)]; KARLA SALAS GAMA [(1)]; ANA MARTÍ DELGADO [(1)]; SOLEDAD ROMEA LECUMBERRI [(1)]; GLÓRIA GÁLVEZ HERNANDO [(1)]; ANDREA CIUDIN [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CAMPUS VALL HEBRON, [(2)] HOSPITAL CAMPUS

ID: *6921*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Shared decision making; model; Clinical practice*

JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones compartidas (TDC) es un proceso dónde el profesional de salud y el paciente trabajan de manera conjunta para tomar la mejor decisión posible en relación con su tratamiento o una prueba diagnóstica. Algunos estudios han analizado la implementación de la TDC en procesos clínicos específicos, pero existe poca evidencia de la implementación estructurada de un modelo de TDC en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVO

Diseñar una propuesta de modelo para implementar la TDC en un hospital universitario de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para desarrollar el modelo de TDC se constituyó un grupo multidisciplinar, dónde participaron 20 profesionales de diferentes servicios asistenciales, la unidad de atención a la ciudadanía y la unidad de calidad. Se realizó una búsqueda de la literatura de los posibles componentes de un proceso de TDC y se realizaron dos sesiones de trabajo multidisciplinar. A través de un proceso participativo y deliberativo se propuso los componentes claves de un modelo de TDC basado en un proceso de atención centrada en la persona teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente.

RESULTADOS

El modelo está constituido por un proceso de seis etapas consecutivas: 1) Identificación de la decisión dónde sea oportuno realizar un proceso de toma de decisiones compartidas; 2) Elaboración de un documento estructurado de información para la TDC con el objetivo de estandarizar la información brindada entre los distintos profesionales e incluir los posibles riesgos y beneficios de las opciones, los valores y preferencias de la persona posible impacto en la vida diaria, salud y calidad de vida, etc.; 3) Identificación de posibles barreras en la implementación del modelo que necesiten realizar una acción para superarlas; 4) Formación específica del concepto e implementación del modelo de TDC, uso del documento estructurado de información, habilidades de comunicación efectiva y comunicación de riesgos; 5) Implementación de la toma de decisiones compartida basado en el modelo de tres etapas de Elwyn: elección, opciones y decisión; 6) Análisis y evaluación de resultados relacionados con la calidad del proceso de toma de decisiones y la calidad de la decisión.

CONCLUSIONES

La incorporación en la práctica asistencial de un modelo estructurado de toma de decisiones compartidas pone el foco en la atención centrada en la persona. La puesta en marcha de este modelo podría mejorar el grado de participación, satisfacción y conocimiento de los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

CONTRIBUCIÓN DE UN HOSPITAL A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

LETICIA MULLER GARCÍA [(1)]; BIBIANA NAVARRO ARQUED [(2)]; LAURA ALFARO CADENAS [(3)]; MARTA GONZÁLEZ CONTRERAS [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ, [(3)] HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, [(4)] HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS

ID: *6923*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Objetivos Desarrollo Sontenible*

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la contaminación a nivel mundial, la sensibilización ambiental por parte de la población hace necesaria el conocimiento del impacto ambiental que genera la actividad sanitaria por parte de las instituciones para contribuir al desarrollo sostenible de sus actividades, e incorporarlas en el concepto de economía circular.

OBJETIVOS

El conocer la contribución del Hospital Infanta Elena en la mejora de los ODS. MATERIAL Y MÉTODOS

- 1. PRESENTACIÓN MAPEO DE LOS IMPACTOS DE ODS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA PARA PRIORIZAR OBJETIVOS
    - Análisis de los 17 ODS.
    - Diferenciación de los ODS en los que se puede influir, entre los que generan un impacto positivo, para aumentarlo y los que generan un impacto negativo, para minimizarlo.
    - Análisis de los indicadores de la guía https://sdgcompass.org/
    - Selección de los indicadores, de entre los 1553 definidos, para monitorear el desempeño del hospital en el desarrollo sostenible.
    - Selección de los indicadores más importantes

- PRIORIZACIÓN DE INDICADORES PARA EL CÁLCULO DE LA FÓRMULA DEL ODS.

Una vez definidos los indicadores, priorizaremos las áreas a trabajar y se definirán los objetivos.

La idea es definir un indicador global de contribución al Desarrollo sostenible, teniendo en cuenta la selección de los objetivos y ponderando cada uno de ellos.

(n OBJ.2 + m Obj.5 +….=ODS)

SE PRIORIZAN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS

- Objetivo 2. Poner fin al hambre.
- Objetivo 3. Garantizar una vida sana.
- Objetivo 5. Lograr la igualdad de género.
- Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía sostenible
- Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido
- Objetivo 12. Garantizar consumo y producción sostenibles

Se propone para el cálculo de la fórmula, una ponderación de cada una de las variables. Indicador global de contribución del HUIE al Desarrollo sostenible:

ODS HUIE = (2.1+2.2)/20 + (3.1+3.2)/20 + (5.1)/10 + (7.1+7.2)/20 + (8.1+8.2)/20 + (12.1)/10

RESULTADOS

ODS HUIE 2021: (2.1+2.2)/20 + (3.1+3.2)/20 + (5.1)/10 + (7.1+7.2)/20 + (8.1+8.2+8.3)/20 (12.1)/10=

(2.1 pendiente+2.2 pendiente)/20 + (3.1 pendiente+7 pacientes)/20 + (58,70% mujeres en mandos intermedios)/10 + (9.996.269 KWh +300.733 Kwh)/20 + (1111 personas+3274 horas+1002 dias)/20 + (2.069.298 .....folios)/10

Una vez definidos los indicadores, se priorizan las áreas a trabajar y se definen los objetivos para 2022.

CONCLUSIÓN

Se priorizan unos objetivos a trabajar relacionados con los objetivos 7 (disminución del consumo energético en un 2% para 2022 y de un 2% en gas en 2022= total 4%, 8 (aumento de horas de formación en un 5% y disminución de jornadas perdidas por accidentes de trabajo en un 3%), y objetivo 12 (Reducir un 2% consumo de papel).

EXPERIENCIA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO EN TIEMPOS DIFÍCILES

SILVIA BLASCO GIL
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6925*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Prevención, úlcera de pie diabético*

JUSTIFICACIÓN

El cuidado del paciente con úlcera de pie diabético sigue siendo hoy en día un gran reto para los servicios de salud.

Un estudio determinó que la detección y derivación temprana son cruciales para la cicatrización óptima de este tipo de lesiones, adquiriendo especial relevancia el concepto de “time is tissue”.

Es preciso ofrecer estructuras organizativas ágiles y dinámicas que permitan, una atención integral del paciente, que incluya el seguimiento y la continuidad de los cuidados tanto en atención primaria como en especializada. Hecho que resulta clave para el óptimo manejo de los pacientes con pie diabético.

OBJETIVO

Una óptima gestión de los cuidados del paciente con úlcera de pie diabético que garantice la calidad de los mismos.

METODOLOGÍA

Implementación del protocolo de atención al pie diabético en Aragón. Cuya estrategia establece como primer nivel de cuidados la Atención Primaria donde se realiza la revisión básica del pie diabético y la valoración del riesgo, teniendo a su disposición una oferta de servicios en los hospitales comarcales, segundo nivel de cuidados, que den respuesta a la asistencia de aquellos pacientes con un pie de alto riesgo o ulcerado. Donde son evaluados por enfermeras con competencias avanzadas integradas en un equipo multidisciplinar, con unos circuitos accesibles en tiempo y forma a un tercer nivel de atención la Unidad de Pie Diabético.

RESULTADOS

Desde el 24 de enero del 2020 hasta el 06 de mayo de 2022 fueron derivados a la consulta de práctica avanzada del Hospital de Alcañiz un total de 40 pacientes con úlcera de pie diabético con una media de 88 días, desde que el paciente acudió a su centro de salud hasta que fue remitido a la consulta.

Un 42.5% de las lesiones eran neuroisquémicas; seguidas de las neuropáticas, el 27.5%; un 20% isquémicas y finalmente un 10% en las que tanto la exploración neurológica como la vascular fue compatible con la normalidad.

Siguiendo los criterios de derivación establecidos en nuestro protocolo, el 10% de los pacientes fueron remitidos al servicio de urgencias de nuestro centro hospitalario de referencia; y el 52.5% de los pacientes fueron derivados a la Unidad de Pie Diabético de forma preferente. Siendo valorados en dicha Unidad en un periodo inferior a los 14 días.

CONCLUSIONES

Del total de pacientes atendidos en nuestra consulta, un 15% precisaron cirugía de revascularización; y respecto a las amputaciones, el 10% precisó de una amputación menor y el 7.5% terminó con una amputación mayor.

El programa de atención al paciente con pie diabético permite ofrecer una atención ágil y eficaz. Sin embargo, ante estas tasas de amputación es preciso incidir en la necesidad de educar a los profesionales sanitarios y pacientes para que sean más conscientes del riesgo de las úlceras de pie diabético ante los retrasos en la derivación de los pacientes de riesgo a centros especializados.

UNIDAD DE CALIDAD INTERHOSPITALARIA DE 4 HOSPITALES

LAURA ALFARO CADENAS [1]; LETICIA MULLER GARCÍA [2]; MARTA GONZÁLEZ CONTRERAS [3]; BIBIANA NAVARRO ARQUED [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *6933*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Trabajo en red Trabajo compartido Trabajo en equipo Eficiencia y mejora*

JUSTIFICACION

Los 4 Hospitales Públicos de Madrid gestionados por Quirónsalud, tienen un mismo Gerente así como una estructura directiva que trabaja de forma coordinada para los 4 hospitales (HU Fundación Jiménez Díaz, HU Rey Juan Carlos, HU General de Villalba y HU Infanta Elena).

Desde las Direcciones de Calidad de los hospitales, en junio de 2021, se establece como proyecto de mejora, una propuesta de reorganización de las 4 Unidades de Calidad, para pasar de un enfoque individual, a un enfoque de sistema de gestión único basado en 4H una organización y estructura con enfoque EFQM a nivel de gestión y JOINT COMMISSION a nivel asistencial.

OBJETIVOS

TRABAJO EN ROJO en las Unidades de Calidad. Comités/ Comisiones, Premios y Reconocimientos, Objetivos, …

Aprovechar SINERGIAS – Enfoques, Evaluación y Revisión común + Despliegue por Hospital. Grupos de trabajo intrahospitalarios.

EFQM - Proyectos de mejora transversales.

MAPA DE PROCESOS COMUNES. Unificar procesos (documentación, riesgos, indicadores, etc.)

Enfoque MULTISITE real - certificaciones ISO. Revisión por Dirección, Plan de Gestión anual, objetivos comunes.

Implantación de estándares de JCI en los 4H.

MATERIALES Y MÉTODOS

recursos humanos

- 4 Direcciones de Calidad (1 por Hospital)
- 2 Coordinadores de Calidad (para los 4 Hospitales)
- 5 Técnicos de Calidad (para los 4 hospitales)
- Formación y desarrollo profesional para los técnicos y coordinadores. Otros recursos
- Herramienta de gestión común para los 4 hospitales.
- Profesionales de Sistemas de Información asignados al proyecto de Calidad.
- Formación específica en el diseño y desarrollo de la herramienta.

RESULTADOS

Protocolos 4H.

Mapa de procesos comunes.

Mapa de riesgos por proceso, comun. Indicadores comunes.

Enfoque común de certificaciones y acreditaciones.

Comisiones interhospitalarias con participación de profesionales de los 4 hospitales (Seguridad del Paciente, Dolor, Responsabilidad Social, …).

Plan de Seguridad del Paciente 2022-2025, común. Plan Estratégico 2022-2025, común.

Evaluación del Plan de Atención al Dolor, conjunta.

CONCLUSIONES

El trabajo compartido y mantener un enfoque común en los 4 hospitales nos ha permitido mejorar nuestros resultados y ser más eficientes en nuestro trabajo. Asimismo, el trabajo en equipo con profesionales de los 4 hospitales a nivel de proceso nos permite establecer en los 4 hospitales las mejores prácticas. Trabajar de forma alineada hace que orientemos los proyectos de forma coordinada y consensuada: no trabajar por uno, sino trabajar para los 4.

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA FASE PREANALÍTICA

ANDREA VALLE RODRIGUEZ ; LUCIA ROCAMONDE ALVAREZ ; ANA ALBAN SALGADO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ID: *6939*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

La gestión del riesgo y la seguridad del paciente ha adquirido durante los últimos años especial relevancia.

Alrededor del 70% de las decisiones médicas están condicionadas por datos de laboratorio. Es, por tanto, obligación del laboratorio evaluar el impacto de los procesos de trabajo y de los potenciales fallos sobre los resultados y modificar los procedimientos para intentar reducir o eliminar los riesgos identificados.

Se considera error de laboratorio cualquier defecto que ocurra en cualquiera de las etapas, desde la solicitud de pruebas hasta la interpretación de los resultados. Analizando la procedencia de esos errores, se aprecia que la mayoría ocurren en la fase pre-analítica.

OBJETIVOS

Conocer el tipo, la cantidad y la procedencia de los errores pre-analíticos en las muestras recibidas en nuestro hospital, realizar una estratificación del riesgo y establecer acciones de mejora y monitorización de dichas acciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de las muestras recibidas durante el año 2019 y de las incidencias registradas tanto de forma automática (SIL del Laboratorio), como manual.

Durante el 2019 se realizaron 101460 extracciones hospitalarias y 355312 extracciones en centros de salud. Estas peticiones y las correspondientes incidencias se clasificaron en 59 centros de extracción: dos hospitalarios y 57 periféricos.

Se realizó una clasificación de las incidencias por centro de extracción para evaluar aquellos que tenían un mayor volumen y se establecieron colaboraciones entre en Laboratorio y estos centros para emprender acciones de mejora.

Posteriormente y tras esta intervención, durante el 2020 se hizo una re-evaluación para detectar qué puntos de extracción seguían teniendo más incidencias y continuar implantando mejoras, y se compararon los datos obtenidos con los de 2021.

RESULTADOS

Tras la segregación por centros de extracción, se eligieron las dos que ocurrían de manera más frecuentes, de las detectadas mediante SIL y de las detectadas de manera manual, que son: las muestras hemolizadas y las muestras no recibidas; y etiqueta mal colocada y muestra no enviada correctamente, correspondientemente.

Para evaluar el efecto que tuvo la intervención realizada por nuestro laboratorio sobre los centros de extracción, se observó que durante el 3º trimestre del 2020 había un total de 8,24 ‰ de muestras hemolizadas, un 23,01 ‰ de muestras no recibidas, un 2,15% de etiquetas mal colocadas y un 1,27% de muestras no enviadas. Sin embargo, en el mismo trimestre de 2021, hubo un 9,02 ‰, un 20,38‰, un 1,81% y un 0,13%, respectivamente. Un descenso similar ocurre, también, en el cuarto trimestre al comparar 2020 y 2021.

CONCLUSIONES

Después de la primera presentación de datos, se observó una disminución en las incidencias, que mejoró aún más después de las acciones llevadas a cabo.

Algunos centros no presentaron ninguna incidencia en alguno de los grupos durante todo el año.

ACERCÁNDONOS A LA REALIDAD DE NUESTRA COMUNIDAD: NECESIDADES Y POSIBLES RECURSOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD MARROQUÍ

MERCÈ GASULL GOMIS [(1)]; MARIAN BOUNOU EL GUERBAO [(2)]; LOURDES CLOTAS SANCHO [(2)]; CRISTINA MARCOS LEZCANO [(2)]; DANIELA BUTANCIU [(2)]; VERÓNICA CAROLINA CUSATI VELAZCO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT., [(2)] ABS SANT SALVADOR (TARRAGONA) ICS

ID: *6950*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Humanización*

JUSTIFICACIÓN

Nuestra área básica de salud (ABS) cuenta con un 32% de población inmigrante y de esta un 59% son de cultura marroquí. Aunque el colectivo inmigrante no presenta problemas de salud muy diferentes a los de la población autóctona, sí que tienen características diferenciales (culturales, idioma, religión, etc.) que pueden generar necesidades de soporte al personal sanitario. Nos proponemos conocer la opinión de los profesionales con relación a las necesidades, dificultades y oportunidades de mejora para la atención de este colectivo.

OBJETIVOS

Ofrecer una atención integral de mayor calidad a los pacientes marroquís de la ABS y poder hacerlo desde el conocimiento de sus creencias.

Conocer las dificultades que presenta la atención al colectivo marroquí por parte de los profesionales de nuestro centro y proponer acciones de mejora.

MATERIAL Y METODOS

Estudio cualitativo, descriptivo de carácter exploratorio y fenomenológico desarrollado mediante la aplicación de un cuestionario online auto administrado a todos los profesionales (médicos, enfermeras, gestión y servicios, odontólogo, psicóloga comunitaria, fisioterapeuta, TCAIs).

El cuestionario consta de tres preguntas abiertas sobre conocimientos de la cultura marroquí, dificultad de atención dentro de la consulta y recursos necesarios para mejorar la atención.

Se analizaron los contenidos de la respuesta por grupos de informantes y temas.

RESULTADOS

La respuesta sobre el conocimiento de la cultura marroquí fue acerca de 34% religión musulmana, 24% gastronomía, 22% costumbres y 20% perspectiva de género.

La principal dificultad a la que se enfrenta el personal a la hora de atender este colectivo, con un resultado del 100%, es la barrera idiomática por desconocimiento de los inmigrantes de una de las lenguas oficiales de Cataluña. Otras son con el 13,3% el desconocimiento por parte del personal del proceso de salud y enfermedad de los marroquís y con el 6,6% la falta de adherencia al tratamiento durante el ramadán.

Las propuestas de recursos para mejorar la atención son: 36% disponer de traductores/mediadores culturales, 24% formación centrada en las competencias culturales y 16% mayor participación en los programas de educación e información por inmigrantes del barrio.

CONCLUSIONES

La atención a la salud de personas del colectivo magrebí requiere de una dedicación importante por parte de los profesionales, debido a dificultades a la hora de poder comunicarnos con estos pacientes de manera clara y fluida.

Para poder mejorar una atención integral a este colectivo se hace evidente que el conocimiento de su cultura nos puede ayudar a eliminar algunas falsas creencias que tenemos sobre ellos, como que no dan prioridad a su salud.

La figura de mediadores interculturales con conocimiento de las dos culturas y capacidad de comunicación en los dos idiomas sería una figura clave en los centros sanitarios con alto porcentaje de población migrada.

ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DESDE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

VERONICA CAROLINA CUSATI VELAZCO; LOURDES CLOTAS SANCHO; SONIA GONZÁLEZ GONZALO; ELENA MATEO ZAPATA; MERCE GASULL GOMIS; MARGARITA PAULINA MARTIN MOUAT
CENTRO DE TRABAJO: EAP TARRAGONA 7

ID: *6951*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *crónico, institucionalizado,Atención Primaria*

JUSTIFICACIÓN

La primera ola de pandemia por Covid afectó en especial a la población geriátrica institucionalizada.

La situación hizo patente los deficientes recursos de estas instituciones, tanto de personal sanitario, material, formación en prevención de infecciones y uso de equipos de protección. Debido a la elevada mortalidad de esta población especialmente vulnerable, desde nuestro centro,nos proponemos aumentar la coordinación con sus equipos sanitarios y sociales, y dar soporte con atención presencial, de acuerdo con nuestros estándares de calidad.

OBJETIVOS

Optimitzar el control del paciente crónico institucionalizado, mejorar la calidad de su atención y elaborar un plan de decisiones individualizado compartido (PIIC) adaptado a cada paciente ,consensuado con él mismo o su familia y los profesionales asistenciales de la residencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se calcula el tiempo a dedicar desde Atención Primária (AP) a las residencias: ratio de nuestra organización 1 enfermera por 250 y 1 medico por 450 pacientes.

Revisión sistemática de problemas activos y pasivos, plan de tratamiento ,escalas de dependencia, mediante revisión de la historia clínica contrastando los datos con el sistema Resi-Plus.

Visita presencial a pacientes por parte del equipo referente coordinado con equipo asistencial de la institución.

Elaborar un PIIC de calidad para cada paciente con el objetivo de que profesionales de otros niveles puedan tener esa información en caso de derivación .

RESULTADOS

Recursos necesarios: 36% de jornada de médico y 62% de enfermera de AP.

En el primer trimestre de 2022 se realizan 4 sesiones de revisión activa de un 57% de planes de tratamiento con la farmacóloga de referencia.

Los fármacos más modificados han sido por orden: omeprazol, antihipertensivos, diuréticos, anticolinérgicos, antipsicóticos, sedantes y hipolipemiantes.

Se sincronizan en 57% de usuarios los datos de sistema de información Resi-Plus con el de nuestra organización, diagnósticos, tratamiento, indicación de fármacos, último control analítico, problemas de salud sin codificar.

Se actualizan 42% de historias con información de relevancia clínica, escalas de dependencia y deterioro cognitivo (Barthel, Pfeiffer...)

CONCLUSIONES

El modelo colaborativo presencial en la residencia, mejora la comunicación de su personal con el Equipo de AP.

La posibilidad de unificar sistemas de información permitiría un trabajo más fluido y compartir información relevante sobre pacientes entre diferentes niveles asistenciales.

La revisión y adecuación de tratamientos evita iatrogenia y mejora el control clínico.

La complejidad de los pacientes institucionalizados está infravalorada debido a no estrar actualizados los datos en el sistema de información del servicio público de salud.

Después de la pandemia, pensamos que deberá existir un antes y un después en coordinación y atención a estos colectivos y un cómputo realista de recursos para su correcta atención desde AP.

RESOLUCIÓN ENFERMERA EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN UNA ÁREA BÁSICA DE SALUD SEMIURBANA

MERCÈ GASULL GOMIS [1]; MIREIA GARCÍA BOUSO [2]; SONIA GONZÁLEZ GONZALO [2]; GEMMA FUSTÉ AGULLÓ [2]; MARGARITA PAULINA MARTÍN MOUAT [2]; VERÓNICA CAROLINA CUSATI VELAZCO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT., [2] ABS SANT SALVADOR (TARRAGONA) ICS

ID: *6952*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*

JUSTIFICACION

En los últimos años se ha fomentado el papel de la enfermera de Atención Primaria (AP) como profesional capacitado para resolver determinados problemas de salud.

Nuestro sistema de información y el programa ARES nos ha permitido realizar de manera protocolizada la Gestión Enfermera de la Demanda (GED).

Ante el reto de la AP, como puerta de entrada al sistema sanitario, es clave fomentar los roles enfermeros y aplicar el principio de subsidiaridad resolviendo cada problema de salud allí donde es más eficiente.

OBJETIVOS

Conocer la capacidad de resolución en la GED de nuestra Área Básica de Salud (ABS) y la evolución en los últimos 4 años. Analizar los motivos de visitas más frecuentes, así como los más resueltos de manera autónoma.

MATERIAL I METODOS

Estudio descriptivo mediante el análisis de las visitas valoradas con protocolo y resueltas por enfermería dentro de la GED de mayo del 2018 a marzo del 2022.

Se analizan los datos del sistema de información SISAP relacionados con la GED desglosados por años, por problemas de salud y por el grado de resolución.

RESULTADOS

Dentro de las visitas de la GED los problemas agudos de salud más frecuentes en adultos son: 19,2% molestias urinarias, 13,2% sospecha covid (des de 2020), 7% odinofagia, 9,9% heridas y 4,8% dolor lumbar. Mientras que en niños son: 19% fiebre, 19% síntomas respiratorios, 18% heridas, 11,4% diarreas y vómitos y 6,35% contusión en los dedos.

La resolución de manera autónoma en adultos es del: 88% sospecha covid, 87% quemaduras 90% heridas i 71% diarreas y vómitos.

En el último trimestre se han resuelto un 60,77% de visitas en adultos i un 72,83% en población pediátrica.

CONCLUSIONES

Se resuelven más del 50% de los problemas de salud en la GED y el hecho que se haya ido incrementando a lo largo del tiempo nos puede indicar que usar los protocolos ha permitido a los profesionales enfermeros aumentar los conocimientos, la capacidad resolutiva, mejorar la accesibilidad del usuario en el centro y pone en evidencia el papel clave de la enfermera en el ABS.

Se observa un descenso del número de visitas durante el 2020 debido a las medidas de restricción secundarias a la COVID. No obstante, el impacto de la pandemia lejos de ser un impedimento en la labor enfermera, ha puesto de manifiesto la importancia de la GED para resolver cuadros de salud agudos para los que está perfectamente capacitada.

El uso del programa ARES ha facilitado la GED puesto que los problemas de salud protocolizados permiten a enfermería asumir y resolver de forma más efectiva y segura las demandas.

Los problemas de salud más resueltos en adultos son: sospecha covid, quemaduras, uñeros y heridas. En niños son: quemaduras, dermatitis del pañal, heridas, diarreas y vómitos.

Las molestias urinarias, a pesar de ser el motivo de consulta más prevalente no es el más resuelto.

UNIDADES DE CALIDAD. EXPERIENCIA TRAS INSTRUCCIÓN DE NORMALIZACIÓN

MONICA GARCIA PEREZ [1]; MARIA JOSE AVILES MARTINEZ [2]; ANA HERRERO MIGUEL [2]; MONICA DE LEON GONZÁLEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ALICANTE, [2] CONSELLERIA SANITAT UNIVERSAL I SALUT PUBLICA

ID: *6986*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Unidad calidad.*

INTRODUCCIÓN

En el año 2017, la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, publica la instrucción 3/2017 de normalización de las funciones de calidad asistenciales y seguridad del paciente (UFCASP) de departamentos y centros de la Consellería. La instrucción se estructura en 5 grandes apartados: el primero lo dedica a la constitución de unidades funcionales de calidad y seguridad del paciente; el segundo al nombramiento de una persona al frente de las mismas que ejerce la función de coordinación; el tercero define líneas estratégicas, el cuarto las funciones de las unidades en materia de calidad y seguridad y por último las líneas de actuación de las UFCASP.

OBJETIVOS

Realizar seguimiento de cumplimiento de la instrucción.

Evaluar el despliegue de la instrucción en cada departamento/ centro de la Conselleria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han llevado a cabo desde el año 2017 tres seguimientos de la instrucción. El análisis de los datos para evaluar el seguimiento se realiza sobre la documentación que se le requiere a las unidades funcionales y que aportan a través de los coordinadores de las UFCASP, en función del grado de cumplimiento.

El primer seguimiento se llevó a cabo mediante valoración de constitución de UFCASP y nombramiento de coordinador, y grado de implementación de las líneas en materia de calidad y seguridad definidas en la instrucción.

Tras este análisis de datos, se elabora un documento marco de plan de calidad y seguridad del paciente que recoge los objetivos mínimos a alcanzar por todos los departamentos de salud y todos los HACLEs de la Comunidad Valenciana.

RESULTADOS

Se han constituido el 100% de las UFCASP de los departamentos de salud y HACLEs, y todos tienen un responsable de calidad. Se ha logrado aumentar la cultura de calidad y seguridad con más de 8500 profesionales formados en estas materias durante el año 2021 y 7700 en el año 2019.

En cuanto al grado de cumplimiento de Plan, está orientado al logro de objetivos. Contiene 6 líneas estrátegicas, 19 objetivos y 35 planes de acción con indicadores y metas para su evaluación. Como datos destacables, se han implementado 400 acciones de mejora en todos los centros y más de un 70% de los centros tiene al menos un certificado de calidad respecto sistema establecido por norma reconocida. El 92% de los centros al menos han implementado 5 prácticas seguras.

CONCLUSIONES

Recogiendo la experiencia de estos años transcurridos, y el grado de implementación de la instrucción, durante el año 2022 se va a realizar una actualización de la instrucción y de nuevo una propuesta de marco teorico de plan de calidad.

Se considera un valor a destacar en la próxima revisión la difusión en cuanto al seguimiento del plan de calidad a los profesionales de los departamentos/centros.

Resulta imprescindible definir en la instrucción de normalización las competencias de la figura del coordinador de la UFCASP.

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. SEGUIMOS AVANZANDO EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

NURIA RUIZ HOMBREBUENO [1]; SONIA RUA SANZ [2]; JUAN ANTONIO SARRION BRAVO [3]; SONIA MARTINEZ MACHUCA [4]; Mª CONCEPCIÓN BLANCO MORALES [5]; Mª ANGELES DE LUIS MORAN [6]; JOSE LUIS AREJULA TORRES (7)
CENTRO DE TRABAJO: [1] DIRECCIÓN TÉCNICA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [2] DIRECCIÓN TÉCNICA DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA, [3] DIRECTOR TÉCNICO DE INTEGRACIÓN Y CONTROL DE PROYECTOS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [4] GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, [5] UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR DE ATENCIÓN PRIMARIA, [6] DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. GERENCIA ADJUNTA DE ASISTENCIA SANITARIA., (7) DIRECCIÓN TÉCNICA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. GERENCIA ADJUNTA DE ASISTENCIA SANITARIA

ID: *7015*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Se han desarrollado distintos proyectos para recuperar la actividad asistencial habitual en los C.S. y mejorar la accesibilidad de los ciudadanos. La centralización de distintas actividades (PDIA en puntos centralizados, vacunación contra covid-19 en puntos de vacunación de AP, Unidades de Apoyo Covid, Unidades de Atención a Residencias …) y su ubicación fuera del C.S. ha obtenido resultados positivos. En esta línea de mejora de la accesibilidad, con el objetivo de dar apoyo telefónico a los centros de salud y consultorios locales de nuestra comunidad en abril de 2022 se puso en marcha el centro de atención telefónica sanitarizado (CAT-AP) para dar respuesta a la solicitud de información en relación con trámites administrativos y consultas de problemas leves de salud que puedan ser gestionadas telefónicamente por los sanitarios de esta nueva unidad .

OBJETIVOS

Centralizar los procesos de atención telefónica (sanitarios y administrativos) cuya realización fuera del C.S suponga un aumento de la efectividad, definiendo el soporte estructural, los perfiles y las funcionalidades necesarias.

Facilitar las gestiones administrativas de los ciudadanos, dándoles información y permitiéndoles una tramitación más ágil de todas aquellas gestiones que no requieren presencialidad.

Proporcionar al ciudadano información sanitaria y respuesta a problemas leves de salud. Aumentar, con los recursos disponibles, nuestra capacidad de atención sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El CAT-AP inicia actividad el 1/4/2022 con una dotación de RRHH de 44 aux. administrativos, 30 enfermeros y 10 médicos de familia. El ciudadano contacta con la unidad marcando la opción 1 de la IVR, según nuevo motivo “trámites administrativos o consulta telefónica de problemas de salud”, cuando llama a su C.S. siendo atendido por un aux.administrativo de la unidad, quién gestiona la consulta administrativa y en caso de que la consulta sea sanitaria transfiere la llamada a los enfermeros de la unidad. Si la consulta requiere ser atendida por un facultativo se transfiere la llamada al grupo médico. Si se requiere atención urgente se transfiere la llamada al SUMMA, si atención no demorable en su

C.S. se le deriva informando telefónicamente al mismo y si por el motivo de su consulta requiere atención demorable se transfiere la llamada al Centro de Atención Personalizada (CAP) para gestionar la cita.

Los médicos del también dan apoyo telefónico a centros en situación crítica por ausencia de profesionales.

Se ha creado una unidad funcional en AP-Madrid, con agendas de medicina y enfermería para citar a los pacientes al transferir la llamada. Los C.S. tienen compartida con la unidad una agenda administrativa

RESULTADOS

En 1.5 meses de actividad se han atendido 133.969 llamadas, 18016 citas de enfermería y 12487 citas médicas

CONCLUSIONES

El CAT-AP está suponiendo un apoyo a los C.S con un alto nivel de satisfacción tanto de los profesionales como de los usuarios

GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

MARIA NATALIA ALVAREZ MOREZUELAS; BLANCA AGUIRRE RUIZ DE ARCAUTE; SOFIA LOPEZ DE ARROYABE MAZO; ANGELA MANCILLA RUIZ; LUIS MARIA HERNANDEZ PEREZ; ANDONE HERNANDEZ FERREIRA
CENTRO DE TRABAJO: OSAKIDETZA- OSI ARABA

ID: *7049*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del paciente; Incidentes de notificación; Sistema de notificación; Medicina Interna*

JUSTIFICACIÓN

La gestión de Incidentes de Seguridad del Paciente (IS) es una de las principales líneas estratégicas de las organizaciones sanitarias, puesto que su principal objetivo es el aprendizaje y la reducción de incidentes. Desde noviembre de 2013 nuestra planta de hospitalización de medicina interna está notificando IS sin daño en un sistema de notificación (SN) corporativo, anónimo y voluntario. Las organizaciones y servicios pueden gestionar este sistema de forma autónoma y descentralizada. Y los profesionales de cualquier organización y nivel asistencial pueden comunicar incidentes a través del SN.

OBJETIVOS

1. Describir de la gestión de los IS.
2. Analizar los indicadores que se extraen de la gestión del SN.
3. Describir las acciones de mejora mas habituales puestas en marcha en este servicio.
4. Identificar mejoras de la gestión de incidentes en el servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se dio formación inicial a todo el servicio en cultura de seguridad y uso del SN. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales que trabajan en el servicio (Facultativo, supervisora, DUEs, TCAE, celador y Técnico de calidad) y al que se le dio formación específica. Este grupo analiza periódicamente los incidentes, así como propone acciones de mejora. Se analizaron los indicadores mas relevantes desde el inicio de las notificaciones, como tendencia de notificaciones, tipología de incidentes, categorías de notificantes, etc y se compararon indicadores de la propia organización y con la bibliografía.

RESULTADOS

Se han notificado 231 incidentes de seguridad sin daño. No se ha analizado ningún evento adverso. El número de notificaciones ha ido en aumento con los años, salvo en 2020 y 2021.

Los colectivos que más notifican son enfermería (70%), facultativos (16%) y otros (14%). Por tipologías de incidentes, los más frecuentes son: Medicación (82/231; 35%); Documentación (18/231; 7%); Equipos y Dispositivos (14/231; 6%).

209/231 de las notificaciones se han realizado desde el propio servicio de M. Interna. En cuanto al origen de los incidentes, 134/231(58%) surgieron en el propio servicio, pero 55/231(24%) se identificó el origen en la urgencia del hospital.

Los Factores Contribuyentes más frecuentes en los incidentes están relacionados con: Comunicación (13,71%) Trabajo en equipo (11%), y protocolos (9%), entre otros. Las acciones correctoras adoptadas más habitualmente son: Recordatorios al personal con cartelería y notas informativas.

CONCLUSIONES

Como refleja la bibliografía, los incidentes mas frecuentes fueron los relacionados con la medicación, y la enfermería es quien mas notifica, lo cual sugiere que deben hacerse esfuerzos en concienciar a otros profesionales, especialmente a los médicos. Se observa una preferencia por las medidas de recuerdo a los profesionales para reducir causas de incidentes, pero según la bibliografía estas medidas son de baja efectividad, por lo que se debería buscar mejoras no tan humano dependientes.

EVALUACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE EVIDENCIA ENFERMERA: ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ ; CARMELO TAFALLA BORDONADA ; VANESA HERRADÓN AGUADO ; LETICIA VICENTE MORÁN ; MARÍA ROSARIO MANCHEÑO CARPINTERO ; AMAYA FEIJOO ALVAREZ ; ROSA DE LA FUENTE GUITART
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES

ID: *7055*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Estudio de investigación: implantación de escalas de valoración del dolor Implantación de evidencia enfermera Implantación de planes de cuidados: dolor agudo y dolor crónico*

JUSTIFICACIÓN

Valorar el dolor a los pacientes es fundamental para llevar a cabo acciones encaminadas a reducirlo. Realizar esta valoración enfermera facilitará la recuperación del paciente disminuyendo su estrés y ansiedad. El dolor no mitigado afecta a diversos sistemas corporales, aumentando la comorbilidad y los días de estancia hospitalaria. Registrar el dolor durante el proceso asistencial permite realizar un seguimiento, observar si existe mejoría y ajustar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para disminuir el dolor. Por ello debe valorarse y registrarse el nivel de dolor mediante escalas de valoración basadas en la evidencia y planos de cuidados enfermeros.

OBJETIVOS

Implantación de escalas de valoración del dolor basadas en evidencia en unidades de críticos y hospitalización de adultos y pediátricas.

Evaluar la cumplimentación del registro enfermero de valoración de dolor. Evaluar la implantación de planes de cuidados: dolor agudo y/o dolor crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal pre-post en base a implantación de escalas basadas en evidencia para la valoración del dolor. Fase de auditoría: abril a septiembre de 2018.

Implantación de escalas y análisis de resultados durante 2019.

Solo usará implantada la escala visual defectuosa (EVA) válida para pacientes conscientes ya partir de 3 años de edad. Tras la búsqueda bibliográfica encontramos escalas que permitían valorar el nivel de dolor:

Pacientes inconscientes: escala ESCID Niños de 0 a 12 meses: escala NIPS Niños de 1 a 3 años: escala FLACC

Incorporacion de planes de cuidados: dolor agudo y dolor cronico.

Otras variables: hora de valoración, motivo (al ingreso, al alta, cambio en la situación clínica, tras movilización, cambio en percepción del paciente, procedimiento invasivo, tras analgesia), región anatómica afectada, duración medidas aplicadas, educación en manejo del dolor y plan de cuidados.

RESULTADOS

El estudio se realizó a 1003 pacientes. La edad media fue de 51,68 años (±19,7 años), siendo el 37% mujeres y el 63% hombres. Se implantaron escalas de valoración ESCID, FLACC y NIPS. Se pasó de una valoración global del dolor del 51,6% en 2018 al 99,11% en 2019 tras la implantación de las nuevas escalas de valoración. En la realización de planes de cuidados del dolor se pasó de un 5,3% a un 93,5%. En 2020, año difícil debido a la situación de pandemia por Covid, la valoración del dolor en las unidades de hospitalización fue del 97,82%.

CONCLUSIONES

Es significativo el aumento de valoraciones durante el estudio y en años posteriores. Este seguimiento del nivel de dolor ha servido para que los médicos ajusten los tratamientos analgésicos.

Cumplimentar una escala de valoración del dolor (EVA, NIPS, ESCID, FLACC) conlleva la creación directa de un plan de cuidados que será valorado, seguido y evaluado periódicamente. Las enfermeras son prolives a participar en la implementación de mejoras que revierten en la calidad de la asistencia sanitaria.

FOMENTO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN UN HOSPITAL PRIVADO

SERGIO POLITE DELFA ; SARA VILCHES ARCAS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA

ID: *7057*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Donación Hospital Privado Mejora*

JUSTIFICACIÓN

La donación de órganos salva vidas. En diciembre de 2021 había en nuestro país 4762 pacientes en lista de espera para trasplantes. Cada donante puede salvar 8 vidas y mejorar 75 más. En Diciembre de 2018, nuestro centro consigue la autorización sanitaria para la extracción y donación de órganos y tejidos. Sin embargo, durante el primer año (2019) no se produce ninguna donación por lo que la Comisión de Donación de Trasplantes y Transfusión decide poner en marcha un Plan de acción para fomentar la misma.

OBJETIVO

Aumentar el número de donaciones de órganos y tejidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Con este objetivo se pusieron en marcha las siguientes medidas:

Cambio de referente de donación en el Centro. Se traslada de un médico a una supervisora de enfermería. Se realizó una formación dirigida a esta enfermera por la Coordinación Autonómica de Trasplantes.

Se realizaron jornadas de divulgación entre los profesionales del Centro.

Se mejoró la comunicación con la Coordinación Autonómica de Trasplantes.

Se facilitó un teléfono móvil y se aumentó la disponibilidad de este profesional.

RESULTADOS

En 2020 se identificaron 2 donantes, ambos de córnea, y en 2021 han sido 8 las donaciones y se ha ampliado a córnea, hígado, riñones y tejido óseo.

CONCLUSIONES

Esta intervención ha mejorado la donación de órganos en nuestro centro. Para la identificación del donante es muy importante el perfil de persona que realice está acción, así como el momento en el que se realiza. Es importante capacitar al profesional también para el acompañamiento durante este proceso. No todas las personas pueden donar ni todas las circunstancias lo permiten es por ello que cuando se identifica esta posibilidad es vital ofrecer los recursos, la información y el soporte que necesitan para que se pueda llevar a cabo.

DECÁLOGO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA

CARMEN BARROSO GUTIERREZ ; ANA MARÍA MEDINA GIL ; MARÍA DE LOS ÁNGELES CASTAÑEDA PALMA ; MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ RAMOS ; JESÚS CÁRCAMO BAENA ; MARÍA DEL CARMEN ZAMBRANO OLIVO
CENTRO DE TRABAJO: HUV MACARENA

ID: *7082*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Continuidad cuidados*

JUSTIFICACIÓN

Garantizar la continuidad de cuidados entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria, es un proceso imprescindible para la seguridad de los pacientes y que requiere una coordinación eficaz entre los dos niveles asistenciales. Por tanto, la continuidad de los cuidados es uno de los objetivos prioritarios a los que los profesionales de enfermería deben dar respuesta. Uno de los recursos para la continuidad de cuidados es el Informe de Cuidados al Alta (ICA) que precisa una planificación previa del alta. Tras el periodo álgido de la pandemia por Covid, se ha identificado una bajada tanto de la cantidad del ICA realizados como de la calidad de su cumplimentación. Para subsanar esto, se han acometido una serie de acciones de mejoras entre la que está la elaboración de un Decálogo para la garantizar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Elaboración de un Decálogo para la garantizar la continuidad de cuidados dirigido a los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. En el seno de la Comisión de Cuidados se evidenció un descenso de los ICA realizados y de la calidad de su cumplimentación (constatado con auditoría de historia clínica).
2. Identificación de areas de mejora entre la que se encuentra la elaboración de un decálogo para la garantizar la continuidad de cuidados dirigido a los profesionales de enfermería
3. Creación de grupo de expertos: búsqueda bibliográfica y elaboración del documento
4. Presentación y aprobación en la comisión
5. Maquetación del decálogo
6. Difusión

RESULTADOS

Hemos intentado que el formato del documento sea atractivo y que el contenido sea concreto, operativo y que a la vez recoja todos los puntos necesarios en la realización del ICA. Se ha hecho especial hincapié en la planificación del alta, información al paciente/familia valorando los conocimientos adquiridos, incorporación en el ICA la información más relevante (recomendaciones para autocuidados en domicilio, información sobre curas, UPP-heridas, dispositivos que porte el paciente…). Se ha realizado una campaña de difusión.

CONCLUSIONES

La actividad desarrollada en las plantas asistenciales de los centros hospitalarios se ha visto alterada por el alto impacto que ha tenido la pandemia por Covid. La cumplimentación del ICA ha sido una de las actividades afectadas. Recuperada cierta normalidad, es imprescindible apoyar a los profesionales para recuperar la actividad cumpliendo criterios de calidad. El ICA es un recurso eficaz siempre que se realice en todas las ocasiones y que esté correctamente cumplimentado. En este sentido, recordar a los profesionales la importancia del ICA, las claves para una buena planificación al alta y correcta cumplimentación, puede contribuir a garantizar la continuidad de cuidados.

¿ES EQUITATIVA LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE MEDICOS DE FAMILIA EN CENTROS DE SALUD DE A. P. EN BASE A LA POBLACIÓN?

MERCEDES ALMAZÁN DEL POZO; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; GEMA DOMINGO GIL; Mª DEL MAR CALVO MARÍA; ELOY VARGAS PÉREZ-CEJUELA; DANIELA MANZANEQUE GUERRERO
CENTRO DE TRABAJO: GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERMAS

ID: *7092*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Palabras clave: *equidad, renta, presión asistencial*

JUSTIFICACIÓN

En una Comunidad Autónoma existen grandes diferencias de población asignada a los diferentes cupos de médicos de familia (MF).

La carga asistencial de los profesionales debe ser similar en todos los casos, para ello valora la adecuación de los recursos humanos asignados, en este caso MF.

OBJETIVOS

Valorar si la asignación de médicos de familia es equitativa en función del tipo de población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado 20 centros de salud, 10 de los que poseen una mayor ratio de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI en adelante) por médico de familia y 10 de los que menor ratio.

De esos centros se analizaron los siguientes ítems; Renta disponible, población atendida y presión asistencial Acumulada anual.

Como referencia se contemplaron los datos medios de la Comunidad Autónoma.

Los datos son del año 2019 (los del 2020 y 2021 no son valorables a causa de la pandemia), excepto la renta que es del año 2018.

RESULTADOS RENTA DISPONIBLE

Comunidad: 34.916 €

Rango entre los 103.095 € de la renta más alta y los 17.795 € de la renta más baja.

En cuanto a las medias de la renta, el rango está entre 43.797 € de las rentas más altas y 20.043 € de las rentas más bajas. La media de las rentas más altas dobla a la de las rentas más bajas.

TSI, POBLACIÓN ATENDIDA Y PRESIÓN ASISTENCIAL

Comunidad: TSI 1.564, P. Atendida 81,79%, Presión Asistencial 28,13.

Rango Ratio TSI: 2.733 TSI de Arroyo de la Vega a 1.099 de Valle Inclan. Diferencia de 1.634 TSI.

Rango P. Atendida: 52,16% en Arroyo de la Vega a 97,85% en José Mª Llanos. Diferencia del 45,69% Presión Asistencial: Similar. Renta alta, 26,48. Renta baja, 27,93

RENTAS: TSI, POBLACIÓN ATENDIDA Y PRESIÓN ASISTENCIAL.

Renta Alta:

Ratio TSI en todos los casos superior a 2.000 TSI. MEDIA 2.280. La mayoría supera la media de la Comunidad en más de 700 TSI.

P. Atendida por debajo del 70% en todos los casos. Media 64,45%. Supone 17,34 puntos menos que la media de la Comunidad.

Presión Asistencial 26,48; ligeramente inferior a la media de la Comunidad (28,13).

Renta Baja

Ratio TSI en todos los casos inferior a 1.500 TSI. MEDIA 1.324.

P. Atendida supera en todos los casos el 83,74%. Media 89,45%. Supone 7,66 puntos más que la media de la Comunidad.

Presión Asistencial 27,93; En torno a la media de la Comunidad (28,13).

CONCLUSIONES

La asignación de recursos parece ecuánime a la vista de la similar carga asistencial que soportan los equipos

En las zonas de rentas altas se pueden soportar unos cupos médicos muy altos porque un porcentaje importante de la población no necesita utilizar el sistema sanitario público (no se entra a analizar las causas).

REFLEXIÓN: ¿Debe tener importancia el porcentaje de población atendida en cuanto a las retribuciones de los profesionales?..... De ahí su introducción como concepto en el Plan Integral de Atención Primaria.

SEGURIDAD: MONITORIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA CON TELEMETRIA DESCENTRALIZADA

MARIA DEL MAR GONZALEZ MARCO; MARIA VICTORIA PEREZ GOMEZ; FRANCISCO JAVIER CEREZO GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: FUNDACION JIMENEZ DIAZ

ID: *7105*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Monitorización electrocardiográfica. Electrocardiograma. Telemetría, Seguridad*

JUSTIFICACION

La Telemetría es un método de monitorización del electrocardiograma útil y poco invasivo para el diagnóstico y el seguimiento terapéutico. La gestión de alarmas en cadena consiste en establecer un tiempo determinado de respuesta con la capacidad de envío de alarmas y registros a una cadena de profesionales activados, pudiendo verificar el evento en forma de onda en tiempo real, tomando decisiones inmediatas.

OBJETIVOS

Describir la seguridad del paciente en la gestión de eventos y alarmas en un paciente monitorizado con telemetría.

MATERIAL Y METODOS

Estudio piloto descriptivo observacional de serie de casos. La muestra ha sido obtenida mediante muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión son: pacientes adultos con criterio de monitorización contínua del electrocardiograma con telemetría, seleccionados por orden de monitorización. Se han evaluado variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la monitorización y gestión de eventos, de una muestra de 51 pacientes.

RESULTADOS

El 52% de los pacientes son hombres con una edad media de 67,3 años. El tiempo medio de monitorización fue de 2,7 dias. Las indicaciones de monitorización más frecuentes son monitorización del electrocardiograma con un 37% y dolor torácico un 19%. Durante la monitorización el 21,1% de los pacientes han presentado sintomatología como: síncopes y mareo un 9% y dolor torácico un 8%. en el análisis de la monitorización se documentaron registros de fibrilación auricular en un 18%, alteraciones de la conducción 17%, bradicardia 15%, taquicardia supraventricular 15% y taquicardia ventricular 9%. La Telemetría determinó nuevos diagnósticos en el 20% de los pacientes, generando actitudes terapéuticas como la administración de fármacos en un 16%, implante de marcapasos en un 4% y cardioversión eléctrica en un 6%. En la gestión de alamas se describieron 40 hallazgos electrocardiográficos, siendo valorados por la enfermería y necesitando atención urgente en 4 pacientes.

CONCLUSIONES

La gestion de alarmas en cadena ha permitido a la enfermera responsable activar los recursos necesarios valorando el paciente y analizando el electrocardiograma en tiempo real, adoptando actitudes tempranas y seguras en situaciones de riesgo

OPORTUNIDADES DE MEJORA A PARTIR DE INCIDENCIAS DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

DANIEL CAMPOY SOTO ; EULALIA JUAN RUIZ ; LUIS PUEBLA MANZANOS ; JOSE MANUEL PEREZ FERNÁNDEZ
CENTRO DE TRABAJO: ÁREA III DE SALUD DEL SMS

ID: *7116*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *PALABRAS CLAVE Continuidad asistencial, niveles asistenciales, gestión asistencial, prescripción, accesibilidad.*

JUSTIFICACIÓN

En febrero de 2018, el SMS publicó la instrucción 1/2018 (BORM nº40) instrucción n.º 1/2018, sobre la mejora en la continuidad asistencial a los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria. En dicha instrucción se definen, entre otros, los criterios de calidad para las derivaciones, los informes y otras buenas prácticas que contribuyen a mejorar la accesibilidad y la resolutividad en los niveles asistenciales.

A partir de dicha instrucción, desde Atención Primaria se empezó a reclamar situaciones en las que no se cumplía. Para regularlo, se estableció un procedimiento de notificación mediante interconsulta a dirección médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La unidad de calidad ha auditado el procedimiento, con una muestra de notificaciones (informes de interconsulta) de incidencias. Se han recogido los siguientes datos: número de documento, paciente, fecha, eap, cias, facultativo, tipo de incidencia, unidad, descripción, justificación, resolución y fecha de respuesta. La tabla de recogida se ha elaborado en EXCEL.

RESULTADOS

De los 10 EAP, solo 2 han notificado incidencias y de estos 10 de 20 médicos.

Se clasificaron las incidencias en función de los epígrafes de la instrucción. 17 fueron Gestión de agendas y citas, 1 Criterios de buenas prácticas en respuesta a las interconsultas (falta de informe de consultas externas), 8 Criterios de buenas prácticas en las Altas de Hospitalización (6 por falta de recetas), 4 Criterios de calidad en los informes de Pruebas Complementarias (3 por falta de informe).

Los servicios notificados fueron cardiología (2), dermatología (1), oftalmología (5), digestivo (2), endocrino (1), hematología (1) , ginecología (2), medicina interna (2), neurología (1), ORL (1), reuma (4), RMN (2), SUAP (1), trauma (2), urgencias (3). En cuanto a la justificación, se consideró que 19 si lo estaban total o parcialmente y 11 no. Estas se respondieron al facultativo y las otras se derivaron al servicio de admisión o al servicio correspondiente. El tiempo medio de respuesta fue de 42 días (2 a 95).

La mayor parte de las oportunidades de mejora se encontraron en recordar las obligaciones de la realización de trámites en la consulta (citas, informes, recetas), fallos en los circuitos de admisión (citas en espera sin tramitar) o mejoras en la historia clínica electrónica (formulario de seguimiento que no genera informe). Se ha valorado realizar auditorías específicas en algunos servicios concretos para dimensionar los problemas detectados.

CONCLUSIONES

La notificación de incidencias de continuidad asistencial sirve para mejorar la calidad de la relación entre niveles asistenciales. Además, es útil para detectar oportunidades de mejora en la atención en general.

INNOVANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL: APLICACIÓN PROACTIVA EN SEGURIDAD DE PACIENTES "PROSP CAT."

OLIVIA HERNANDEZ VILLEN [1]; MONTSERRAT GENS BARBERÀ [2]; CARMEN JIMÉNEZ JIMÉNEZ. [3]; JOAN REVERTE CALULL [3]; ALBERT ALBERT SECO CIURANA. [4]; NÚRIA HERNÁNDEZ VIDAL. [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIOJOAN XXIII DE TARRAGONA. INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD, [2] GERENCIA TERRITORIAL CAMPO DE TARRAGONA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA. INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD, [4] GERENCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD, [5] GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

ID: *7130*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad del Pacientes, Gestión riesgo evitable, Innovación, Información y Tecnología.*

RESUMEN

La seguridad de los pacientes es una dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria.

Existen diferentes modelos de gestión de riesgo que se utilizan en diferentes ámbitos (aviación, industria química, nuclear,...), desde la evitación (proactivos) a la aceptación (reactivos).

Los modelos de seguridad del paciente que se adoptan en la práctica asistencial están inspirados en estos modelos.

Por otra parte la tecnología ha evolucionado de manera significativa y la implementación de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) podría redundar en una asistencia más segura, de mayor calidad y más adaptada a las necesidades del paciente y de los profesionales.

Nuestra experiencia incorpora la tecnología y la innovación como herramientas de ayuda para mejorar la seguridad del paciente y se inspira en el modelo de evitación del riesgo "ultraseguro", ya que realiza una supervisión sistemática de los procedimientos a partir de la realización de listas de verificación informatizadas.

OBJETIVOS

Incorporar progresivamente la aplicación PROSP Cat como estrategia proactiva de gestión del riesgo evitable en un hospital de agudos de Cataluña.

METODOLOGÍA

El PROSP Cat es una aplicación inteligente que nos permite la monitorización sistemática de los estándares, así como controlar el riesgo para actuar proactivamente.

La primera fase de nuestro proyecto es la estandarización de los procesos, que se diseñan a partir de una metodología de trabajo participativa con la creación de equipos de mejora integrados por profesionales multidisciplinares. Una vez estandarizados, se identifican las listas de verificación a implantar, que hasta el momento se realizan manualmente.

Se planifica una sistemática estandarizada para la implantación de cada lista de verificación.

Se diseña un cuadro de resultados informatizados por cada listado de verificación que nos dé información on time y nos ayude en la toma de decisiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las diferentes implantaciones se iniciaron, el segundo semestre del 2017 y a día de hoy seguimos implantando listados de verificación ya que con el uso de la aplicación se ha generado un aumento de la demanda en todo el centro.En total se han implantado 52 Listados de verificación (controles de seguridad) en los diferentes procesos.

Hasta final de abril de 2022 hemos planificado 18776 de los que se han realizado el 91,89% y en los que se han detectado 963 incidencias.Estas incidencias han sido solucionadas en un 99,9%.

LA PERSPECTIVA PROFESIONAL Y LAS PRINCIPALES FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE ASISTENCIA SANITARIA BASADA EN VALOR

MARÍA CONSÚELO SANZ FERRANDEZ [(1)]; GEMA USANO GARCÍA [(2)]; NICOLÁS ROSILLO RAMIREZ [(2)]; ANDRÉS BRANDINI ROMERSI [(2)]; AITANA MORANO VAZQUEZ [(3)]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 OCTUBRE, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [(3)] HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *7140*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Mas allá de la percepción de los pacientes en el proceso asistencial que es esencial para la buena praxis médica y para la incorporación de la Asistencia Sanitaria Basada en el Valor (ASBV), la implementación de este nuevo paradigma permite mejorar la práctica asistencial y repercute en la toma de decisiones científico-técnicas y en la satisfacción de los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los profesionales que formaron parte de los equipos de implementación de proyectos de ASBV donde se les preguntaba cuales eran las principales lecciones aprendidas y qué utilidad encontraron al uso de este nuevo enfoque. Se entrevistaron al menos dos facultativos y dos enfermeras por proyecto de implementación realizado (cáncer de mama, cáncer de pulmón y COVID-19).

RESULTADOS

Cuando la implementación resultaba existosa y los PROM eran accesibles a los profesionales a tiempo real durante la toma de decisiones se observaron:

- Variaciones en el tratamiento a aplicar
- Agilidad en la toma de decisiones dentro del equipo
- Altos niveles de satisfacción de los profesionales y de los pacientes
- Interconsultas a otros servicios.

Así mismo se identificaron los principales facilitadores y barreras para la implementación.

CONCLUSIONES

Aunque los resultados son preliminares y el número de pacientes incorporados en las iniciativas todavía escaso parece claro su impacto en la atención sanitaria y en la mejora de las experiencias de las personas implicadas

PILOTAJE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR (UAF) EN CENTRO DE SALUD DE PIEDRAS BLANCAS (AREA SANITARIA 3) DE ASTURIAS

WALTER ROBERTO FERRERO OHSE [(1)]; TANIA CEDEÑO BENAVIDES [(2)]; LAURA LOPEZ ALVAREZ [(3)]; MARIA PAZ PACHO LOPEZ [(3)]; ROSA ISABEL FERNANDEZ RAIGADA [(3)]; MARIA SALOA NORNIELLA [(3)]; ROCÍO FERNANDEZ CASTAÑO [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] AREA SANITARIA 3, [(2)] ÁREA SANITARIA 3, [(3)] CS PIEDRAS BLANCAS

ID: *7146*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Atención familiar, integral, multidisciplinar, trabajo en equipo*

JUSTIFICACIÓN

El proyecto de la UAF surge de la necesidas de una reforma integral del modelo de Atención Primaria actual, más aún tras el paso de la Covid19, que ha mostrado las deficiencias de un sistema de trabajo obsoleto. El nuevo modelo propone una mejora en la calidad asistencial y de trabajo. Inspirado en el modo de trabajo existente en otras regiones, se ha elaborado esta propuesta ajustada a la población asturiana como novedad en nuestra Comunidad Autónoma.

OBJETIVOS

1. Evitar la atención al usuario fragmentada e incluid a la unidad familiar como receptora de atención integra, con atención centrada en la persona, familia y comunidad
2. Incluir a los administrativos de salud dentro del equipo asistencial, aumentando sus competencias y fomentando trabajo en equipo multidisciplinar
3. Gestionar recursos humanos y materiales de la manera más eficiente
4. Valorar el nivel de satisfacción de profesionales y usuarios y, en lo posible, aumentarlo
5. Ofrecer atención basada en criterios de calidad y evidencia científica, favoreciendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud

MÉTODOS

El pilotaje de la UAF se está llevando a cabo en el momento actual, desde el 4 de abril de 2022, hasta el 30 de junio de 2022. Se realiza con dos cupos medicina/enfermería y un administrativo de salud. La demanda de consulta presencial/no presencial se gestiona a través de la unidad administrativa de la forma habitual; es cundo la demanda sobrepasa la agenda estándar y/o requiere una atención especial por su complejidad, peculiaridad o no demorabilidad cuando es gestionada por la administrativa de salud.

Esta figura administrativa se encarga de asignar la demanda al profesional que mejor pueda resolverla en base a las funciones y competencias recogidas en la nueva Estrategia para un nuevo enfoque en la Atención Primaria 2018-2021, con un modelo flexible y consensuado entre todos los miembros del equipo, con comunicación permanente y multidireccional

RESULTADOS

Se encuentran en proceso de evaluación. Se han elaborado encuestas de satisfacciñon para los usuarios que se reparten a lo largo del pilotaje, con selección aleatoria de entre los pacientes que hayan tomado contacto a través de la administrativa de salud. Los datos de que disponemos en el momento actual, aunque aun con una muestra limitada, arrojan excelentes RESULTADOS

CONCLUSIONES

El papel del personal administrativo en los centros de salud se encuentra hasta el momento anclado en funciones burocráticas que no permiten su integración en el equipo de forma óptima. Consideramos que con este modelo, integrando sus funciones en el equipo asistencial, permitirá un mayor desarrollo de su profesión fomentando un trato personalizado y adaptado a las necesidades de una sociedad en continuo cambio. Además el resto de miembros del equipo verán facilitado el desarrollo de sus competencias al desburocratizarse la consulta clínica, con beneficio para el usuario, que es el fin último del modelo

OPTIMIZACIÓN DE LOS TIEMPOS EN LOS BOX DE URGENCIAS

VIRGINIA FLOR MORALES ; ELBA GONZALEZ DE LINARES BALLEGGI ; VANESA ARRANZ GARCIA ; ANA MARIA RUIZ RUIZ ; CONCEPCIÓN FARIÑAS ALVAREZ ; LORENA PRADOS FERNANDEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA

ID: *7147*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias está el que el 90% de los pacientes debería ser dado de alta, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.

OBJETIVOS

Conocer las causas más frecuentes de bloqueo de los pacientes en los boxes en el área de urgencias, para poder optimizar estos tiempos y mejorar la eficiencia en la prestación del servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

El Grupo de Calidad de Urgencias (GCU) analizo las posibles causas por las que un paciente ocupaba un box, retrasando la atención de otros pacientes. De manera subjetiva se identificaron como principales causas: los retrasos en los ingresos de los pacientes y en la valoración por un especialista.

Se elaboraron las hojas de recogida de datos y se definió un grupo formado por una médico y enfermera para realizar la recogida de datos durante 11 días.

Se elaboró un informe que se presentó en el GCU, donde de manera pormenorizada se analizaron los datos y tras un debate se definieron acciones prioritarias de mejora: definir los criterios de permanecía en el box como herramienta para disminuir la variabilidad de la “indicación médica” y definir los tiempos mínimos/máximos para la administración de la medicación intravenosa. Formación del personal de enfermería en terapia intravenosa.

RESULTADOS

Los 26 boxes de Urgencias, se revisaron en 11 días a diferentes horas, tres en horario de tarde y ocho en horario de mañana. Para calcular los porcentajes solo se han tenido en cuenta los boxes que ocupados más de 30 minutos.

El 82% de los días, había al menos un box libre. Un 17% de las ocasiones el paciente llevaba menos de 30 minutos en el box. Los motivos por los que los pacientes estaban ocupando un box: 20% pacientes pendientes de realización de pruebas iniciales, 19% pacientes pendientes de valoración por el facultativo de urgencias, 17% paciente pendiente de ingreso, 14% por indicación médica, 10% pacientes con medicación intravenosa, 9% pendiente de pruebas radiológicas, 8% pendiente de valoración por especialista, 3% pendiente de alta.

CONCLUSIONES

Observar los procesos y medir, permite trabajar sobre realidades y no sobre percepciones. Percepción: los pacientes permanecen en los box pendientes de la atencion de otros Servicios (Radiologia, Especialistas) . Realidad: las razones por las que permanecen en el box dependen de la atencion propia del S. Urgencias

Se ha visto la necesidad de definir los criterios de permanencia en el box y formación en terapia intravenosa.

BUSCANDO LA CAÍDA DE LAS CAÍDAS(O COMO ACTUAR IMPIDIENDO DESPLOMES ACCIDENTALES)

CARMEN FUNES MOLINA ; MARTA CORDERO MARTINEZ ; ISABEL IZQUIERDO MEMBRILLA; MARÍA DOLORES PUENTE GONZÁLEZ ; PATRICIA FERNÁN PÉREZ; DIANA MOLINA VILLAVERDE
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *7153*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *CAÍDAS; CUIDADO; GESTIÓN DE RIESGOS*

JUSTIFICACIÓN

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionadas. La Joint Commission International (JCI) informa de que es el sexto evento más notificado de la base de datos de Eventos Centinela.

En los dos últimos años las circunstancias en los hospitales han cambiado respecto a años anteriores. Han aumentado los pacientes más vulnerables por edad y patología. Además se ha restringido el acompañamiento debido a la situación epidemiológica. Como consecuencia de ello ha aumentado la tasa de caídas en el hospital. Debido al compromiso de la organización por la seguridad del paciente se ha puesto en marcha un plan multifactorial de prevención de caídas.

OBJETIVOS

Establecer una gestión proactiva para la prevención de caídas en pacientes con riesgo en un hospital de tercer nivel con el fin de disminuir la incidencia de las caídas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde la Comisión Técnico Consultiva de Prevención de Caídas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, formada por un grupo multidisciplinar se ha elaborado un Plan de seguridad centrado en la prevención de caídas.

Se lleva a cabo una intervención multifactorial tanto con una gestión proactiva, mediante la identificación de los pacientes con alto riesgo de caídas, la implicación de pacientes y familiares en la prevención de las mismas, la implantación de rondas de seguridad y formación en prevención de caídas de los profesionales para incrementar la cultura de seguridad; así como una gestión reactiva, analizando las caídas en las unidades donde se produzcan, para establecer planes de mejora in situ, con el apoyo de los miembros de la Comisión.

RESULTADOS

Se seleccionó para su aplicación a las cinco unidades en las que durante el 2021 hubo una mayor tasa de caídas. Se presentó el proyecto en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos para llevar a cabo la formación de los profesionales en colaboración con los referentes de seguridad. Así mismo, se informó a los mandos de las unidades seleccionadas de las medidas. Actualmente se está llevando a cabo la implantación de las medidas. Se presentarán los resultados en el seno del Congreso.

CONCLUSIONES

El problema de las caídas tiene cada vez más impacto en los pacientes y en las organizaciones, y pese al esfuerzo realizado aún existe un importante margen de mejora. Estandarizar la gestión de riesgos y la actuación ante caídas a nivel transversal e implicar al paciente en la prevención, ayuda a fomentar un cuidado de mayor calidad. El abordaje de múltiples estrategias a nivel organizacional puede favorecer que disminuya este importante problema.

EFECTIVIDAD EN UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA CALIDAD DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES SANITARIOS

ANTONIA GARCIA PINO [(1)]; ESTER RODRIGUEZ GÍAS [(1)]; OLIVIA HERNANDEZ GUILLEN, [(2)]; MARINA MORENO GOMEZ [(3)]; CRISTINA REY REÑONES [(4)]; EMMA FOLCH FERRE [(5)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL JOAN XXIII, [(2)] HOSPITAL JOAN XXIII, [(3)] PRIMARIA ICS TARRAGONA, [(4)] ICS PRIMARIA, [(5)] GIPSS

ID: *7155*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *higiene de manos, calidad de la técnica, fluorescencia, evaluación, formación*

JUSTIFICACIÓN

Se considera que una correcta higiene de manos (HM) es la medida más eficaz para el control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Para ello, la formación en HM es la estrategia más utilizada para mejorar el grado de cumplimiento de las indicaciones de HM. Estas intervenciones suelen tener un efecto limitado en el tiempo que conllevan a disminuir la efectividad de las recomendaciones a largo plazo.

OBJETIVOS

General:

- Comprobar si la incorporación de una técnica de evaluación con fluorescencia en la formación de HM de profesionales sanitarios mejorará la calidad de la técnica a corto y medio plazo,6 meses después de realizar la intervención.

Específicos:

- Describir la situación basal respecto a la correcta técnica de HM de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Es un estudio de intervención de una nueva formación sanitaria que incorpora una técnica de evaluación de la calidad con fluorescencia, mediante una monitorización con variables creada en ProsP que nos proporciona indicadores en relación a la HM. Durante el mes de mayo-junio (2022) se comprueba cual es la calidad de la técnica de HM de los profesionales sanitarios de forma aleatoria, en diferentes unidades y ámbitos de atención.

La población de estudio son profesionales sanitarios de la Gerencia del Camp de Tarragona del Instituto Catalán de la Salud del ámbito hospitalario, de un socio sanitario y de los diferentes centros de atención primaria, que participan de forma voluntaria y anónima.

Se analizan las variables relacionadas con el momento de la observación, las sociodemográficas del profesional, ámbito actuación de donde procede, años de experiencia, las características de las manos (uñas, presencia de joyas y reloj) y mano dominante. Posteriormente se aplica un producto de base alcohólica, marcado con un agente fluorescente donde se evalúa la calidad de la técnica de HM que realiza el profesional. Se determinan nueve áreas de cada mano para cuantificar las que han quedado impregnadas de este marcador y se especifican aquellas que no han estado en contacto con la solución.

RESULTADOS

Los resultados iniciales evalúan la calidad de la técnica de HM de forma basal, sin formación previa de los profesionales de diferentes unidades hospitalarias, socio sanitario y atención primaria.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permitirán conocer qué porcentaje de profesionales sanitarios, realiza una correcta HM y cuál es su perfil según las variables sociodemográficas y de trabajo planteadas. Esperamos que estos hallazgos puedan ser de utilidad en la definición de estrategias en la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente territorial entorno a la HM. Del mismo modo esperamos comprobar si una intervención de educación sanitaria breve tiene repercusiones sobre la calidad de la HM, así como el grado de efectividad/eficacia de los contenidos teóricos impartidos en relación con la competencia en HM y si ésta perdura en el tiempo.

ABORDAJE DE LA GESTION DE RIESGOS EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD

LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ [1]; EVA M CARDEÑOSA LOPEZ [2]; EVA M SALAS BALLARIN [3]; NOELIA VAQUERO LAZARO [4]; M PILAR MEDINA CEREZAL [5]; NATALIA ENRIQUEZ MARTIN [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD CALIDAD SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, [2] CENTRO SANITARIO BAJO CINCA, [3] HOSPITAL BARBASTRO, [4] HOSPITAL MIGUEL SERVET, [5] HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA, [6] SSCC

ID: *7158*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Esterilización, riesgos AMFE*

JUSTIFICACIÓN

Las centrales de esterilización de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen certificado su sistema de gestión de calidad según la Norma UNE EN ISO 9001 desde el año 2000. El cambio a la versión 2015 de dicha norma conllevo, entre otras cosas, la implementación de una sistemática de gestión de los riesgos para generar acciones preventivas que reducen o eliminen los riesgos identificados.

OBJETIVO

Verificar la sistemática de prevención de riesgos llevada a cabo en las centrales de esterilización del SALUD.

METODOLOGÍA

Se utilizó el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) ya que identifica y evalúa los potenciales fallos, jerarquiza los riesgos y propone las acciones que los eliminan, minimizan o controlan. Partiendo de unos riesgos comunes (76 modos de fallos) identificados a nivel central que incluían la totalidad de los procesos desarrollados por las centrales de esterilización: recepción, limpieza, preparación, esterilización, almacenaje y distribución. El análisis de los riesgos se determinó mediante el NPR (Número Prioridad del Riesgo) con los criterios de ocurrencia, gravedad y probabilidad de no detección. Este cálculo se realizó a nivel específico por cada Central dadas las diferencias de recursos humanos y materiales existentes entre ellas. El cálculo del NPR se realiza con periodicidad anual para verificar la efectividad de las acciones emprendidas

RESULTADOS

En el año 2021, las 12 centrales de atención hospitalaria del SALUD tiene realizado el análisis de riesgos. Todas ellas han reportado la realización de 115 acciones para los riesgos prioritarios como talleres y sesiones formativas (recepción, almacenaje…), adquisición de recurso materiales y otras más específicos como la reorganización del almacén estéril , la distribución a todos los quirófanos de galletas de instrumental suelto por especialidad, nuevo circuito de recepción y entrega…etc Se han realizado acciones abarcando todos los procesos que se llevan a cabo en la central de esterilización, concentrándose en su mayor parte en los procesos de esterilización, lavado y recepción (74/115). Con respecto al año anterior se han reportado un número similar de acciones.

CONCLUSIÓN/LECCIONES APRENDIDAS

En las centrales de esterilización del SALUD se ha realizado una identificación y evaluación bastante completa, mediante la técnica de AMFE. Todos los riesgos importantes se están tratando y reduciendo paulatinamente. La gestión de riesgos ha convertido este Sistema de Gestión más preventivo que correctivo, como era hasta antes de su implementación. De esta manera las centrales de esterilización realizan mejoras de manera proactiva y no sólo reactiva, garantizando la mejora continua de las mismas.

IMPLEMENTACIÓN DE UN CHECKLIST O LISTA DE VERIFICACIÓN (LV) DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ICS DE LA CATALUNYA CENTRAL.

ENCARNA SANCHEZ FREIRE [1]; JOAN CARTANYÀ BONVEHÍ [1]; YOLANDA FERRERIES RAMIA [2]; JOSEP MARIA SOTO EJARQUE [2]

CENTRO DE TRABAJO: [1] ICS CATALUNYA CENTRAL, [2] SEM CATALUNYA

ID: *7159*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Lista de verificacion, seguridad al paciente, codigo infarto*

INTRODUCCION

Se ha implementado una herramienta de seguridad en los 32 equipos de atención primaria (EAP) del Institut Català de la Salut (ICS) de la Catalunya Central. En esta área se da asistencia a una población de 450.000 personas y se activa un promedio de 52 códigos infarto por año.

OBJETIVOS

La LV tiene como objetivo facilitar la tarea a los profesionales asistenciales, sistematizar la recogida de todos los datos necesarios para la correcta toma de decisiones y garantizar la seguridad de la actuación.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el 2017 se diseñó, en consenso y colaboración con el Sistema de Emergències Mèdiques (SEM) del mismo ámbito geográfico, una LV que sirviera de guía para la atención inicial del infarto agudo de miocardio (IAM).

En enero del 2018 se inició el despliegue en los 32 EAP del ICS de la Catalunya Central. Se colocó la herramienta en todos los boxes de urgencias y los maletines de atención domiciliaria de los EAP para facilitar su acceso inmediato.

Cuando el personal asistencial de AP atiende un paciente con IAM puede acceder a la LV y utilizarlo como guía de seguridad durante su actuación. A la llegada del equipo SEM, éste recibe una copia del documento.

RESULTADOS

A finales del 2019 se habían recogido y analizado 58 LV cumplimentados, que corresponden a un 89% de los IAM esperados en este periodo. Esto traduce el alto grado de adherencia y implicación de los profesionales.

En el primer análisis, destaca que todas las activaciones del código infarto se realizaron por elevación del ST, ninguna por aparición de bloqueo de rama izquierda del Haz de His. Se monitorizó al 46% de los pacientes y se canalizó un acceso venoso en el 75%. Se dio Aspirina (AAS) en el 83% de los casos y Clopidogrel en el 53%. Se han recogido 3 casos de alergia al AAS. El cloruro mórfico EV se administró en el 21% de los pacientes y los nitritos VO en el 65%.

Los tiempos medios de intervención registrados son: consulta - electrocardiograma, 10 minutos; consulta - activación del código, 16 minutos; consulta – administración AAS, 21 minutos; consulta – administración clopidogrel, 24 minutos; consulta - transferencia al equipo SEM, 33 minutos.

El proyecto está actualmente en fase de evaluación de los resultados del 2022 después del parón por la pandemia.

PLAN DE RACIONALIZACIÓN DEL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ANÁLISIS CLÍNICOS

VIRGINIA DE LUQUE ; ANTONIO LEON; ANTONIO BARCO; MARTA DEL NOZAL; LUIS CARLOS GARCIA; FRANCISCO ESTRADA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *7161*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *racionalización, laboratorio, gasto, variabilidad*

JUSTIFICACIÓN

Existe una estrategia nacional orientada a disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, es decir las que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. El uso de pruebas de diagnóstico y el incremento de la cartera de servicio en este ámbito, con la incorporación entre otros de estudios genéticos y el incremento y variabilidad en su uso tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, conlleva un incremento progresivo del gasto, lo que obliga a implementar planes de acción orientados a un uso eficiente y racional de pruebas de laboratorio.

OBJETIVOS

Describir el plan de acción implantado en un hospital regional orientado a reducir la variabilidad en la práctica clínica y garantizar la sostenibilidad mejorando la eficiencia en el uso de pruebas de diagnóstico de análisis clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como paso inicial desde el laboratorio de análisis clínicos se lideraron reuniones con diferentes especialidades para realizar un análisis de situación y establecer el plan de mejora. Posteriormente y tras el análisis de las pruebas de alto impacto y de su eficiencia, se procedió a: información a los solicitantes sobre la eficacia de la pruebas de laboratorio, límites de decisión, tiempo y frecuencia de repetición (control de las repeticiones), información a las especialidades de los costes asociados, número de pruebas por profesionales y petición y evolución mensual tras estrategia; ceación de perfiles de solicitud por especialidad o por procesos asistenciales. De acuerdo con el plan de implantación se ha realizado un seguimiento del cumplimiento de las medidas acordadas a través de la definición de objetivos en los acuerdos de gestión como herramienta para promover el compromiso de los profesionales.

RESULTADOS

El impacto total en reducciones de gasto fue de 360.712 euros/año. De las pruebas identificadas como de alto impacto las mayores reducciones se observaron en las siguientes pruebas: folato 89.941 euros/año, Ferritina: 83.867 euros/año, vitamina B12 76.705 euros/año, pro-Peptido natriuretico cerebral, 29.803 euros/año, Procalcitonina: 20.743 euros/año, PCR 20.892 euros/año. El ratio general pruebas petición fue de 16.56 lo que supone una reducción del 17% sobre los valores del año anterior (20.09). Se observó una reducción significativa en los ratios de petición de pruebas de alto impacto por cada 100 solicitudes.

CONCLUSIONES

Aunque esta es una línea de trabajo recientemente implantada a la vista de los resultados obtenidos se hace necesario el mantener su continuidad. Solo a través del compromiso de los profesionales, del establecimiento de protocolos de actuación consensuados, y del seguimiento y retroalimentación de los resultados obtenidos, se continuará avanzando en la eficiencia del sistema sanitario público.

PLATAFORMA MHEALTH PARA DAR SOPORTE A LA GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RESPIRATORIAS

SAMUEL SALAS FERNÁNDEZ ; FRANCISCO JOSÉ NÚÑEZ BENJUMEA ; ALBERTO MORENO CONDE ; JESÚS MORENO CONDE ; MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ ; PEDRO GUARDIA MARTÍNEZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *7169*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *mHealth, asma, rinosinusitis, adherencia, autogestión, cronicidad*

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades alérgicas suponen un problema de salud de primer orden, los estudios epidemiológicos muestran que el 25% de la población sufre una enfermedad alérgica. La PN se ha identificado en torno al 2% de la población, siendo mayor entre personas de edad superior a los 40 años y entre las asmáticas. Se estima que el coste directo para un paciente medio europeo es de alrededor de 1.500 euros al año. Los pacientes con PN disparan estas cifras por la necesidad en algún momento de su proceso de requerir, al menos, un procedimiento quirúrgico, con una estimación del coste representado por la cirugía en torno a los 5.600 euros.

La gestión de enfermedades crónicas respiratorias requiere establecer un plan de atención a largo plazo donde la adherencia al tratamiento es crítica para obtener mejoras en los resultados en salud, calidad de vida y conseguir una atención sanitaria coste-efectiva. La evaluación del impacto de intervenciones basadas en mHealth en la adherencia y resultados de los pacientes indica que el potencial de esta tecnología es alto.

OBJETIVO

Desarrollar y evaluar una plataforma que de soporte al diseño, implantación y evaluación de programas de atención basados en intervenciones mHealth para el control, autogestión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas respiratorias, centrándonos en asma y rinosinusitis con o sin poliposis nasosinusal.

MATERIAL Y MÉTODOS

La plataforma desarrollada pretende facilitar el diseño, implementación y evaluación de nuevos modelos de atención basados en mHealth de forma que permitan aumentar la adherencia, control y capacidad de autogestión de los pacientes con enfermedades crónicas respiratorias. Mediante una aplicación altamente personalizable para satisfacer las necesidades de las diferentes dolencias crónicas se permite fomentar la escalabilidad evitando tener que desarrollar aplicaciones desde cero para cada enfermedad. La plataforma permitirá establecer un proceso iterativo que permita aplicar un proceso de mejora continua en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones basadas en tecnología móvil.

Se plantean los siguientes estudios para validar la plataforma mHealth:

Estudio retrospectivo para la generación de modelos predictivos de riesgo de descompensación (N=22.754)

Estudio de evaluación funcional: (N=10) para validar la intervención mHealth desde el punto de vista de usabilidad y aceptación

Estudio de evaluación clínica: (N=240) para validar la adherencia al tratamiento, el control del asma y de la PN y la calidad de vida de los pacientes tras 12 meses de seguimiento.

RESULTADOS

Se ha desarrollado la plataforma mHealth y el estudio retrospectivo está en marcha actualmente. Se espera tener resultados preliminares para finales de 2023.

Agradecimientos: Esta investigación ha sido cofinanciada por el Instituto de Salud Carlos III a través de la AES 2020 (PI20/01755) y por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (PI-0100-2020).

CIRUGERES: ESTUDIO NACIONAL SOBRE LOS RESULTADOS CLÍNICOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO EN ESPAÑA

MIGUEL RUIZ MARÍN [1]; DAVID PARÉS MARTÍNEZ [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA, [2] HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

ID: *7174*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Resultados en salud*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *fragilidad, geriatría, morbimortalidad, cirugía, escalas*

JUSTIFICACIÓN

El nuevo escenario al que se enfrentan las sociedades occidentales implica una sociedad de edad avanzada y en ocasiones afectos de fragilidad, bien por sus múltiples comorbilidades o por vulnerabilidad individual, que son sometidos habitualmente a procedimientos quirúrgicos de complejidad variable.

OBJETIVOS

El proyecto CiruGerEs tiene como objetivo identificar las mejores prácticas y áreas de mejora en este grupo poblacional, valorar la incidencia de complicaciones y su gravedad en la evolución postoperatoria en los pacientes frágiles, comparados con los no frágiles, determinar la prevalencia de pacientes frágiles sometidos a cirugía y la utilidad de las escalas para valorar la morbimortalfiad en el peroperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio tipo “snapshot”, prospectivo observacional de cohortes, multicéntrico, sin intervención, de pacientes mayores de 70 años sometidos a cirugía con ingreso, recopilados de forma consecutiva y simultánea en todos los centros participantes del ámbito nacional durante 2 meses.

Se recogerán variales: sociodemográficas, clínicas y relativas a escalas y complicaciones.

RESULTADOS

Este estudio se encuentra acutalmente en periodo de reclutamiento de centros para su inicio a nivel nacional en octubre de 2022.

CONCLUSIONES

La identificación de los pacientes frágiles en los pacientes quirúrgicos a través de distintas escalas, puede anudarnos a predecir la morbimortalidad en estos pacientes en comparación con los no frágiles, eligiendo por tanto la mejor alternativa terapéutica y conseguir, por tanto, una calidad de vida aceptable y un control sintomático efectivo.

Los resultados de este estudio además podrían ser de gran utilidad para poder compartir y comparar los resultados entre los participantes, promoviendo el benchmarking intra e intercentros, para así poder identificar las mejores prácticas y áreas de mejora en este grupo poblacional de pacientes.

OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO

CLARA SALOM GARRIGUES ; HELENA SUÑER BARRIGA ; MARTA MARTÍN MARQUÉS ; CECILIA CAMPABADAL PRATS ; FERRAN BEJARANO ROMERO ; LAURA CANADELL VILARRASA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

ID: *7178*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *optimización, seguridad, tratamiento, intervenciones farmacéuticas.*

JUSTIFICACIÓN

La base de cualquier tratamiento farmacológico es la seguridad del paciente y por eso la presencia de herramientas que ayuden a la prescripción electrónica(PE) debería evitar la existencia de Problemas Relacionados con la Medicación(PRM). Sin embargo, estos PRMs siguen apareciendo, hecho que demuestra la necesidad de una revisión por parte de equipos multidisciplinares que velen por la calidad de la prescripción.

OBJETIVOS

Mejorar el perfil de seguridad de los pacientes con alertas activadas y desarrollar los indicadores de seguridad farmacoterapéutica marcados.

MATERIAL

Estudio realizado entre marzo 2021-22 en 8 Centros de Atención Primaria(CAPs).

Primero, se analizó la situación de partida de los indicadores de seguridad (duplicidades, alertas de seguridad, contraindicaciones, duraciones de tratamiento e interacciones) y se redactó un Procedimiento Normalizado de Trabajo consensuado con el equipo de Farmacia.

El estudio consistió en realizar una extracción periódica de los pacientes con alertas activadas y revisarlos teniendo en cuenta los parámetros clínicos que condicionan la posibilidad de modificar su plan terapéutico. Posteriormente se propuso un cambio en el plan terapéutico de los pacientes candidatos al Médico de Atención Primaria(MAP). La Intervención farmacéutica(IF) efectuada y aceptada por el MAP se registró en el programa de PE. Se realizó una evaluación de los resultados en términos de intervención, implementación e indicadores de seguridad.

Finalmente, se implementaron propuestas de mejora para mantener y mejorar los indicadores de seguridad.

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes fue de 77(69-85) años, siendo un 59,6% mujeres. Se revisaron 258 pacientes y se registró una media de 1,2 incidencias/paciente. El principal PRM detectado fue duplicidad terapéutica(39%), luego falta de ajuste por IRC 20%) y efectos adversos(16%). Se aceptaron e implementaron 182 IF(58,6%) de las 310 registradas.

Respecto a los indicadores de seguridad, se partió de una situación de no cumplimiento de ningún indicador en 2 CAPs y de los de duplicidad y alerta en el 50%. 10 de 24 indicadores(41.6%) no se cumplían. Post-estudio, solamente un CAP no cumplía con el total de indicadores establecidos.

Se propusieron acciones de mejora orientadas a solventar los principales PRMs detectados. Se creó una tabla de dosificación de estatinas en pacientes con ERC, un esquema de monitorización del potasio en pacientes con IECA y ARA-II y otro con las combinaciones recomendadas de antihipertensivos.

CONCLUSIONES

La presencia de PRMs relacionados con duplicidades, polimedicaciones y otros a pesar de la existencia de un sistema de indicadores demuestra que estos son muy laxos y evidencía la necesidad de intervención por parte farmacia. La revisión del perfil farmacoterapéutico de los pacientes a través de un equipo multidisciplinar optimizaría la herramienta de alertas en la prescripción de la que disponen los MAPs y mejoraría la seguridad.

GESTIÓN DEL RIESGO EN LAS CAÍDAS HOSPITALARIAS

MARIA FIGUERAS MARGALEF ; JESUS ESTEVE FERRAN ; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN ; CARMEN JIMÉNEZ JIMÉNEZ ; JOAN REVERTÉ CALULL ; GENS BARBERÀ MONTSERRAT
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA

ID: *7181*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Prevención de caídas, Seguridad, Paciente, Riesgo, Hospital.*

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Representan uno de los incidentes de seguridad más comunes en pacientes hospitalizados; que sufren daños tanto físicos como psicológicos, sin olvidar la repercusión en los profesionales que los cuidan y el impacto que esto conlleva a nivel social y económico.

Impulsar las prácticas seguras es uno de los objetivos estratégicos de nuestro hospital, una de ellas es la prevención de caídas que se lleva trabajando desde hace años. En este proyecto hay un grupo de trabajo constituido por referentes de todas las unidades y liderado por una enfermera gestora. Este grupo tiene como objetivo gestionar el riesgo en cuanto a la prevención de caídas.

El no aplicar las medidas preventivas en relación a la prevención de caídas supone situaciones de riesgo para el paciente, por lo que es muy importante identificar correctamente este riesgo (proactivo).

La aplicación proactiva en Seguridad del Paciente de Catalunya (PROSP Cat) es una herramienta que permite gestionar correctamente el riesgo, y por consiguiente mejorar la seguridad del paciente, mediante listados de verificación informatizados que nos ayudan a monitorizar estándares de calidad de las instituciones sanitarias.

OBJETIVOS

- Mejorar la gestión del riesgo en cuanto a la prevención de caídas.
- Detectar oportunidades de mejora.
- Impulsar las prácticas seguras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez se estandariza el procedimiento para la prevención de caídas se confecciona el listado de verificación de prevención de caídas que incluye: datos identificativos del paciente, valoración del riesgo y medidas preventivas. A partir de aquí se informatiza dentro del PROSP Cat.

Las auditorías se realizan tres veces al año en todas las unidades del hospital, y en ellas se detectan las oportunidades de mejora que llegan por correo electrónico inmediatamente a los profesionales responsables de gestionar este riesgo, con lo que tienen resultados “on time” que les permite planificar mejoras e instaurarlas de manera inmediata.

RESULTADOS

Durante el año 2020, inmersos en plena pandemia, se inició el registro de los listados de verificación informatizados. En los aproximadamente 200 registros que llevamos se observó que un tercio de los pacientes hospitalizados no utilizaba un calzado apropiado, por lo que se hizo difusión en las unidades para que los profesionales reforzaran el tema del calzado cerrado.

CONCLUSIONES

La aplicación, durante estos dos años, la hemos ido adaptando a las necesidades del centro y de los pacientes, pudiendo tener una monitorización sistemática de los estándares en cuanto a la prevención de caídas. Esto nos permite tener resultados “on time” y controlar el riesgo.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES (SNI): ELEMENTO CLAVE PARA LA MEJORA ASISTENCIAL EN UN SOCIOSANITARIO

EMMA FOLCH FERRÉ [(1)]; MONTSE GENS BARBERÀ [(2)]; CARMEN JIMENEZ JIMENEZ [(3)]; NURIA HERNANDEZ VIDAL [(2)]; LORETO VECIANA BALSEBRE [(4)]; ANA ZORNOZA SOLINIS [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ, [(2)] GERENCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA, [(3)] HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN23, [(4)] HSS FRANCOLÍ DE TARRAGONA

ID: *7194*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *gestión del riesgo, sistema de notificación de incidentes, sociosanitario*

JUSTIFICACIÓN

Los SNI son claves para la creación de cultura en las organizaciones. Las aportaciones de los profesionales permiten a los gestores el análisis de estos incidentes y la definición e implantación de acciones de mejora.

OBJETIVOS

Análisis y comparativa de los incidentes notificados después de la implantación del SNI. MATERIAL Y MÉTODOS

En 2018, a partir del resultado de la encuesta Séneca, se diseñó un plan de acción para definir, implantar y evaluar un SNI. Desde 2019 las notificaciones se incluyen como objetivo a evaluar en las DPO (Dirección por Objetivos) de los profesionales. Características del SNI: tipo de incidente, notificante, riesgo, gravedad y factores contribuyentes. La responsable de calidad gestiona y analiza los incidentes: calidad notificación, evitabilidad y acciones de mejora. Los resultados se presentan en la Comisión de Calidad, Comité Asistencial y Comité de Dirección.

RESULTADOS

Nº de Notificaciones: 2019(179), 2020(24), 2021(154); Tipo de incidente: Medicación (35%-41%); Caídas (23%-26%); Documentación analógica y digital (10%-22%); Nutrición (7%-12%). Notificante: Enfermera (75%-87%); Médico (5%-11%); Auxiliar enfermería (2%-4%); Otros (4%-8%). Riesgo: Bajo (46%-60%); Moderado (20%-29%); Muy Bajo (14%-24%); Alto (9%-5%). Gravedad: Circunstancia notificable (17%-21%); Casi incidente (8%-23%); Incidente sin daño (45%-66%); Evento adverso (4%- 11%). Factores contribuyentes: Profesional (30%-55%); Paciente (14%-25%); Organización-Profesional (6%-16%). Calidad de la notificación: Correcta (87%-97%). Acciones de mejora/prácticas seguras: Alertas (35%-80%); Acción formativa (30%-70%); Revisión documental (12%-37%); Equipos de mejora (6%-37%). Evitabilidad (90%-100%).

CONCLUSIONES

Desde el inicio, ha ido mejorando la calidad de notificación. Las notificaciones disminuyen durante el año principal de la pandemia (2020). Medicación y caídas están en primer y segundo lugar. Durante 2021 aumentan los incidentes sobre documentación analógica relacionados con las auditorias de identificación inequívoca y hay un ligero aumento en los incidentes de caídas vinculada a restricción horaria de visitas. Enfermería es el notificante principal. Se mantienen los incidentes de riesgo moderado, aumentando los de riesgo bajo y disminuyendo los de riesgo muy bajo y alto. Los factores contribuyentes relacionados con el profesional han aumentado el doble disminuyendo los relacionados con el paciente. Los incidentes sin daño que llegan al paciente han aumentado y han disminuido los eventos adversos. Las acciones de mejora principales están relacionadas con la publicación de alertas, actividades formativas, grupos de trabajo, revisión de procedimientos y analisis causa raíz. Disponer de un sistema de gestión del riesgo es imprescindible en las organizaciones ya que hemos objetivado que la mayoría son evitables.

ERRORES DE MEDICACIÓN: UNA REALIDAD QUE SE PUEDE Y DEBE MINIMIZAR

MARTA MARTÍN MARQUÉS ; HELENA SUÑER BARRIGA ; ALEJANDRO SANJUÁN BELDA ; IGNASI SACANELLA ANGLÉS ; CARLOS CORTÉS SÁNCHEZ ; LAURA CANADELL VILARRASA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

ID: *7197*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad, prescripción electrónica, urgencias, pediatría*

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación(EM) en pacientes pediátricos constituyen una rutina diaria en los hospitales, sobretodo en urgencias dada su elevada presión asistencial y necesidad de atención rápida.

La población pediátrica es más vulnerable a sufrir EM, por mayor complejidad en el cálculo de dosis y en preparación, siendo en ocasiones motivo de importante morbimortalidad.

OBJETIVO

Evaluar el uso de la medicación en urgencias pediátricas y comparar, mediante el análisis de los EM, la prescripción manuscrita(PM) con la electrónica(PE) tras la implantación del programa de prescripción electrónica.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo en el servicio de urgencias pediátricas. Para evaluar el impacto de la implantación de la PE, se diseñó el estudio en dos fases, cada una de ellas de 7 días de duración:

1ª Fase Preimplantación: PM 2ª Fase Postimplantación: PE

En cada una se recopilaron los errores de prescripción y de administración, desglosando los primeros en: datos antropométricos, alergias, prescripción de fármacos, sueroterapia, órdenes médicas verbales y otros. Los errores de transcripción solo se recogieron en la primera fase, ya que con la PE se elimina esta etapa.

Antes de poner en marcha la PE en el servicio de urgencias pediátricas, se llevó a cabo un curso de formación a pediatría y enfermería sobre el funcionamiento del programa informático.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 30 pacientes con un total de 85 líneas farmacológicas en PM (2.83±2.08 líneas por paciente) y 39 pacientes equivalente a 89 líneas farmacológicas con PE (2.28±1.98 líneas por paciente). El 43% de las prescripciones se hicieron a pacientes entre 1 y 9 años siendo los antiasmáticos y analgésicos los fármacos más utilizados.

Los EM detectados en el primer periodo fueron 1013: 44.7% de prescripción, 49.6% de transcripción y 5.7% de administración. En cambio, tras la implantación de la PE únicamente se detectaron 51 errores: 72,5% de prescripción y 27.5% de administración.

Con la PE se observó la reducción de errores de prescripción farmacológica 69.31% vs 5.4%. Los errores de administración disminuyeron un 75.4%. Esta diferencia se podría deber al hecho de incluir consejos de administración y recomendaciones de prescripción preestablecidos en el programa informático. Por otro lado, mostró mayor carencia de datos administrativos 25,6% vs 81% y el incremento de las órdenes verbales 0.4% vs 10.8%. La ausencia de un periodo de adaptación pudo

suponer una limitación del estudio y enmascarar el resultado por el sesgo asociado a los errores atribuibles a la falta de experiencia con el nuevo sistema.

CONCLUSIÓN

Los EM suponen un riesgo importante, más si cabe en población vulnerable como la pediátrica. La elevada presión asistencial y la necesidad de atención rápida inherentes a los servicios de urgencias son fuente de error. Implantar la PE en servicios de urgencias pediátricas minimiza muchos EM.

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE CLIENTES INTERNOS CON LOS SERVICIOS CENTRALES A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO ONLINE

CARMELO TAFALLA BORDONADA ; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ ; MARÍA ROSARIO MANCHEÑO CARPINTERO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

ID: *7200*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *TIC, Grupos de mejora*

JUSTIFICACIÓN

El hospital determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia de su sistema de gestión de calidad y para determinar dónde pueden implantarse las acciones de mejora continua. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición de la satisfacción de los clientes internos solicitantes de los diferentes servicios asistenciales.

OBJETIVOS

Estudiar la satisfacción de los clientes internos para garantizar el nivel de calidad que se ofrece en las distintas unidades /servicios del hospital, conocer las oportunidades de mejora e implantar las acciones de mejora correspondientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se les informa a los profesionales de la importancia de conocer su opinión acerca de los servicios que les proporcionan los diferentes servicios/unidades centrales del hospital, se les envía por correo electrónico una hoja informativa en la que se les indica el modo de acceso a la encuesta, a través de un código QR para su cumplimentación a través de un teléfono móvil o través de una URL si la cumplimentación es desde un ordenador.

Se invita a participar a los responsables de los servicios: tanto facultativos, como supervisores y responsables de calidad de los diferentes servicios/unidades asistenciales, centrales y administrativos/gestión; un total de 70 profesionales.

La encuesta es confidencial y su contestación es de carácter voluntario. Las preguntas de la encuesta son aprobadas por los responsables de los servicios a evaluar. El cuestionario es multirespuesta con escala de valoración de Likert 1 a 5.

El formato es multidimensional que incluye información sobre: tiempos de atención, claridad de la información, accesibilidad del personal, trato, atención general, calidad del servicio.

Los cuestionarios una vez cumplimentados por los profesionales son incluidos automáticamente en una base de datos y son tratados informáticamente para realizar los análisis estadísticos.

RESULTADOS

Han sido valorados 18 servicios/unidades centrales. Los servicios/unidades mejor valorados han sido Genética 4,80 y UCI con 4,68 puntos. Los servicios que han obtenido un incremento de la valoración con respecto a 2021 han sido: Quirófano que ha pasado de una valoración de 3,37 a 4,14 (22,8%); Anatomía Patológica de una valoración de 3,80 a 4,56 (20%), Cirugía Mayor Ambulatoria de 3,80 a 4,37 (14,19%) y Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de 4,03 a 4,46 (10.5%).

Se ha incrementado en un 78% el número de respuestas con respecto al año anterior, con un promedio de 34 evaluaciones por servicio, siendo SPRL con 57 evaluaciones el que mayor número ha recibido.

CONCLUSIONES

La implantación de cuestionario on line ha agilizado la gestión de la evaluación de la satisfacción con los servicios centrales, tanto desde el área de calidad del hospital como de los evaluadores que se ha evidenciado con el notable incremento del número de evaluadores.

UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS TIC POR LOS COMITES TECNICOS CONSULTIVOS

CARMELO TAFALLA BORDONADA ; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ ; MARÍA ROSARIO MANCHEÑO CARPINTERO ; RUBÉN DEL OSSA FRUTOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

ID: *7207*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los Comités Técnicos Consultivos (CTC) se encuentran el Grupo de Ordenación Documental (GOD) y Comité Técnico de Coordinación de la Información (CTCI) son grupos de mejora multidisciplinares, que aplican su conocimiento para garantizar respectivamente que la información difundida a los profesionales y a los usuarios cumple con los criterios establecidos en cuanto a su contenido y forma, previa a la aprobación, difusión e implantación , tanto de los documentos internos que deben conocer los profesionales, como para documentos externos que se pueden difundir a los usuarios.

OBJETIVOS

Utilización de herramientas de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) para facilitar y agilizar la comunicación y la gestión documental entre los miembros de los CTC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los grupos multidisciplinares están compuestos por personal facultativo, enfermería, gestión y comunicación.

Una vez elaborado y validado un documento por un servicio/unidad, su promotor lo traslada al CTC, a través de un formulario de solicitud de revisión disponible en intranet. El documento en revisión es subido al espacio de colaboración del CTC en la intranet por el responsable del área del CTC. Los miembros del CTC realizan las valoraciones y aportaciones a través del espacio de colaboración en la intranet del hospital, teniendo en consideración la revisión formal del documento, los criterios de relevancia, pertinencia, calidad y evidencia científica y así mismo se realiza la valoración del mantenimiento de la imagen corporativa del centro y de derechos de imagen de los documentos.

Los documentos aprobados por los CTC en el caso de documentos para los profesionales son posicionados en un repositorio para que el servicio de Informática los suba a la intranet corporativa, al Catálogo Electrónico de Documentación Normalizada (CEDON) para que así estén disponibles para todos los profesionales del hospital. En el caso de documentos para los usuarios se colocan en la intranet en el área de calidad, de acceso a todos los profesionales, para que puedan consultarlos e imprimirlos.

Tras la revisión del documento se le envía al promotor una nota comunicando el resultado de la valoración. 1406

RESULTADOS

Las TIC implantadas en los últimos años han sido fundamentales para la mejora de la gestión de la documentación y la agilización de los procesos.

Los documentos disponibles actualmente en intranet en CTCI son 96 y carpeta de intranet en CEDON 497 247

CONCLUSIONES

Todos los documentos aprobados y normalizados están disponibles en intranet para uso y consulta de los profesionales, garantizando que siempre está disponible la última versión y promoviendo el uso del formato electrónico y mejorando la sostenibilidad medioambiental. Los documentos que se distribuyen externamente a los usuarios contienen información con criterios de calidad y basada en la evidencia científica.

"IMPLANTACIÓN DE LA RECOMENDACIÓND DE NO CANALIZAR ACCESOS VENOSOS CENTRALES SIN ECOGRAFÍA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL"

RAQUEL FERNÁNDEZ GARCÍA ; CARMELO TAFALLA BORDONADA ; LAURA CRIADO GÓMEZ; MARIA SEGURA BEDMAR ; CARMEN GOMEZ HORMIGOS ; Mª ÁNGELES MERCHÁN DÍAZ ; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

ID: *7217*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *RECOMENDACIONES NO HACER CATETER VENOSO CENTRAL*

JUSTIFICACIÓN

La inserción de un catéter venoso central (CVC) es una práctica médica común, siendo utilizada para múltiples aplicaciones diagnósticas y terapéuticas, como la monitorización hemodinámica, la administración de fluidos, fármacos y nutrición, tratamientos de plasmaféresis y de quimioterapia y como acceso vascular para hemodiálisis.

Los niveles más altos de evidencia científica sustentan que la punción con guía ecográfica es el método de elección en el abordaje de los accesos venosos centrales, esta recomendación ya está adoptada por múltiples sociedades científicas nacionales e internacionales.

OBJETIVOS

Establecer la punción con guía ecográfica como método de elección en el abordaje de los accesos venosos centrales, sustituyendo a la punción por referencias anatómicas, permitiendo un procedimiento más efectivo y seguro para el paciente. Implantar la recomendación de "NO HACER" abordajes de accesos venosos centrales sin ecografía.

METODOLOGÍA

Elaboración de un "PROTOCOLO DE "NO HACER" ABORDAJES DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES SIN ECOGRAFÍA" donde se especifican las indicaciones para la realización de la canalización de un acceso venoso central ecoguiado.

- Acciones implantadas:
  - Sesiones formativas a los facultativos de los servicios que realizan la indicación de procedimientos en los que sea necesaria la canalización de un CVC.
  - Difusión del protocolo en la intranet del centro (disponible en formato PDF).
- Definición de Indicadores:
  - Nº de canalización de CVC insertados a partir de la implantación del protocolo
- Criterios de inclusión: Paciente adulto y pediátrico que precisa de la inserción de un CVC, incluida la paciente embarazada.

RESULTADOS

Todo el personal ha adquirido competencia en la realización de la técnica guiada con ecografía mediante programas de formación continuada.

La elaboración de nuestro protocolo data de diciembre del 2019, pero durante 2020 no se implantó por la pandemia COVID. Desde su implantación en 2021 se han canalizado un total de 206 CVC, que suponen el 37.25% de los catéteres centrales; y hasta mayo del 2022 se han canalizado 93 CVC que representan el 20.1%.

Desde 2201 no se ha objetivado ningún tipo de complicación asociada a la técnica, siendo todas ellas exitosas.

CONCLUSIONES

La guía con ecografía ha demostrado una disminución del riesgo de fracaso en la colocación del catéter, un descenso en el número de intentos de inserción y una ausencia de complicaciones, como la punción arterial, hematomas y hemo/neumotórax.

Debemos seguir trabajando en generalizar su uso entre nuestros profesionales, para mejorar la seguridad de los pacientes.

¿OTRO CAMBIO EN LA AGENDA?

VERÓNICA CAROLINA CUSATI VELAZCO ; LOURDES CLOTAS SANCHO ; MERCE GASULL GOMIS ; JORDI FERRE GRAS
CENTRO DE TRABAJO: ; FERNANDO FERNANDEZ GARCIA ; PIEDAD DIAZ MENESES
CENTRO DE TRABAJO: SAN SALVADOR/PALLAREOS

ID: *7221*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Durante la época de la pandemia el mundo entero se vió bajo la necesidad de adaptarse a los nuevos retos y nuevas adversidades a las cuales nos enfrentábamos. La manera de trabajar dentro de los centros de salud, también sufrío importantes cambios. Existió la necesidad de priorizar al paciente agudo respiratorio y a los circuitos relacionadas con la problemática del COVID y su impacto. Las agendas médicas y de enfermería cambiaron con el fin de cumplir con las necesidades de la pandemia.

OBJETIVO

Mejorar la accesibilidad a los centros de salud, continuar la continuidad existencial del paciente crónico, prevenir patologías de alta prevalencia/mortalidad y optimizar el trabajo que se realiza desde la atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de agendas del personal médico y de enfermería: 8 cupos de médicos de adultos, 2 de pediatría, 12 de enfermería.

Revisión de la lista de espera existente en cada uno de los cupos médicos de nuestro centro.

Realización de auditorías de las agendas: motivos de visitas al centros, tipo de visita otorgada al paciente (9T, 9C, 9E, 9R), frecuentación promedio de cada paciente

Comparación de EQA, EQPF y control de paciente crónico previamente a la pandemia, durante la pandemia y en época post pandemia.

RESULTADOS

Al inicio de la pandemia más del 80% de las visitas presenciales realizadas eran gestionadas para pacientes con sintomatología respiratoria o COVID +.

Más del 50% de las visitas de paciente no respiratorio en época de la pandemia fue gestionada vía telefónicamente.

Durante las 3 primeras olas de la pandemia, la mayoría del trabajo se basaba en seguimiento de paciente COVID + , bajas y altas médicas y todo procedimiento relacionado con los procolos COVID.

Posterior a la 6ta ola del COVID, nos hemos visto en la necesidad de recuperar la continuidad del paciente crónico. Se han disminuido las visitas telefónicas y virtuales y nuevamente se han incrementado las visitas presenciales.

CONCLUSIONES

Los centros de salud primaria deben ser accesibles a la comunidad para mejorar la continuidad del paciente y evitar el colpaso de los centros hospitalarios.

Las visitas presenciales deben retomar la normalidad previamente a la pandemia.

Se deben retomar los controles periódicos de los pacientes crónicos.

Es importante la necesidad de establecer protocolos para situaciones de emergencia previamente a que ocurran.

IMPLANTACIÓN NUEVOS CIRCUITOS Y FORMULARIOS DE CRIBADO CÁNCER COLON Y RECTO: PILOTAJE EN HOSPITAL TERCIARIO.

FRANCISCO JOSÉ ROBLES MADRID [(1)]; CARLOS IGNACIO TOURNE GARCIA [(2)]; EMILIO ANDRES TORRELLA CORTES [(3)]; OLGA MONTEAGUDO PIQUERAS [(2)]; VANESA ASENSIO LÓPEZ [(4)]; AKIKO ONO [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CONSEJERIA SALUD, [(2)] CONSEJERÍA SALUD, [(3)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, [(4)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *7224*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2006 se inició el Cribado de Cáncer de Colon y Recto en nuestra Región. Desde el comienzo hasta ahora, se han realizado más de 24.000 colonoscopias y se han introducido de forma manual más de 350.000 datos, en el programa específico de cribado de cáncer de colon y recto regional. Desde entonces, hemos ampliado áreas de salud y rangos de edad para abarcar toda la población, dando cobertura a una población aproximada de 325.000 personas en nuestra Región.

OBJETIVOS

El objetivo principal, es estandarizar los circuitos y formularios del cribado de cáncer de colon a nivel regional. El objetivo secundario, es realizar la migración de datos automática al programa específico del cribado de cáncer de colon y recto desde el programa informático hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un pilotaje para posterior instauración regional, sobre la implantación de los circuitos y formularios. En 2017 se inicia con numerosas reuniones entre el responsable clínico y la jefatura de Servicio de Promoción y Educación para la Salud Dirección General de Salud Pública y Adicciones, junto con la Unidad de Coordinación del Cribado de Cáncer de Colon y Recto, de la Consejería de Salud, en la que se plantean formularios que cubran las necesidades asistenciales y útiles para la futura migración automática de datos, al programa específico del cribado de cáncer de colon y recto regional. Se diseñan los circuitos apropiados de todo el programa, desde la entrada del paciente a la consulta de enfermería de del cribado de cáncer de colon y recto, admisión, sala de endoscopias, consulta de digestivo, hasta la futura revisión o el alta del paciente en el programa.

RESULTADOS

Se inicia el pilotaje en un hospital terciario de la región en diciembre 2020 con un periodo de pruebas y modificaciones de 6 meses antes de su implantación a nivel regional. Consulta enfermería: se estandariza documentación entregada, información al paciente, formularios e informes emitidos. Sala de endoscopia: se crea y unifican formularios de recogida de información para la posterior generación del informe de la colonoscopia. Consulta de digestivo: se crea un informe definitivo estandarizado con la información recogida en la consulta de enfermería y el informe de la colonoscopia y anatomía patológica si precisa. Toda la información recogida anteriormente, realiza una migración de datos de manera automática al programa específico del cribado de cáncer de colon y recto regional.

CONCLUSIONES

Con la implantación de los nuevos circuitos, formularios y protocolos a nivel regional, se consigue una estandarización de los procedimientos a seguir por todos los profesiones que participan en el programa, aumentando la calidad asistencial, mejorando así la asistencia clínica del paciente, reduciendo los posibles errores y acelerando el flujo de información. Además se consigue la migración de forma automática de información y datos específicos, al programa del cribado de cáncer de colon y recto regional.

PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE SEGUNDAS VICTIMAS EN ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CHILENOS

MARIA SOLEDAD KAPPES RAMIREZ
CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

ID: *7225*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *segundas victimas, prevalencia, evento adverso.*

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de segundas victimas fue descrito hace 20 años, (1) definiéndolo con signos y síntomas (físicos y psicológicos) (2) en profesionales de la salud (médicos, enfermeras, matronas, anestesistas, radiólogos entre otros) (3,4) luego un evento adverso con daño al paciente. Este fenómeno puede ser intenso, puede perdurar años, (5,6,7) llevar al abandono de la profesión (8,9) o incluso, en algunos casos, conducir al suicidio. (10,11)

Una revisión sistemática analizó 32 artículos de investigación estimó la prevalencia de segunda víctima luego evento adversos con 10.4% a un 43.3% (12) otros estudios han estimado el fenómeno en USA de un 10-60%, Dinamarca 35-49%, Francia 64% y España 66-75%.(13)

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del fenómeno de segunda víctima entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos chilenas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptico, transversal. Se aplicó el instrumento SVEST en español(13) que mide el fenómeno de segundas víctimas con una escala de Likert EN 9 dimensiones (estrés psicológico, estrés físico, soporte de colegas, superiores, institucional, apoyo familiar, autoeficacia profesional intención de cambio o abandono y ausentismo), encuesta sociodemográfica y lista de chequeo con recomendaciones institucionales para soporte a segundas víctimas.

El estudio se realizó a enfermeras de Unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos chilenos que llevaran más de 6 meses trabajando en la Unidad a enero del 2022.

RESULTADOS

Se reclutaron 4 hospitales chilenos con más de 500 camas. Participaron del estudio 122 enfermeras. De la muestra el 86,8% son mujeres. El promedio de ocupación de camas es de 97,5%. La antigüedad como enfermeras de UCI en promedio es de 4,88 años. El 90,2% de las enfermeras no conoce el termino de segunda victima y el 64% ha sufrido un evento adverso en algún momento de su carrera, siendo el más frecuente el error de medicación. Sólo el 48% informó a jefatura del evento adverso o lo notificó en el sistema que posee el Hospital.

La prevalencia del fenómeno de segundas victimas en la muestra es 42,6%. Entre las enfermeras con fenómeno de segunda víctima los síntomas psicológicos más comunes son vergüenza (88,4%) y miedo (75%). Entre los síntomas físicos más prevalentes destacan las alteraciones del sueño (92,3%) y del apetito (44,2%) Dentro de las variables de resultado que mide el instrumento, destaca la prevalencia de la intensión de abandono con un 36,5%

De los 4 hospitales, todos cuentan con plan de acción para eventos adversos (centrado en paciente y su familia). Ninguno tiene un plan de soporte para los profesionales como segundas víctimas.

CONCLUSIONES

la prevalencia del fenómeno de segundas victimas concuerda con lo reportado en otros países, al igual que los síntomas físicos y psicológicos. Destaca la intención de abandono lo que puede estar influido por la ausencia de planes de soporte a segundas víctimas.

MEJORA DE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA POR EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL

PURI MAGÁN TAPIA [1]; ANA ISABEL PABLOS MATEOS [2]; MARINA PELÁEZ AGUDO [2]; ANGELA USARRALDE PÉREZ [2]; ANA BALLARÍN GONZÁLEZ [2]; BEATRIZ MEDINA BUSTILLO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA, [2] GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

ID: *7235*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

En la Gerencia de Atención Primaria (AP) de una comunidad autónoma se ha puesto en marcha un programa en el que los farmacéuticos de AP atienden las dudas de los pacientes relacionadas con los medicamentos. El programa de ATENción Telefónica por el farmacéuticO de AP (ATENTO) se enmarca en el "Proyecto para la reorganización asistencial de los centros de salud" de la Gerencia de AP, cuyo objeto es agilizar la resolución de problemas sanitarios por el profesional más adecuado. Dada la novedad del programa y que la experiencia del paciente (EP) es una línea estratégica de la Gerencia, se consideró relevante conocer la percepción del paciente para posteriormente trabajar en la mejora del proceso

OBJETIVOS

Describir los resultados del programa ATENTO, y conocer la experiencia y satisfacción del paciente atendido en un área sanitaria (AS). Diseñar acciones de mejora del programa en función de los resultados obtenidos

METODOLOGÍA

Se describen los resultados de atención prestada por los farmacéuticos de AP (FAP) de enero-abril/2022 en un AS. La satisfacción y EP se describe en base a una encuesta telefónica de 7 preguntas (clasificación, satisfacción (1-10), empatía (Sí/No), claridad de las explicaciones (Sí/No), Net Promoter Score-NPS-(0-10), pregunta abierta del motivo de la puntuación del NPS). Se hizo estudio piloto para valorar comprensión y tasa de respuesta. Con una población atendida de 60 pacientes/día, nivel de confianza=95%, error muestral=±7% y tasa de respuesta=88,2%, se precisan 186 encuestas cumplimentadas, realizadas aleatoriamente por un administrativo.

Con los resultados obtenidos se creó un grupo multidisciplinar (FAP, médicos, administrativos, gestores) para trabajar en la mejora del programa ATENTO (propuestas de ideas, agrupación, priorización, diseño e implantación de mejoras)

RESULTADOS

Programa ATENTO: 4091 pacientes atendidos, 41,3% de las consultas fueron resueltas por el FAP. Principales motivos de consulta: 40,2% fármaco no dispensable y 20,5% dudas sobre la toma de medicamentos

Resultados encuesta: se solicitó participación a 196 con una tasa de respuesta=94,4%. 65,6% mujeres, edad media 42,5 (SD: 10,1) años. Satisfacción: mediana=10 (4-10). El 99,5% pudo expresar sus dudas, y obtuvo respuestas claras y fáciles. NPS=59 [122(66%) promotores; 13(7%) detractores], análisis cualitativo respuestas de los detractores: falta de resolución de la consulta; los promotores destacan el trato, la amabilidad y la capacidad de resolución

Las ideas propuestas por el grupo de trabajo que se han agrupado en 10 áreas de mejora con 56 propuestas de mejora. Pendiente de priorización. Se presentarán los resultados actualizados en el congreso

CONCLUSIÓN

Incluso con buenos resultados en el proceso, satisfacción y EP es conveniente trabajar en la mejora continua. Poner en el centro al paciente, permite adecuar los procesos asistenciales además de a la mejor evidencia científico-técnica, también a las expectativas y necesidades de los pacientes

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL POR MEDIO DEL REGISTRO DE INCIDENCIAS

HELENA SUÑER BARRIGA ; MARTA MARTÍN MARQUÉS ; IGNASI SACANELLA ANGLÉS ; ALEJANDRO SANJUÁN BELDA ; ANTONIO GARCIA MOLINA ; LAURA CANADELL VILARRASA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII

ID: *7236*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Incidencias, calidad, acción de mejora*

JUSTIFICACIÓN

El objetivo principal de cualquier proceso implicado en un Servicio de Farmacia (SF) es garantizar la seguridad y calidad del mismo. Con este fin, la implantación de un programa de incidencias en el SF garantiza una continua calidad asistencial ya que nos permite no solo el registro sino también el análisis de los errores cometidos.

OBJETIVO

Detectar y registrar las incidencias producidas en los procedimientos habituales del SF hospitalaria con el fin de establecer acciones de mejora que permitan reducir los errores asociados.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional llevado a cabo durante 2 años en los que se registró las incidencias encontradas teniendo en cuenta los diferentes procesos y subprocesos implicados en el SF.

El registro se llevó a cabo por cualquier persona implicada en el proceso, sin importar la categoría profesional, por medio del aplicativo electrónico implantado en el SF para el registro de incidencias. Para cada incidencia se recogió el tipo de proceso (distribución y dispensación, elaboración de medicamentos, gestión de adquisición y almacenaje, gestión de recursos estructurales e infraestructuras y monitorización farmacocinética) y de subproceso, el servicio y medicamento implicado, en caso necesario, y una breve descripción del acontecimiento.

Estas incidencias fueron enviadas automáticamente por correo electrónico tanto al responsable del proceso como a jefe de Servicio y al coordinador de calidad del SF.

RESULTADOS

Se detectaron 270 incidencias, 56% (152) del proceso de elaboración, 29% (77) de distribución y dispensación, 13% (36) de gestión de adquisición y almacenamiento, 1,5%(4) de gestión de recursos estructurales e infraestructura y 0.5% (1) de monitorización.

Del análisis de las incidencias más recurrentes (38 incidencias en el subproceso de nutrición parenteral) o con mayor gravedad (4 atención farmacéutica, 3 dispensación de medicación especial) se decidió la implantación de tres acciones de mejora.

Se modificó el circuito de dispensación de nutrición parenteral, se actualizó el circuito de petición de fármacos considerados medicación especial y se redactó e implantó una instrucción de trabajo para la realización de atención farmacéutica al paciente onco-hematológico.

CONCLUSIÓN

El programa de registro de incidencias implantado en el SF ha permitido no solo detectar los errores más frecuentes en los distintos procesos sino también la revisión y mejora de los mismos. La revisión periódica de estas por parte de un equipo multidisciplinar permitiría garantizar la optimización de los procesos con el fin de mejorar la calidad asistencial.

ANALISIS DE LA RELACION CON LOS CLIENTES DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD

LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ [1]; MONICA COSTACHE [2]; MARIA DE LA CRUZ PASCUAL GARCIA [3]; M CARMEN GONZALEZ VAQUERO [4]; M CARMEN ANTON PERIBAÑEZ [5]; M PILAR HOSPITAL ARA [6]; JUAN C GARCIA AISA (7)
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD CALIDAD SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, [2] HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [3] CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS, [4] HOSPITAL DE ALCAÑIZ, [5] HOSPITAL DE JACA, [6] HOSPITAL DE HUESCA, (7) SSCC

ID: *7242*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *centrales, satisfaccion, clientes*

JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2000 las centrales de esterilización de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen certificado su sistema de gestión de calidad según la Norma UNE EN ISO 9001. Las relaciones con los clientes se manifiestan tanto en la realización de contactos en forma de reuniones con los mismos como a través del análisis de las encuestas de satisfacción. En ambos casos indican la percepción del cliente sobre el grado de cumplimiento por parte de las centrales.

OBJETIVO

Valorar las relaciones con los clientes de las centrales de esterilización del SALUD

METODOLOGÍA

A traves de la encuesta de valoración de la esterilización del material no fungible y seguridad del paciente, que consta de un indice de satisfacción global y los items: plazo de entre de material, horario de entrega, devolución completa, condiciones adecuadas, capacidad de respuesta, comunicación y la rapidez en la resolución de incidencias.

Se realiza anualmente con distribución y análisis según el tipo de cliente: unidades de hospitalización (incluye urgencias, consultas externas) y Bloque Quirúrgico (BQ)

Cálculo de la muestra: nivel de confianza de 95%, precisión 5% y % ajustado a pérdidas del 15%. Se reportaron las reuniones con clientes documentadas en el ultimo año.

RESULTADOS

El número de encuestas fue de 1179 encuestas (827 Hospitalización y 352 BQ). El Promedio tasa de respuesta: 89,7% siendo ligeramente superior año previo (88.7% en Hospitalización y 90.2 % BQ). En dos centrales continúan con tasas de respuesta menores al 60% en Hospitalizacion siendo superior en todos los casos del BQ.

La satisfacción de las unidades asistenciales es adecuada (cercano al 90%). Pero hay un resultado menor al 60% en una central.

En el BQ el grado de satisfacción se encuentra en un 84.2 %, estando dos centrales por debajo del 60% persistiendo los bajos resultados del año anterior. Este resultado es debido sobre todo a los ítems “devolución completa sin pérdidas, deterioros”, a la capacidad y rapidez de respuesta y a la comunicación de la central.

En todas las Centrales han mantenido reuniones documentadas con los clientes y con el responsable de Calidad. Estando su promedio en 4,17 reuniones central/ año. La diferencia entre centrales que podría explicar parte del resultado de satisfacción antes mencionado.

CONCLUSIÓN/LECCIONES APRENDIDAS

Se valora la realización de cuestionario a través de medios informáticos para mejorar la tasa de respuesta.

Los resultados se consideran óptimos pero en aquellas centrales de esterilización con un nivel más bajo se deben emprender acciones como trabajar conjuntamente con los clientes, establecer grupos de mejora conjuntos…etc

No se debe olvidar que hay clientes que pueden quejarse directamente de la central de esterilización, incluso estando generalmente satisfechos, pero quieren obtener algo más, como características adicionales (mayor horario de la central, cubrir las necesidades inmediatas de material…).

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES MEDIANTE PREM

PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ [1]; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ [2]; ASIER PÉREZ [3]; ANA BELÉN SALAMANCA CASTRO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE - I+12, [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, [3] PANEL HEALTH (WHYKERS)

ID: *7244*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Experiencia del paciente, implementación, barreras y facilitadores*

JUSTIFICACIÓN

El auge de la medición de la experiencia de los pacientes de los últimos años, asociado al cambio de paradigma asistencial que se está produciendo con la Asistencia Sanitaria Basada en Valor (ASVB), ha incrementado significativa la necesidad de acuerdos metodológicos que permitan la implementación sistemática de la medición de la perspectiva del paciente.

OBJETIVOS

Definir los principales elementos de éxito para el desarrollo e implementación de cuestionarios PREM en hospitales RESULTADOS

Se desarrollo una guía recogiendo esos puntos y se definieron los principales facilitadores (liderazgo clínico y liderazgo directivo), comunicación interna adecuada, plan secuencial de implementación... Se Identificaron además las barreras durante los periodos de preimplementación, implementación y postimplementación.

- Aspectos normativos: Dar respuesta a la Ley Orgánica de Protección de Datos y la Ley de Autonomía del Paciente entre otras.
- Aspecto organizacionales: identificar responsables y competencias
- Aspectos metodológicos: Desarrollar cuestionarios cuantitativos, escalables, sistemáticos y reproducibles.

CONCLUSIONES

Los aprendizajes de implementación en un hospital terciario pueden ser un ejemplo de buenas prácticas exportables a otras instituciones.

ANALISIS DE LA GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO EN LAS CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN DE UN SERVICIO AUTONOMICO DE SALUD

LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ [(1)]; ANTONIO CASADO HERNANDEZ [(2)]; M PILAR BERDEJO GARCIA [(3)]; EVA M CAMPILLO DOBON [(4)]; ANA I BALLANO DE MIGUEL [(5)]; MARIA ESCOBAR BELLO [(6)]; JUAN C GARCIA AISA (7); NATALIA ENRIQUEZ MARTIN (7)
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] UNIDAD CALIDAD SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, [(2)] HOSPITAL MIGUEL SERVET, [(3)] HOSPITAL ROYO VILANOVA, [(4)] HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL, [(5)] HOSPITAL DE CALATAYUD, [(6)] HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA, (7) SSCC

ID: *7245*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *MATERIAL QUIRUGICO, ESTERILIZACION, TRANSITO, PRESTAMO*

JUSTIFICACIÓN

Las empresas de material protésico, generalmente de Cirugía Ortopédica y Traumatología , suelen proporcionar a los hospitales contenedores con el material e instrumental quirúrgico necesario para implantar sus prótesis o material de osteosíntesis. Dentro del Sistema de Gestión establecido en las Centrales de Esterilización de Calidad Servicio Aragonés de Salud (SALUD) se establece un control para garantizar la seguridad en el uso de material quirúrgico, por lo que verifican que el transporte, condiciones de entrega y recogida del material e implantes en tránsito por los proveedores y Hospitales.

METODOLOGÍA

Periodo anual: año 2021 Informe de incidencias sobre material en transito Ámbito: Las centrales de esterilización del SALUD

Variables informe incidencia; Central de esterilización, Fecha, Proveedor, Tipo de material/prótesis, Incidencia, Descripción, Solución inmediata

RESULTADOS

El número total de incidencias fue de 208 que fueron notificadas por 7 centrales de esterilización del SALUD, supone una anticipación del 58.33% del total de centrales. La mayor parte de las notificaciones proceden de tres centrales de esterilizacion (78,08 % entre ambas). Con respecto al año previo las notificaciones han aumentado más de un 100% . El aumento de incidencias se debe a la ausencia de certificado de limpieza (que suponen un 36.53% del total). El resto de causas (material sucio, tiempo insuficiente…) también ha aumentado a lo largo de este año. Con respecto al proveedor indicar que más de la mitad de las incidencias se deben a 4 proveedores (61.54 %).

En el análisis cualitativo queda patente el alcance e impacto de esta área de mejora: “Material terriblemente sucio”, “salpicaduras de sangre con restos orgánico”…

CONCLUSIÓN/LECCIONES APRENDIDAS

El sistema de notificación debe seguir implementándose a todas las centrales de esterilización del SALUD. La notificación de incidencias ha subido con respecto años previos, especialmente las relativas a la falta de documento de garantía de limpieza.

Se hace necesario establecer un protocolo de recepción, uso y devolución de este material en tránsito común en todas las centrales de esterilización del SALUD.

La mejora en las actividades que se emprenden por las centrales de esterilización requieren de la coordinación entre diferentes profesionales en este caso el personal de gestión, lo que hace necesario que se debe dar conocimiento del informe realizado sobre las incidencias del material en préstamo a la central de compras y las direcciones de gestión para tomar medidas si consideran necesario.

VALORACION DESPUES DE TRES MESES DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

ANNA CORTIELLA MASDEU [1]; M.PILAR GOMEZ LURI [2]; OLGA AUBIA VILANOVA [2]; MONICA MAGRET IGLESIAS [2]; IONE MONTALVO AGUIRREZABALA [2]; JESUS ESTEVE FERRAN [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UFISS DE GERIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN XXIII. TARRAGONA., [2] H. UNIVERSITARIO JUAN XXIII. TARRAGONA

ID: *7254*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *paciente fragil urgencias cirugia traumatologia valoracion geriatrica*

JUSTIFICACIÓN

En marzo de 2022 se inició el proyecto de atención a la cronicidad en el Hospital de agudos a cargo del equipo de la UFISS de geriatría.

Se trata de reforzar el modelo de atención geriátrica integral en los pacientes mayores con perfil geriátrico, frágiles, con complejidad compleja (PCC) y avanzada (MACA) ingresados en un hospital de agudos, es nuestra población diana.

Con el nuevo proyecto se cambió la forma de trabajar, se pasó de trabajar a demanda a trabajar proactivamente. Se ha empezado en los servicios de urgencias, de cirugía general i de traumatología.

OBJETIVOS

- General: Mejorar la atención de la población diana: pacientes de edad avanzada, frágiles, PCC y MACA
- Específicos:
  - Detectar esta población diana, a poder ser desde su ingreso hospitalario en el Servicio de urgencias
  - Realizar una valoración geriátrica integral a la población diana
  - Actuar de equipo de soporte a estos pacientes durante su ingreso hospitalario
  - Garantizar a su alta el recurso más adecuado y mejorar las transiciones

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de la atención a la cronicidad en un Hospital de agudos, a los tres meses de su puesta en marcha .

RESULTADOS

Número de valoraciones Totales: 717 Según procedencia:

- A través de Interconsulta: 333 (47 %)
- En el servicio de urgencias: 267 (37%)
- En los servicios quirúrgicos: 51 (7%)
- De Atención primaria: 27 (4%)
- De otros sociosanitarios: 10 (1%)
- Cardiogeriatria: 29 (4%)

En el servició de Urgencias, según destino:

- 21 ingresos a Hospital de agudos. (7,9%)
- 199 ingresos a HSS Francolí (74,5%)
- 38 vuelven a Domicilio o Residencia, 6 con Hospitalización a domicilio i 2 con soporte PADES (14,3%)
- 9 ingresan a otros CSS (3,4%)

En las plantas quirúrgicas: Número de valoraciones geriátricas integrales (VGI) realitzades proactivas 51 (7,1%)

- Al Servicio de cirugía: 29 (56,9%)
- Al Servicio de COT: 18 (35,3%)
- A otros servicios: 4(7,8%)

Número de valoraciones de AP: 27(3,8%): 18 Psicogeriatria, 9 subagudos Consulta de Cardiogeriatria: Número de VGI: 29 (4%)

CONCLUSIONES

1. Se han aumentado el número de valoraciones realizadas por la UFISS de geriatría .
2. Se ha actuado de forma proactiva en la mitad de los casos.
3. Se han valorado pacientes de domicilio evitando el ingreso en hospital de agudos.
4. Solo un 7% de los pacientes valorados en el servicio de urgencias ingresan en el hospital de agudos.

CHERRIES, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INCLUSIVAS

GORKA SÁNCHEZ NANCLARES [1]; JOSÉ ANTONIO PÉREZ VICENTE [2]; MYRIAM CONESA CÁNOVAS [3]; JOAQUÍN ROCA GONZÁLEZ [4]; LAURE RASO [5]; MARÍA JOSÉ CARAVACA BERENGUER [6]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROYECTOS E INNOVACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, [2] COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA, [3] EMACC, [4] UPCT, [5] CEEIM, [6] ÁREA 5 - ALTIPLANO

ID: *7261*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *co-creación, RRI, innovación, participación ciudadana, gobernanza, empoderamiento*

JUSTIFICACIÓN

La investigación y la innovación parten habitualmente de iniciativas de profesionales o de financiadores, lejanas a la población a la que deben finalmente servir. La inclusión de pacientes en los proyectos es, mayoritariamente, como sujetos pasivos probadores y casi nunca como protagonistas. La Comisión Europea (CE) pretende acortar esta distancia entre la sociedad y la I+D+i a través de la estrategia RRI, siglas en inglés de Investigación e innovación responsables, financiando a través de Horinzonte 2020 proyectos que experimenten nuevos modelos inclusivos de la I+D+i. CHERRIES -acrónimo inglés de ecosistemas responsables de salud- es un proyecto europeo de 3 años que se inició en enero de 2020, formado por un consorcio de 12 socios de entidades públicas y privadas de Austria, Chipre, Holanda, Italia, Suecia y España.

OBJETIVOS

CHERRIES persigue una ciencia más abierta, colaborativa e inclusiva, reduciendo la brecha existente entre el ámbito científico y la sociedad. Esta metodología se ha desarrollado mediante tres proyectos pilotos de implantación de políticas de RRI en tres territorios europeos: la Región de Murcia, Örebro (Suecia) y la República de Chipre. Más allá del consorcio, se ha ampliado la experiencia a otras 4 regiones espejo.

El objetivo de estos procesos es contribuir a la mejora de políticas, estrategias e instrumentos. Las lecciones aprendidas serán trasladadas a la CE como recomendaciones para las nuevas políticas de innovación e investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

El punto de partida es la identificación de necesidad no cubiertas (retos) por parte de los 3 agentes: asociaciones de pacientes, investigadores de universidades y profesionales sanitarios. En Murcia se recibieron 10 retos de los que el comité de evaluación seleccionó PROGRESS, que planteaba una detección temprana de progresiones y brotes de esclerosis múltiple (EM) mediante la sensorización IoT.

Se transformó el reto en una convocatoria dirigida a empresas para proporcionar las mejores soluciones y con la empresa ganadora se financió la co-creación y validación de la solución final.

Los socios realizaron acciones de preparación como un mapeo de los sectores de la Innovación y Sanitario en los territorios participantes, un estudio de la implementación de RRI en el sector sanitario y su potencial, el desarrollo de herramientas para su puesta en marcha o la formación de los actores para participar en el proceso de identificación de necesidades.

RESULTADOS

A pesar de que las dificultades técnicas obligaron a cancelar el piloto, durante la reunión con los grupos focales, a la que acudieron 20 de los 30 pacientes, recibimos con sorpresa su completa implicación para un próximo intento. Lejos de frustarse todos ellos renovaron su intención de volver a participar eligiendo de nuevo el mismo reto de detección precoz de EM, aportando mejoras en su planteamiento.

CONCLUSIONES

La RRI implica a la sociedad como protagonista. En innovación el único fracaso es no intentarlo.

MAPAS VISUALES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA GESTIÓN DE BROTES EN UN SOCIOSANITARIO

EMMA FOLCH FERRÉ [1]; DAVID GUERRA GONZÁLEZ [2]; NÚRIA HERNÁNDEZ VIDAL [2]; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN [3]; NÚRIA NAVARRO CASALS [4]; ANA ZORNOZA SOLINÍS [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL SOCIOSANITARI FRANCOLÍ, [2] GERENCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA, [3] HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN23, [4] HSS FRANCOLI

ID: *7266*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *mapas visuales, cuadro de mando*

JUSTIFICACIÓN

Después del impacto inicial de la pandemia, y con la intención de volver a la normalidad lo antes posible en el hospital sociosanitario (HSS), desde principios de 2021 incorporamos los mapas visuales para la gestión de los brotes, ya que estos han ido apareciendo de manera intermitente en las diferentes olas. Los mapas recopilan una serie de información, que se va adaptando según las pautas definidas por los protocolos de la organización y el servicio de Medicina Preventiva.

OBJETIVO

Disponer de mapas visuales actualizados que facilite la toma de decisiones en caso de brote por COVID19.

MATERIAL Y MÉTODOS

Des de la Unidad de Calidad se diseñan los mapas visuales de camas de las cuatro unidades del HSS. Los mapas generan alertas visuales con colores según situación del paciente.

Desde el inicio de 2021, la responsable de Calidad del HSS actualiza de manera diaria los mapas de la situación de brote de las cuatro unidades de hospitalización y se envían por correo corporativo a médicos, enfermeras referentes, servicio de admisiones y control de enfermería de cada unidad.

El mapa contiene:

1. Cabecera del mapa: unidad de hospitalización, fecha actual y fecha del próximo cribado.
2. Mapa de habitaciones: Señalización de sectorización de zona COVID; camas vacías o bloqueadas; habitación de hombre o mujer; habitación según aislamiento; pacientes COVID positivos, negativos o infección resuelta; Pacientes COVID+: fecha de prueba diagnóstica, fecha fin aislamiento; Pacientes con resultado de PCR pendiente después de un cribado; Pacientes contacto estrecho.
3. Pie de página: leyenda resumen del protocolo vigente de la duración del aislamiento según complejidad.

Se realiza un briefing con los profesionales implicados para recoger su experiencia en la utilización de los mapas visuales y poder realizar acciones de mejora.

RESULTADOS

Resultados obtenidos del briefing realizado en noviembre de 2021: hay un amplio consenso (>98%) en relación a que disponer de los mapas visuales ha favorecido en la identificación de pacientes, reorganización de recursos, reubicación de pacientes, mejor control de los brotes, número de pacientes COVID+, programación de cribados, e información efectiva.

CONCLUSIONES

Los mapas visuales ayudan en la toma de decisiones en la reunión diaria de altas e ingresos para cumplir con la actividad del HSS, en la gestión de brotes y aparición de casos nuevos, en cumplir los protocolos vigentes de aislamiento y la prevención de nuevas infecciones. Es necesario incluir las nuevas tecnologías para obtener resultados cuantitativos automatizados en un cuadro de mando.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA: EL CONSUMO DE PREPARADOS DE BASE ALCOHÓLICA COMO INDICADOR

ESTEBAN ESTUPIÑÁN VALIDO ; ALBA GALLEGO ROYO; CLARA BERROZPE VILLABONA; GIMENEZ JULVEZ TERESA; ANA MARIA CORTES RAMA; HERNÁNDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITA UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *7286*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Hand Hygiene, Hand Disinfection, hydroalcoholic gel, COVID-19.*

INTRODUCCIÓN

La pandemia vivida por SARS-CoV-2 ha supuesto un gran desafío en la atención hospitalaria. A pesar de las medidas preventivas tomadas, la eliminación total del riesgo de transmisión nosocomial es un objetivo dificil de alcanzar. Esta transmisión puede tener una grave implicación en el pronóstico de los pacientes ingresados y personal sanitario. La práctica de la higiene de manos por el personal sanitario toma un relevancia esencial como herramienta en la seguridad del paciente para prevenir la transmisión hospitalaria.

OBJETIVOS

Determinar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el consumo de PBA por los profesionales sanitarios en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

MÉTODO

Estudio observacional analítico que analiza el consumo de PBA desde 2019 a 2021 (2020 atribuido al periodo pandémico) en el HUMS, mediante el indicador litros(L) por 1000 días de estancia. Se estratificó el hospital en 4 bloques de hospitalización: materno-infantil, quirúrgico, general y cuidados intensivos (incluyendo estas dos últimas el área de hospitalización COVID-19). El análisis estadístico se realizó mediante test ANOVA de muestras relacionadas, comparando las diferencias de consumo dentro de cada unidad.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 33 unidades. El indicador global hospitalario fue de 27,50L en 2019, 52,62L en 2020 y 37,23L en 2021, existiendo diferencias estadísticamente significativas al comparar 2019 con 2020($p<0,001$) y 2020 con 2021($p=0,045$), no se encontraron diferencias significativas entre 2019 y 2021. Al analizar el incremento de 2019 a 2020 en UCIs (de 98,40L a 159,90L) no se encontraron diferencias significativas, pero sí en la hospitalización general (de 18,33L a 37,33L, $p=0,007$).

CONCLUSIONES

La situación de pandemia COVID-19 promovió un incremento de consumo de PBA respecto a 2019 en las plantas de hospitalización, no obstante, el consumo en 2021 volvió a ser similar al periodo prepandemia. Esto pone de manifiesto la dificultad para mantener las medidas de higiene tan exhaustivas, pero evidencia el compromiso y conciencia de los profesionales durante el periodo crítico de pandemia en las plantas de hospitalización. En las unidades de cuidados intensivos, este incremento no significativo parece asociarse a la extendida cultura de seguridad al tratarse habitualmente de pacientes en estado crítico.

VACUNACIÓN OPORTUNISTA CONTRA LA COVID-19 EN UN SOCIOSANITARIO

ANA ZORNOZA SOLINÍS [(1)]; EMMA FOLCH FERRÉ [(1)]; NURIA NAVARRO CASALS [(1)]; LORETO VECIANA BALSEBRE [(1)]; ANTONIA GARCIA PINO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HSS FRANCOLI, [(2)] HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN23

ID: *7292*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *vacunacion, COVID*

JUSTIFICACIÓN

uno de los principales objetivos de la estrategia de vacunación contra la COVID-19 es proteger a las personas más vulnerables de las enfermedades graves que comporta el SARS-CoV-2 y este es el perfil de las personas institucionalizadas en centros sociosanitarios como el nuestro. Durante el 2021, coincidiendo con el programa de vacunación masiva, se decide llevar a cabo la vacunación oportunista de los pacientes que ingresan sin vacuna o pauta incompleta.

OBJETIVO

Conseguir el mayor número de pacientes vacunados con el fin de protegerlos y a su vez minimizar la propagación de los brotes.

MATERIAL Y MÉTODOS

des de febrero de 2021 se coordina el proceso desde la dirección de enfermería del centro y la dirección de atención primaria. Se crea una agenda específica de vacunación del sociosanitario en la estación clínica de atención primaria a la que se nos da acceso para el registro de estas.

Se crea un listado de pacientes candidatos a la vacunación que se actualiza diariamente. Una vez a la semana, con el consenso del equipo médico responsable del paciente y el consentimiento del paciente, se realiza el listado definitivo.

Se solicitan las dosis necesarias a atención primaria, y una vez a la semana o cada quince un equipo de enfermería procede a la vacunación.

RESULTADOS PRELIMINARES: se consigue una tasa de vacunación por encima del 95% del total de pacientes ingresados. Episodios: 1685; 1ª dosis: 197 pacientes (11,7%); 2ª dosis: 198 pacientes (11,8%); 3ª dosis (7,24%); rechazan vacunación:

26 pacientes (1,54%)

CONCLUSIONES

gracias a la vacunación oportunista en nuestro centro se ha conseguido obtener unas tasas elevadas de pacientes con la vacunación completa, hecho que influye directamente en la prevención o mitigación del impacto de los brotes disminuyendo la gravedad y la mortalidad por COVID-19

EVALUACIÓN DEL AMBIENTE EDUCATIVO EN EL GRADO EN ENFERMERÍA

ANA CARMEN LUCHA LÓPEZ [1]; ENRIQUE OREA CASTELLANO [2]; MARÍA CONCEPCIÓN RUBIO SORIANO [3]; LAURA CONEJOS JERICÓ [2]; MARÍA LUISA DE LA RICA ESCUIN [4]; MARÍA LUISA PUEYO TIL [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, [2] ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE TERUEL, [3] ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA, [4] FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ZARAGOZA, [5] ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE HUESCA

ID: *7293*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Aprendizaje, ambiente educativo, clima educativo, enfermería*

https://docs.google.com/document/d/1qGe4iAjoJYzl8vChU39cZp7pec6O3i0p/edit?usp=sharing&ouid=100679704866908389469&rtpof=true&sd=true

LA IMPORTANCIA DE LOS PORTALES DE INFORMACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

PEDRO BANDERA VICARIO ; FRANCISCO JAVIER AGUILAR ROLDAN; BENITO FERNANDEZ OLIVEROS; ANTONIO LUIS PEREZ CROVETTO ; JOSE LOPEZ MARTIN ; FERNANDO BERMUDEZ BRAOJOS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MÁLAGA

ID: *7321*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *PORTAL DE INFORMACION, analitica de datos, DEMOGRAFIA, INFORMACION, CUADROS DE MANDO, VALOR AÑADIDO*

- Los portales de Información son una herramienta cada vez más importante en el ámbito sanitario, ya que cada vez hay más informacion disponible, de más fuentes y más dispersa
- A los diferentes actores que necesitan de informacion sanitaria cad vez les es más costoso en tiempo y 'nervios' el encontrar la informacion que necesitan en la forma que precisan, por lo que un portal de las caracteristicas que se exponen genera un gran valor añadido a la organizacion
- Por ello la existencia de un lugar de facil acceso en el que con pocos clicks se pueda, bien encontrar la informacion buscada o encontrar la persona (o departamento) donde encontrarla, se ha de considerar como un bien crítico en cualquier organización
- Los portales de informacion han de estar ubicados en las paginas web de las organizaciones, en lugar visible y facil de encontrar, y en su concepcion han de ser claros, concisos, seguros y directos al ofrecer la informacion buscada
- Entre otras muchas cosas deben contener:
- informacion demografia de la organizacion y de su enrtorno poblacional (ciudad, provincia, etc..) ,
- acceso a cuadros de mando y otra informacion desagregada que sea de utilidad a los diferentes actores interesados en al informacion,
- acceso a herramientas de uso comun, como calculadoras de tamaños muestrales, listines de telefono,
- acceso a portales estadisticos y paginas web concretas que puedan ser de utilidad
- glosarios de terminos, buzones de sugerencias y de peticion de informacion, encuestas,
- cuadros de analítica de datos, etc, etc, etc.

En la presentacion, veremos el caso real del portal que se esta implantando en nuestro Hospital

DIFUSIÓN DE PRACTICAS CLÍNICAS SEGURAS EN ENFERMERÍA: DOCE SEMANAS, DOCE RECOMENDACIONES

YOANA MARTINEZ LOPEZ ; GABRIELA SAIZ GARCIA ; MARIA PILAR GONZALEZ FERNANDEZ ; MARIA JESUS PORTELA GUIJO ; ADELINA HEVIA RODRIGUEZ ; MARIA JOSE FERNANDEZ GARCIA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SAN AGUSTIN

ID: *7353*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Seguridad del paciente*

JUSTIFICACION

Las Lesiones por Presión (LPP), constituyen un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente. La alta prevalencia hace de la prevención una de las líneas estratégicas del Ministerio de Sanidad, incluida dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Una de las medidas para evitar su aparición es que se conozcan y se apliquen las recomendaciones basadas en la evidencia de las Guía de Buenas Prácticas. Siguiendo esta línea de trabajo, en nuestro área sanitaria nos adherimos al proyecto “Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados” con la implantación de la Guía “Valoración del riesgo y prevención de las Lesiones por Presión”

OBJETIVOS

Principal: Difundir las recomendaciones basadas en evidencia en el cuidado de las personas con riesgo de desarrollar LPP. Secundarios: Desarrollar un plan de formación para profesionales en prevención de LPP con el uso de herramientas y recursos asociados. Implicar a Lideres formales e informales en los cuidados de calidad.

MATERIAL Y METODOS

Para la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia de la Guía de Buenas Practicas “Valoración del Riesgo y Prevención de LPP” , se creó un grupo de trabajo de profesionales sanitarios que son los que elaboran el plan de implantación introduciendo una serie de estrategias y actividades. Con cada una de las

recomendaciones seleccionadas se elabora un cartel en DIN A·3 que resume de forma gráfica y visual cada recomendación y que sirve de apoyo en la difusión que semanalmente se realiza a cada una de las unidades de hospitalización. Durante una semana se colgara en la unidad el cartel y los referentes de las unidades justificaran la evidencia a sus compañeros, mediante un modelo de transmisión directa.

RESULTADOS

Se cubren cinco unidades de hospitalización, en las que se implantan las recomendaciones basadas en la evidencia. Se realizaron al menos 5 sesiones semanales de 10 minutos durante doce semanas. Mas del 95% de los profesionales de plantilla de las unidades a implantar recibieron la información-formación. Referentes en todas las unidades de implantación que los profesionales identifican para solucionar dudas.

CONCLUSIONES

La formación estructurada se ve reforzada por las mini-sesiones sistemáticas y la cartelería que contribuye a minimizar la variabilidad de cuidados en la institución. La utilización de los recursos informales sirve de ayuda para la difusión de prácticas clínicas seguras. La implantación de guías de buenas prácticas en enfermería debe de ser una línea estratégica de todas los sistemas de salud.

EL PAPEL DEL FORO DE PACIENTES EN LOS ORGANOS DE GOBERNANZA

PATRICIA FERNÁN PEREZ ; ALBA RAPELA FREIRE ; ALICIA DÍAZ REDONDO ; SARA LÓPEZ ARANGO ; RUBÉN FRANCISCO FLORES GARCÍA ; SONIA GARCÍA SAN JOSÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *7444*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Participación ciudadana, órgano de gobierno, EFQM*

JUSTIFICACIÓN

Nuestra institución sanitaria en su afán de mejora continua, se encuentra en un proceso reflexivo, ante la finalización del período del actual Posicionamiento Estratégico y dentro del proceso de preparación de la evaluación del Modelo de European Foundation for Quality Management (EFQM) en su versión del 2020. Por ello, para lograr alcanzar el calificativo de "organización sobresaliente" ha contado con la participación de la ciudadanía, por medio del órgano de participación del Foro de Pacientes para el diseño y elaboración del propósito y la propuesta de valor de la organización, ejerciendo un papel activo en órganos de gobierno.

OBJETIVO

Hacer partícipes a la ciudadanía por medio de la implicación del Foro de Pacientes en nuestra institución sanitaria para la elaboración del propósito y propuesta de valor de la misma.

METODOLOGÍA

Incorporar la iniciativa de participación en la programación de las reuniones periódicas del Foro de Pacientes de la Institución.

Sesión formativa al pleno del Foro de Pacientes sobre el modelo de EFQM en su versión 2020, y más específicamente sobre los conceptos de "propósito" y "propuesta de valor"

Diseño de metodología para lograr la participación dinámica de los participantes, para ello se empleó soportes en QR para facilitar el acceso a la herramienta para la participación basado en Microsoft Office 365.

RESULTADOS

Se ha obtenido más del 50% de la asistencia de las asociaciones que lo constituyen, obteniéndose un total de 24 palabras esenciales al criterio de los participantes, y 8 sugerencias para la construcción final del propósito y propuesta de valor de la Institución Sanitaria.

La propuesta de participación del foro en dichas reflexiones estratégicas ha tenido muy buena acogida, expresado in situ por los participantes, pendiente de la obtención de los resultados de la encuesta de satisfacción y evaluación de la acción.

CONCLUSIONES

La transformación de los sistemas de salud, y por ende las instituciones sanitarias implica la búsqueda de nuevas soluciones que demandan cambios organizativos, por ello desde nuestra organización se busca la participación ciudadana o de los pacientes por medio del órgano de participación del Foro de Pacientes. De tal manera que nuestros principales partners sean parte activa en la reflexión estratégica.

El propósito y la propuesta de valor de una institución sanitaria es de vital importancia, para logar sobresalir y mejorar los niveles de satisfacción de todos los interlocutores claves en sus procesos.

PERFIL DE COMPETENCIAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EFICAZ DE UNA UNIDAD DE CALIDAD

PATRICIA FERNÁN PEREZ ; CARMEN FUNES MOLINA ; M DOLORES PUENTE GONZÁLEZ ; Mª NIEVES MORO TEJEDOR ; NOELIA SÁNCHEZ LAGUNA ; M PILAR ALVARO RUIZ ; NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *7446*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Gestión por competencias, unidad de calidad, enfermera*

JUSTIFICACIÓN

El modelo de gestión por competencias cada vez más en auge dentro de las instituciones sanitarias, logra llevar a cabo una gestión integral de los recursos humanos. Dentro del proceso de acreditación del modelo Joint Commission Internacional se detecta en uno de sus estándares la necesidad del diseño del perfil competencial de las profesionales enfermeras de la Unidad de Calidad de nuestra institución, con el objetivo de mejorar el desempeño de las mismas, debido a que no se dispone de ninguna especialidad dentro de la disciplina a diferencia de la categoría de médico.

OBJETIVO

Elaborar los perfiles de los puestos de trabajo del área enfermera de la Unidad de Calidad

METODOLOGÍA

Para ello se realizó una revisión bibliográfica y del marco legal en materia de competencias.

Revisión de la documentación previa proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos de la Comunidad Autónoma.

Creación de grupo de trabajo, con formación previa sobre la metodología orientada al diseño y elaboración de los perfiles profesionales.

Se ha llevado a cabo una modalidad mixta de trabajo: presencial (3 reuniones) y virtual (empleando diferentes espacios virtuales colaborativos).

RESULTADOS

Se ha elaborado el perfil competencial de las profesionales enfermeras de la Unidad de Calidad de la Institución, en el que se han detectado 6 áreas de competencias específicas entre las que cabe destacar: competencias con los sistemas de certificación y acreditación de la calidad, relacionadas con la seguridad del paciente, con la responsabilidad social corporativa, gestión de la calidad, con capacidad docente e investigadora y con la ética en los cuidados. Además de adoptar las 12 competencias transversales elaboradas por el Departamento de Recursos Humanos de la Comunidad Autonómica. De tal manera, que el perfil resultante es un total de 15 ítems a evaluar, con sus consiguientes requisitos, y criterios de evaluación.

CONCLUSIONES

La gestión por competencias dentro de las unidades y/o servicios clínicos contribuye a que las instituciones sanitarias sean cada vez más innovadoras y eficientes, ya que esta herramienta permite que los puestos de trabajo sean ocupados por los profesionales sanitarios que dispongan de las mejores aptitudes y conocimientos para desempeñar las funciones dentro de puestos de trabajo tan específicos, sin disponer de especialidad reglada, como lo es una Unidad de Calidad dentro del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad de una Institución Sanitaria. Consiguiendo un mayor nivel de satisfacción de los profesionales y por ende, un aumento del compromiso con la organización.

PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN EN UN DISTRITO SANITARIO

ISMAEL MUÑOZ MARTINEZ [1]; LAURA COSERRIA SANCHEZ [2]; LIDIA VELA SANCHEZ [3]; ANA ALONSO BUENO [1]; MARÍA EXPECTACIÓN RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ [4]; JOSÉ AUGUSTO DONAIRE GRANADO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] DISTRITO SANITARIO ALJARAFE-SEVILLA NORTE, [2] CENTRO DE SALUD VISO DEL ALCOR, [3] CENTRO DE SALUD TORREBLANCA, [4] CENTRO DE SALUD LA ALGABA

ID: *7782*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *comunicación Plan Mejora*

OBJETIVOS

En una sociedad cada vez mas global en la que las redes sociales se han convertido en las fuentes de información y en los canales de comunicación mas usados por las empresas y l ciudadanía; resulta llamativo que el desarrollo de estas herramientas en los servicios sanitarios, especialmente en los de gestión pública, sea tan deficitario

OBJETIVO ESTRATEGICO

- Desarrollar un plan de comunicación efectivo en un distrito sanitario de atención primaria (DASP)

OBJETIVOS DE INVESTIGACION

- Analizar la situación de la comunicación interna y externa del DSAP.
- Ordenar por criterios de factibilidad/pertinencia las líneas de actuación estratégicas

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante análisis DAFO y matriz de factibilidad por pertinencia de los datos obtenidos de encuestas anónimas a cargos intermedios

RESULTADOS

Los canales de comunicación del DSAP tanto con clientes internos (profesionales) como clientes externos (otros centros sanitarios y ciudadanía) son deficitarios y obsoletos (teléfono, correo electrónico y WhatsApp)

El uso de almacenamiento compartido de información (NAS) es heterogéneo.

No se ha desarrollado pagina web institucional aunque algunos centros han hecho intentos. No existe ningún profesional responsable del desarrollo y mantenimiento de redes sociales.

CONCLUSIONES

No existe un plan de comunicación especifico ni persona encargada del desarrollo del mismo Los canales de comunicación internos y externos tienen un uso heterogéneo y están obsoletos

IMPACTO DEL NUEVO CIRCUITO DE DISPENSACIÓN AMBULATORIA MEDIANTE CITA PREVIA: MEJORA DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.

PILAR PACHECO LÓPEZ; JAVIER IBÁÑEZ CATURLA; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; JOSEFA LEÓN VILLAR; PAULA TORRANO BELMONTE; ANA ISABEL ASENSIO VILLALBA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER DE MURCIA

ID: *8522*
Tipo de comunicación: *Oral Breve*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *cita, asistencial, dispensación, calidad, espera*

JUSTIFICACIÓN

El sistema de cita previa permite preparar la medicación de los pacientes con antelación a la dispensación acortando, de este modo, el tiempo de espera en la sala y optimizando los procedimientos de gestión de los medicamentos necesarios.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad del sistema de cita previa implantado en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un hospital de tercer nivel para la dispensación de medicamentos a los pacientes externos atendidos en un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre la actividad de preparación, dispensación y devolución de medicación de pacientes externos realizado de octubre a enero de 2021, ambos incluidos.

Los datos fueron obtenidos de los registros de actividad diarios del área y fueron explotados mediante una hoja de cálculo de Excel. Los resultados preliminares del nuevo circuito se evaluaron mediante el análisis de 3 tipos de indicados: de actividad, de calidad y de cumplimiento. Los resultados se expresan en forma de promedio/día.

RESULTADOS

- Indicadores de actividad: Número de pacientes asistidos mediante sistema de cita previa.

Una media de 73,1 pacientes/día acude al SFH a retirar medicación de continuación sin cambios (dispensada por enfermería) durante el tiempo analizado. De ellos, el 39% (28,5/73,1) lo hacen mediante cita previa.

- Indicadores de eficiencia: Tiempo empleado en preparación de la medicación.

Se estima un tiempo medio de 15 minutos/paciente para la preparación del tratamiento en protocolo de cita previa. Por tanto, en una jornada de trabajo de 7 horas se prepara, como máximo, la medicación de 28 pacientes.

- Indicadores de cumplimiento: Porcentaje de pacientes citados que asisten a la cita.

El 75% de los pacientes incluidos en el sistema de cita previa es cumplidor, es decir, acude al SFH el día de la cita y el 25% lo incumple, bien por adelanto o por retraso.

Entre los problemas derivados de este incumplimiento se encuentran el trabajo extra generado por la devolución de la medicación remanente que no llega a ser retirada por el paciente y entre las oportunidades de mejora, la detección de falta de adherencia terapéutica o los errores en la fecha de la cita y/o las unidades de los medicamentos.

CONCLUSIONES

La disminución de los tiempos de espera de los pacientes minimiza el riesgo de contagio por Covid19 asociado al entorno hospitalario y adicionalmente, es valorado positivamente por los pacientes, dado que el tiempo es un recurso valioso.

Aunque la mayoría de los pacientes citado se benefician correctamente de este circuito, es necesario analizar la oportunidad de mejora en relación a los pacientes que no acuden a la cita.

ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON HIPERKALEMIA EN ESPAÑA

SILVIA RODRIGO DURÁN ; AIDA VILLARROEL ; AITZIBER IZARRA; EDUARDO JOSE MATUTE ; JULIA MARTINEZ
CENTRO DE TRABAJO: ASTRAZENECA

ID: *4790*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *HIPERKALEMIA, MORTALIDAD, GESTION CLINICA*

INTRODUCCIÓN

La hiperkalemia (HK) es una condición que afecta alrededor del 3% de la población y hasta un 25% a pacientes con enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca o diabetes. Se relaciona con un aumento de la morbimortalidad y del riesgo de hospitalizaciones. Sin embargo, existen muchas dificultades en el diagnóstico, manejo y seguimiento de los pacientes con HK. El objetivo del presente estudio es el de analizar cómo mejorar estos procesos asistenciales en España.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio está basado en un análisis DAFO (Identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con HK en España. Las 13 variables analizadas fueron escogidas a partir de una revisión de la literatura y categorizadas como facilitadores (6) o bloqueadores (7) en un cuestionario distribuido a 141 nefrólogos de 13 comunidades autónomas. Los nefrólogos evaluaron cada variable con una puntuación del 0 (nada bloqueador o facilitador) al 3 (muy bloqueador o facilitador). Por cuestiones de formato, en el presente abstract solo se mostrarán las tres variables más votadas.[A2]

RESULTADOS Y CONCLUSIONES[A3]

Los resultados obtenidos muestran el peso de los distintos facilitadores y bloqueadores a nivel nacional y su dispersión entre comunidades autónomas. El facilitador más valorado es la generación de evidencia. El bloqueador más destacado es el hecho de que la HK se presente en pacientes con numerosas comorbilidades y polimedicados.

Algunas de estas variables, como la generación de evidencia, presentan un alto grado de consenso intercomunitario, mientras que otras no, como la disponibilidad de tratamiento para pacientes dializados.

Los resultados de este estudio ayudan a focalizar qué aspectos son clave para poder mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con HK. Esta información puede guiar futuras intervenciones clínicas y hospitalarias que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

[A1]Título inicial [A2]Añadida aclaración

[A3]Resultados y conslusioens juntos para abreviar

MORTALIDAD, SINTOMATOLOGÍA Y DECLIVE FUNCIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

CARLOTA HERRERIAS VELILLA
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

ID: *5327*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Functional decline, paliative care, advanced dementia, terminally ill.*

JUSTIFICACIÓN

Conocer las características clínicas de los pacientes candidatos a cuidados paliativos, así como la evaluación de la funcionalidad mediante herramientas que nos permitan predecir aquellos que precisarán cuidados paliativos, ayudándonos a la planificación asistencial futura.

OBJETIVO

Conocer y analizar las características de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos ingresado en un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), analizando su mortalidad en relación con declive funcional, así como diferencias entre paciente oncológico y crónico dependiente.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en el ESAD de Huesca en un periodo de 2 meses (Junio y Julio 2021) analizando datos clínicos (edad, sexo, diagnóstico de ingreso, antecedentes personales, sintomatología predominante y procedencia/derivación), mortalidad, esfera social (lugar de residencia, apoyo familiar y vulnerabilidad social) y declive funcional. Este último parámetro se analizó dividiendo en cuartiles a la muestra en función de la diferencia de puntuación entre el índice de Barthel previo y en la primera visita, obteniendo así 4 grupos; diferencia de Barthel de 0-25 puntos, de 26-50 puntos, de 51-75 puntos y de 76-100. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 51 pacientes, con una edad media de 79±10 años, siendo el 44% mujeres. Respecto a la esfera social, el cuidador principal estaba encabezado por los hijos seguido del cónyuge. Por otro lado, la gran mayoría ingresaban tras derivación hospitalaria y en menor medida desde atención primaria. A nivel clínico los antecedentes médicos más frecuentes fueron la hipertensión arterial (60%), seguida de diabetes (40%) y dislipemia(46%). El síntoma más habitual fue, con marcada diferencia, el dolor (en el 83%), seguido de astenia, anorexia y disnea respectivamente.

Respecto a la mortalidad, del 62% de fallecidos, más de la mitad (71%) fueron pacientes oncológicos frente al 21% de los pacientes crónico-dependientes. Se analizó el declive funcional con la mortalidad, obteniendo una relación estadísticamente significativa entre un declive funcional 0-25 puntos en el índice de barthel y el síntoma de dolor ($p<0.05$) para el grupo de pacientes oncológicos fallecidos.

CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos son esenciales para mejorar la calidad asistencial de los pacientes candidatos, pero existe una tendencia a la derivación de pacientes oncológicos respecto a los crónico-dependientes.

El estudio del declive funcional y de la clínica del paciente, nos ayudan a planificar la asistencia hasta la situación de últimos días.

SATISFACCIÓN POR VALORES, UNA NUEVA FORMA DE GESTIONAR

GEMA OLEA GOIRI [1]; JAVIER RODRÍGUEZ SANTURDE [2]; CRISTINA MARINO ISIDRO [2]; MIGUEL ÁNGEL ULIBARRENA SAINZ [2]; CARMEN CABRERA EZPELETA [2]; VÍCTOR ECHENAGUSIA CAPELASTEGUI [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] MUTUALIA-CLÍNICA ERCILLA, [2] MUTUALIA

ID: *5351*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Palabras clave: *Valores, gestión, encuestas de satisfacción*

JUSTIFICACIÓN

Medimos el grado de satisfacción de las personas usuarias de asistencia sanitaria en los distintos servicios de nuestras 3 clínicas y de nuestros 13 centros ambulatorios, desde una perspectiva evolutiva de la satisfacción de los usuarios, según su alineación con los valores que la entidad ha definido como propios: Cercanía, Eficiencia, Profesionalidad, Transparencia, Vanguardismo y Equipo.

OBJETIVOS

Conocer cuál ha sido este grado de satisfacción global y el asociado a cada uno de nuestros valores desde 2016 hasta el año 2021 y si la situación pandémica ha influido en los resultados,

MATERIAL Y MÉTODOS

Hasta el año 2020 las encuestas se habían realizado mediante tablets, medio que cambiamos por motivos higiénico- sanitarios a SMS telefónicos, a través de los que, una vez finalizado el servicio, se enviaba una encuesta con diferentes preguntas y una escala de puntuación del 1 al 10.

Los servicios muestreados son: Consultas, Urgencias, Rehabilitación y Hospitalización.

Reflejamos los resultados en nota media de satisfacción de cada valor, obtenido de la media de puntuaciones de las preguntas que se asocian a cada valor. La encuesta tiene 12 bloques de preguntas (3 asignados a cercanía, 2 a eficiencia, 1 a transparencia, 4 a profesionalidad y 2 a vanguardismo). El valor Equipo no tiene preguntas específicas porque consideramos que no se percibe directamente por el paciente, sino como vehículo de los otros valores. A él le asignamos la nota media de todas las preguntas, por lo que constituye una valoración global.

RESULTADOS

En 2021 el resultado del valor Equipo alcanza un 8,66. La Cercanía es el que obtiene mayor puntuación, 8,82; seguido Eficiencia, 8.76; Vanguardismo, 8.67; Profesionalidad 8.57 y Transparencia, 8.53. Todos muestran una evolución muy positiva a lo largo de los años medidos, si bien, en 2020 se aprecia un estancamiento de esa progresión, con incluso un ligero descenso de la nota en Transparencia y Profesionalidad, que también se refleja en la nota media (Equipo).

CONCLUSIONES

El análisis de las encuestas, desglosada por valores, permite un análisis pormenorizado de aquellos aspectos en los que nuestra organización entiende que debemos ser excelentes, en el servicio a nuestros clientes y consecuentemente este tipo de análisis nos ayuda definir un plan de acciones concretas de mejora alineadas a nuestros VALORES.

Es la Cercanía (acogida en el centro, trato recibido, etc.) lo mejor valorado, le sigue la Eficiencia (tiempo de espera, confort, orden y limpieza, control del dolor, etc.). A continuación: Vanguardismo, Profesionalidad y Transparencia.

Además, podemos concluir que, a pesar de la situación crítica en 2020, nuestros pacientes nos siguen valorando de manera satisfactoria, con una caída de puntuación casi inapreciable y que se recupera e incluso aumenta en 2021.

Es el Equipo de Mutualia, como Valor y como suma del resto de Valores, el que con su esfuerzo coordinado ha contribuido a la obtención de estos resultados.

PROXIMITY: DIGITALIZACIÓN EN LA ESCUCHA ACTIVA DEL PACIENTE VIH. LA SALUD MENTAL COMO PRIORIDAD ASISTENCIAL

ALBERTO DÍAZ DE SANTIAGO ; SARA DE LA FUENTE MORAL ; MARIA PILAR CORRALES RODRÍGUEZ ; JUAN MANUEL MARTIN GINER ; CARLOS FOLGUERA OLIAS ; BELÉN MENCHÉN VISO
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

ID: *5445*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Resultados en salud*
Palabras clave: *VIH, PROs, Medicina Basada en Valor, Interoperabilidad, Salud mental, Digitalización*

OBJETIVOS

Como consecuencia de la eficacia de los antirretrovirales, la esperanza de vida de los pacientes con VIH ha aumentado mucho. La mayor prevalencia de comorbilidades en salud mental, trastornos del sueño y problemas relacionados con el riesgo cardiovascular con impacto en la calidad de vida son retos de este envejecimiento.

PROximity está alineado a la política sanitaria europea y sus programas que promuevan calidad de vida y equidad en el acceso a los cuidados en VIH desde la digitalización.

Hace falta un modelo de gestión clínica específico, basado en resultados en salud, estado clínico y funcional, monitorización del tratamiento y una valoración de la repercusión de la patología y sus condicionantes desde la perspectiva del paciente.

Las historias clínicas electrónicas (HCE) basadas en texto libre y datos no estandarizados dificultan la generación de evidencia y debates entre profesionales para importar mejores prácticas.

Será necesario:

- La contribución del paciente en su propio proceso asistencial es fundamental con sistemas que permitan a los pacientes aportar su perspectiva con métodos validados.
- La Integración de Patient Reported Outcomes (PROs), con la HCE, Dispensación Farmacéutica y Laboratorio clínico para una visión holística de las personas que viven con VIH
- El Soporte a la toma de decisiones con alertas validadas OBJETIVOS
- PROximity incorpora la voz del paciente en el proceso asistencial para mejorar los resultados en su salud (Medicina Basada en Valor) a través de los PROs desde una perspectiva multidisciplinar (médico, farmacéuticos, enfermería, sistemas de información, unidades de calidad,…)

Como objetivo secundario realizaran benchmark para:

- Reducir la variabilidad entre hospitales
- Optimizar las rutas asistenciales
- Mejorar la calidad asistencial percibida MATERIAL Y MÉTODO
- Integración de la Plataforma HOPES en hospitales seleccionados por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en coordinación con la DGSies, Madrid Digital
- Uso pionero del Clinical Screening Tool desarrollado y avalado por SEISIDA para detectar los retos y comorbidades más prevalentes con un único cuestionario Interoperabilidad entre sistemas hospitalarios, pionera en la participación de los pacientes a través de los PROs y la integración de datos clínicos y vitales clave

RESULTADOS

- Trabajo multidisciplinar basado en digitalización asistencial, en beneficio del paciente VIH y del Sistema Sanitario v Interoperabilidad completa entre la plataforma y los diferentes proveedores hospitalarios
- Permite una caracterización completa de la cohorte

CONCLUSIONES

- PROximity permitirá aumentar el conocimiento de la práctica clínica real en pacientes con VIH con foco inicial en salud mental y trastornos del sueño de gran frecuencia en este colectivo
- La digitalización posiciona al paciente en el centro del proceso asistencial para un abordaje holístico

OPTIMIZACION DE LA SEDOANALGESIA Y CONTROL DEL DELIRUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ESTELA VAL JORDAN ; MARIA DOLORES VICENTE GORDO; LAURA ALLUÉ TAMARGO ; NATALIA MIRANDA ROY ; PILAR FLETA BURGUETE ; DAVID FUENTES ESTEBAN
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

ID: *5563*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *DOLOR, AGITACION, DELIRIUM, SOBRESEDACION, HUMANIZACION*

JUSTIFICACION

El dolor es una de las experiencias más traumáticas que sufren los pacientes críticos. Además de su condición clínica aguda, la mayoría de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en la Unidad de Cuidados Intensivos se asocian a dolor, que inadecuadamente tratado contribuye al desarrollo de ansiedad, agitación y delirium e influye negativamente en su evolución clínica. Una estrategia de formación para aprender a controlar adecuadamente la sedoanalgesia permitirá prevenir precozmente el temido delirium contribuyendo a disminuir la estancia en UCI, la infección nosocomial, los costes y, en definitiva, la morbimortalidad.

OBJETIVO

Establecer una estrategia de formación del personal para reconocer el dolor y el delirium de forma precoz, integrar las escalas validadas, seleccionar los fármacos de mayor evidencia y crear un plan de humanización como parte del proceso

MATERIAL Y METODOS: El estudio, vigente actualmente, se inició en mayo de 2022 y se prolongará hasta Diciembre de este mismo año. Incluye a todos los pacientes ingresados, programados y urgentes, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de la Defensa. La formación del personal que incluye exploración física, farmacología y manejo de escalas validadas, es impartida por los seis facultativos diariamente, siguiendo el protocolo de la Unidad. El plan de Humanización persigue conceder progresivamente mayor importancia a las medidas no farmacológicas desde el momento del ingreso, incluyendo a la familia. Una encuesta de satisfacción al paciente y sus familia al alta permite evaluar los objetivos y aspectos de mejora.

RESULTADOS

Hasta el momento la estrategia se esta llevando a cabo tal y como estaba previsto. Sin embargo, se trata de un estudio de inicio reciente, precisamos de mayor casuística para presentar RESULTADOS.

CONCLUSIONES

Hasta el momento, la estrategia se esta llevando a cabo según lo previsto y el delirium no ha prolongado la estancia en UCI de nuestros enfermos. La satisfacción tanto del personal, por la formación recibida, como de las familias es muy positiva

LEAN E INFORMATIZACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON AUTISMO EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

RITA PONS CAULES ; LAURA CARDETE MORALES ; CINDY E. FRÍAS ; ANNA BASTIDAS SALVADÓ ; ANA GARCÍA PAVESIO ; MARTA CALVET RAVENTÓS
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

ID: *5675*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Trastorno del espectro autista, autismo, lean, organización, psiquiatría infantil, hospitalización, cuidados, actividades, enfermería.*

JUSTIFICACIÓN

En entornos hospitalarios el LEAN aumenta la eficiencia del ingreso en organización de procesos, estancias, espacios y planes de cuidados, según necesidades del paciente, manteniendo aquello que aporta valor.

Los pacientes con TEA (Trastorno del espectro autista) presentan dificultades socioemocionales y relacionales; baja integración de la comunicación, falta de expresión facial, alteraciones comportamentales, estereotipias, rituales, resistencia al cambio, intereses restringidos e intereses sensoriales inusuales, interfiriendo en la dinámica de una unidad de hospitalización y en el resto de usuarios. Con esta metodología organizamos y priorizamos las necesidades de estos pacientes, anticipando las intervenciones y previniendo crisis.

OBJETIVOS

Estandarizar, informatizar e individualizar intervenciones y un plan de cuidados, en pacientes con TEA. Mantener las características del espacio adaptadas al paciente con ayuda de una check-list.

MATERIAL Y MÉTODOS

Implantar de la metodología LEAN en una Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil incluye 5 etapas:

- Formar en Metodología LEAN: Dos expertas organizaron sesiones formativas en LEAN aplicado a pacientes con TEA al personal.
- Cuantificar y clasificar las actividades de enfermería según el valor que aportaban. Redirigimos las que no eran propias, dirigiéndolas a otros profesionales.
- Adaptar del espacio aplicando las 5S del japonés; “Seiri/Seiton/Seiso/Seiketsu/Shitsuke” (clasificación/orden/limpieza/estandarización/disciplina) dejando en los espacios solo aquello de valor. Identificamos las ubicaciones para cada elemento necesario y definimos la check-list para mantener la organización temporal.
- Desarrollar la Valoración de enfermería específica para el paciente con TEA para detectar las necesidades del paciente e individualizar cada ingreso. Los ingresos de estos pacientes deben ser programados y con una valoración previa. Los usuarios deben conocer el espacio previamente. Con la información recogida en la valoración:
    - *Definir un plan de cuidados específico incluyendo desencadenantes o reductores del riesgo de agitación.
    - *Organizar la unidad con el material necesario.
    - *Establecer actividades terapéuticas y horarios de visita según rutinas del paciente.
- De manera periódica, y a todo personal de nueva incorporación, realizar sesiones formativas para seguir correctamente la metodología LEAN en los ingresos de pacientes con TEA.

RESULTADOS

Con LEAN en una Unidad de Psiquiatría Infantil mejoramos la atención y el plan de cuidados, facilitando al personal conocimiento específico del paciente, obteniendo herramientas y respuestas ante situaciones complejas, minimizando complicaciones.

CONCLUSIONES

Mantener los espacios organizados permite que todo el personal conozca dónde y qué cosas dispone cada paciente, facilitando la búsqueda de lo necesario y ahorrando el tiempo dedicado al proceso, empleándolo en la atención de los cuidados. La “check-list” es de ayuda en este proceso.

MONITORIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA A PACIENTES EN UNA MUTUA LABORAL

JUDIT TORREGROSA GUILLAMÓN ; CARLOS MIGUEL LINARES SALAS
CENTRO DE TRABAJO: ASEPEYO

ID: *5881*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Profilaxis heparina embolia trombosis monitorización auditoria seguridad paciente*

JUSTIFICACIÓN

Las patologías de extremidades inferiores requieren en la mayoría de las ocasiones como tratamiento la inmovilización y/o descarga del miembro. Ello comporta un riesgo de una trombosis venosa profunda que puede llegar a ocasionar en un porcentaje elevado un tromboembolismo pulmonar que incluso podría provocar la muerte del paciente. Esto puede evitarse mediante la administración de heparinas de bajo peso molecular, que han destacado por su eficacia y por tener muy pocos efectos secundarios. La profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular se incluye en la inmensa mayoría de protocolos de instituciones sanitarias y sociedades científicas, y en la Mutua Asepeyo forma parte de sus protocolos.

OBJETIVOS

Detectar si en la Mutua Asepeyo se está realizando el tratamiento profiláctico en aquellos casos que está indicado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen en una primera fase aquellas patologías traumatológicas de extremidades inferiores (fracturas y luxaciones), y en una segunda fase se incluyen también los esguinces de tobillo, y se revisa si estaba indicada la profilaxis y si se registró su administración en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

En la primera auditoría sobre fracturas y luxaciones de MMII se detectaron 539 procesos en los que no se había realizado la profilaxis tromboembólica por diferentes motivos: 280 no habían prescrito descarga de MI, en 24 la primera visita se produjo varias semanas posteriores al accidente,en 32 no eran fracturas, 16 eran pluriempleados y eran visitados en otras mutuas y 187 habían realizado la prescripción de heparina en texto libre, por lo que quedaron 39 procesos que sin causa justificada no habían realizado la profilaxis (2%). En la segunda auditoría sobre esguince de tobillo se detectaron 284 procesos sin profilaxis de los cuales 42 habían realizado la pauta en el apartado anamnesis o a nivel de documentos anexados, 96 no habían indicado la profilaxis porque habían pautado una descarga parcial y en los 146 restantes no había registro de la profilaxis (85%).

CONCLUSIONES

1. Se deben actualizar los protocolos existentes en las Guías sanitarias de gestión asistencial", especialmente en relación a la necesidad de profilaxis en los casos de descarga parcial del miembro.
2. Se debe dar la máxima difusión a los protocolos de profilaxis tromboembólica en la Mutua, dado que hay un elevado porcentaje de médicos que indican una descarga parcial de miembro inferior pero no pautan la profilaxis.
3. Se debe realizar una comunicación personalizada a los sanitarios en los que esta práctica sea repetida, a fin de prevenir posibles complicaciones en sus pacientes.
4. Se considera necesaria la implantación de esta nueva auditoría como una rutina más en las auditorías que realiza la Mutua para la seguridad del paciente.

MEJORANDO LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

PILAR ARRIOLA BALLESTEROS; FRANCESC BAYONA BAYONA; ISABEL ENFEDAQUE PLANILLAS
CENTRO DE TRABAJO: ASEPEYO

ID: *5902*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *paciente, Mutua, satisfacción, calidad, servicio*

JUSTIFICACIÓN

Para mejorar la relación médico-paciente incidiendo en la satisfacción sentida y percibida por el paciente.

OBJETIVOS:

Detectar si en la Mutua Asepeyo se está realizando un óptimo trato y servicio a los pacientes por parte de los profesionales sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva de reclamaciones recibidas por el servicio de atención al usuario en todo el territorio nacional de enero a diciembre de 2021.

En el registro realizado se han tenido en cuenta los siguientes criterios de valoración: Calidad de servicio

Deficiencias en el trato por parte del personal sanitario

Disconformidad con el alta médica

Disconformidad con la calificación de la contingencia Disconformidad con el diagnóstico

Discrepancia con el tratamiento médico prescrito Discrepancia con la información médica

Otros

Problemas de transporte Reclamaciones por daños y perjuicios

RESULTADOS

Durante el año 2021 se han recogido un total de 2211 reclamaciones

Las reclamaciones quedan distribuidas en relación a los diversos criterios de valoración según se expone en la siguiente Tabla:

CRITERIOS VALORACIÓN	Nº CASOS	PORCENTAJE
Calidad de servicio	203	9,1%
Deficiencias en el trato	219	9,9 %
Disconformidad con el alta médica	484	21,89%
Disconformidad con la calificación de la contingencia	701	31,7%
Disconformidad con el diagnóstico	25	1,1%
Discrepancia con el tratamiento médico	80	3,6%
Discrepancia con la información médica	63	2,8%
Otros	315	14,2%
Problemas de transporte	120	5,4%
Reclamaciones por daños	1	0,04%
TOTAL CONCLUSIONES:	**2211**	**100%**

Una vez revisados los casos se proponen las siguientes acciones de mejora :

Revisión de documentación específica disponible en el Portal Salud de Intranet de la Mutua.

Realizar los cursos recomendados en cada situación disponibles en la Universidad Corporativa de Asepeyo. Seguimiento individualizado por los responsables médicos.

DIGITALIZACIÓN EN LA GESTIÓN DE INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

DAVID PEREZ SANCHEZ; JORGE GONZALEZ MEDINA; JUAN ANTONIO PINGARRON LOPEZ
CENTRO DE TRABAJO: SUMMA 112

ID: *5939*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *Incidentes de Múltiples Víctimas / Transformación Digital / Digitalización / Centro Coordinación de Urgencias*

JUSTIFICACIÓN

La atención al Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) es un proceso organizativo de una situación caótica donde la desproporción inicial entre el elevado número de víctimas y los pocos recursos asistenciales que hay en el momento se hace patente. La reducción del error, agilidad de respuesta y precisión del registro cobra un papel crucial para el adecuado tratamiento de los pacientes y resolución de la emergencia.

En el momento actual en nuestro Servicio de Emergencias (SE) se identificaron debilidades (dependencia de la cobertura de radio, calidad de datos, tiempo de transmisión y gestión, retraso en la compartición de datos y duplicidad y redundancia de los mismos., latencia en su registro y estrés operativo por el constante uso de la radio) que evidenciaron la necesidad de transformar el proceso y dotarlo de mayor agilidad con un enfoque holístico.

OBJETIVOS

Transformación digital del proceso de atención a los IMV M

Grupo experto: Jefes de Guardia, ECO-01, TES-0 y TES-locutores, enfermeros del SCU y equipo de informática.

Análisis del IMV: modos de fallos, debilidades y efectos. Identificación de riesgos críticos y propuestas de mejora incluyendo la transformación digital.

Requisitos clave: digitalización de datos, compartir información a tiempo real por los diferentes actores intervinientes, mejorar gestión de las comunicaciones, visualización precoz de errores, mejorar trazabilidad del paciente, abordaje del factor humano disminuyendo el estrés derivado del uso de emisora como medio de comunicación.

Material: aplicación multiplataforma que se pueda usar desde un teléfono inteligente, tablet pc, ordenador, hoja Excel colaborativa de visualización universal y acceso a registro por intervinientes.

Desarrollo: Comparación en paralelo de procedimiento actual de transmisión y el propuesto: Se han efectuado varios pilotos con simulacros dentro del operativo, con gran éxito y aceptación. Variables de tiempo y registro en las diferentes fases.

RESULTADOS

Resultados preliminares:

Los datos ofrecidos por alertante y recogidos en ficha por el operador y el tiempo no tuvo variación entre ambos modelos. La compartición del dato se ofrece en tiempo real y desde el inicio de la asistencia gracias a la digitalización.

La utilización de la red de comunicaciones por radio solo para lo emergente destina mayor tiempo para la gestión del incidente, pacientes trasladados, previsión de camas, y ofrece datos de trazabilidad para estudio y mejora.

Más información = menor estrés.

Registro de datos completo en todas las fases: 100% en el nuevo modelo

CONCLUSIONES

La Transformación digital del proceso de atención a IMV ofrece mayor seguridad y velocidad para la realización de las labores en la zona de intervención. Los datos se pueden visualizar en tiempo real llegando facilitando la toma de decisiones.

Mejorar en l labor diaria es un impulso de motivación para los compañeros de los equipos asistenciales y del Servicio de Coordinación de Urgencias.

MEJORA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ CARREIRA ; BÁRBARA GONZÁLEZ DE CANGAS ; MANUEL FEITO MENDEZ ; MARIA AURELIA CASTELAO ANDINA ; MARIA ISABEL VILLABRILLE MARTINEZ ; ANTONIO BAZAN HERRERO
CENTRO DE TRABAJO: AREA SANITARIA I DE ASTURIAS

ID: *5947*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Palabras clave: *Gestión de recursos, Atención Primaria*

JUSTIFICACION

En el Área Sanitaria existen 28 centros asistenciales de Atención Primaria. La gestión de pedidos en el Área se realiza de forma centralizada al Servicio de Suministros y Almacén utilizando un aplicativo informático de reciente incorporación denominado SDP.

Se detectaron dificultades en la realización de pedidos desde los Equipos de Atención Primaria (EAP) por problemas de identificación de productos del catálogo corporativo tras la instauración del SDP. Se detectó un incremento de pedidos urgentes y devoluciones de productos caducados desde los EAP.

OBJETIVOS

Consolidar la utilización del SDP como sistema de petición a suministros de forma homogénea y unificada en todo el Área Sanitaria.

Mejorar la eficiencia en la gestión de recursos materiales en los EAP

MATERIAL Y METODOS

Creación grupo de trabajo con mandos intermedios y EAP. Elaboración de tabla de correspondencias de nombres oficiales del catálogo con nombres habituales en la terminología profesional, supervisado por coordinación de Enfermería. Revisión y puesta en común de los petitorios de todos los EAP. Formación en SDP a los EAP: interna realizada por personal del Área y externa por la empresa responsable del programa. Monitorización in situ en los EAP. Realización de encuesta de satisfacción a los usuarios. Análisis económico de las devoluciones como indicador de eficiencia

RESULTADOS

Se facilitó la gestión de pedidos mediante la unificación de petitorios y la revisión de términos del catálogo mejorando la utilización del SDP

Respecto al indicador de eficiencia se observó que las devoluciones se incrementaron un 288,92% respecto al año anterior (9288€ en 2021 frente a 2388€ en 2020), siendo en el periodo septiembre a diciembre de 2021 el 90,43% de las totales de ese año. Si consideremos solo dicho periodo el incremento fue del 322,17% (8399,02 en 2021 frente a 1989,46 en el mismo periodo de 2020).

La encuesta de satisfacción mostró un mayor grado de satisfacción con la formación interna (92,40%) que con la externa (38,5%). El 100% de los usuarios consideró que la unificación de petitorios facilita su trabajo Entre las observaciones indicadas por los usuarios, la mayoría se referían a dificultades con la utilización del programa bien por el entorno de usuario o bien por la adaptación a la lógica de negocio.

CONCLUSIONES

La revisión de terminología, la formación y la monitorización han facilitado la consolidación del SDP como herramienta principal para la gestión de pedidos, a pesar de la resistencia inicial a su utilización. El apoyo y la participación activa de los profesionales de los EAP en la gestión de los recursos ha sido fundamental para fomentar su implicación y eficiencia.

La unificación de petitorios y la monitorización in situ han permitido mejorar la eficiencia en la gestión de recursos mostrándose unos incrementos notables en las devoluciones de productos aptos para su reutilización.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CERTIFICACIÓN EN GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

CRISTINA MARTÍNEZ MOURIN ; MAGALÍ CASTELLA TARRES ; IRENE PERETA LLUBÉS ; CELIA CARDOZO ESPINOLA ; FAUST FEU CABALLÉ
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

ID: *5976*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Modelos y herramientas de acreditación, certificación y evaluación*
Palabras clave: *ISO 9001:2015 UNE 179003: 2013 Hospitalización a domicilio Acreditación*

JUSTIFICACIÓN

El "Dispositivo Transversal de Hospitalización a Domicilio" presta una atención hospitalaria en el domicilio del paciente ofreciendo una atención transversal integrada, centrada en la persona, adaptada a su entorno y realizando una actividad especializada y continuada equivalente a la hospitalización convencional. Este modelo asistencial es estratégico para el Hospital, así como el ofrecer una atención de máxima calidad y seguridad. Ante la escasa evidencia de la implantación de un sistema de gestión de calidad certificado basado en normas internacionales, y en coherencia con la estrategia de la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, hemos promovido la implementación de la UNE-EN ISO 9001:2015 y UNE 179003: 2013.

OBJETIVOS

Implementar un sistema integrado de calidad y seguridad en todas las actividades del Dispositivo Transversal de Hospitalización a Domicilio, basado en la norma ISO 9001 y la norma UNE 179003.

Facilitar herramientas en calidad y de gestión del riesgo para un sistema de gestión de la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Norma ISO 9001:2015 y UNE 179003:2013

Establecimiento del ámbito de aplicación Creación del grupo de trabajo transdisciplinar

Identificación y formación en herramientas de calidad y seguridad del paciente

Plan de trabajo siguiendo la secuencia de actividades del ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) Estructuración y elaboración de la documentación.

RESULTADOS

Análisis del contexto: análisis interno y externo (DAFO), identificación del requisito de las partes interesadas Gestión por procesos: elaboración del Mapa de Procesos y de las Fichas de los procesos (hospitalización a domicilio,

hospitalización a domicilio de Salud Mental para adultos e infanto-juvenil y hospital de día a domicilio). Identificación de disfunciones y acciones de mejora.

Gestión preventiva del riesgo: identificación de los riesgos, valoración y priorización, identificación de los planes de tratamiento (AMFE y Mapa de riesgos).

Gestión correctiva del riesgo: herramientas de notificación, análisis y seguimiento (Informes de calidad).

Evaluación del sistema: definición y establecimiento de indicadores de calidad y seguridad del paciente, elaboración y puesta en marcha de encuestas de satisfacción del entorno del neonato

REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA PREVISTA A FINALES 2022. MEJORA DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA. CONCLUSIONES

La hospitalización a domicilio está transformando la asistencia sanitaria, es un modelo plenamente implantado y consolidado en numerosas organizaciones y dado el incremento exponencial de los últimos años y con previsión de seguir creciendo. La certificación de este modelo de atención a través de un sistema de gestión de calidad que permita estandarizar todo el proceso asistencial es clave para prestar un servicio excelente basado en criterios de eficiencia, calidad y seguridad, mejorar la satisfacción del paciente y optimizar los procesos y reducir riesgos.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PACIENTES PEDIATRICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

DAVID TUBILLA PRECIADO [(1)]; MAGDALENA MATÍNEZ GARCÍA [(1)]; MARIA JOSÉ RODENAS RUIZ [(1)]; MERCEDES GOMEZ TORRES [(1)]; PEDRO SOLER GALLEGO [(2)]; RAQUEL MONTOSA GARCIA [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, [(2)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

ID: *6086*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *humanización de la atención, radiología, pediatría*

OBJETIVOS

En los servicios de radiología se realizan diariamente multitud de procedimientos que requieren una tecnificación compleja del manejo de los equipos. La humanización en la atención de los procesos de enfermería es la herramienta fundamental para colocar a las personas en el centro de los cuidados. Existen varias dimensiones en la humanización de la atención sanitaria, una de las dimensiones es la adaptación de los espacios físicos hospitalarios para que sean más confortables.

Este tipo de adaptaciones tiene un mayor impacto en pacientes en edad pediátrica, quienes tienen menor capacidad de adaptación frente a situaciones de estrés.

OBJETIVOS

Estandarizar el procedimiento de atención a los pacientes en edad pediátrica.

Revisar la distribución de los espacios destinados a las salas de espera y salas de diagnóstico.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en base de datos especializadas mediante la consulta directa y acceso via internet de Pubmed, Cuiden, Scielo. usando los filtros de artículos en español y hasta 5 años de antigüedad.

Reunión multidisciplinar para revisar los procedimientos de estandarización en la atención a los pacientes pediátricos.

RESULTADOS

Se realiza un procedimiento estandarizado por el equipo multidisciplinar formado por Enfermeros, TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) Técnicos Especialista en Radiodiagnóstico (TER) y radiólogos.

Los procedimientos diagnósticos que se realizan son Ecografía, Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Computarizada, Radiografía Simple y estudios dinámicos mediante radiaciones ionizantes.

1. **Preparación de la sala**. Antes de la llegada del paciente se prepara la sala, teniendo en cuenta la iluminación, elementos de confort y distracción así como los dispositivos de protección radiológica.
2. **Recepción del paciente.** Se identifica al paciente y la prueba a realizar, uno de los progenitores está presente en todo momento. Se les acompaña a la sala de espera donde tendrán disponibles juguetes y libros.
3. En esa misma sala se realiza la entrevista con el progenitor y el niño sobre los datos de interés, preparación de la prueba, alergias, tratamientos farmacológicos. En caso que sea necesario se le proporciona la ropa adecuada para la exploración.
4. **Sala de exploraciones**. Se realiza la prueba siendo acompañado en todo momento.
5. **Finalización del proceso**. Tras la finalización del estudio, se acompaña al niño y al progenitor hasta la salida del servicio de radiología. Se recoge el material y se prepara la sala para el siguiente paciente.

CONCLUSIONES

La humanización en los procesos asistenciales es una herramienta importante para garantizar la calidad de la atención que reciben los pacientes. La adecuación de los espacios destinados a realizar pruebas de imagen a pacientes en edad pediátrica impica la reducción del estrés y de la ansiedad, aumentando el nivel de colaboración durante las pruebas diagnósticas y reduciendo el número de intervenciones innecesarias.

BASE DE DATOS DE LA UNIDAD DE CELADORES: HERRAMIENTA DE ADECUACIÓN DE EFECTIVOS

MIRIAM CALVO SÁEZ [(1)]; M. CARMEN DEL ALAMO SOTO [(2)]; YOLANDA GARCIA AVILA [(2)]; JAVIER CRECENTE CALDERON [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, [(2)] HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6177*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *adecuar, riesgo, prestación, planificación, oportunidades*

INTRODUCCION

En el Área de Planificación de la Unidad de Celadores se precisa disponer de la mayor información posible de nuestros integrantes, con el fin de adecuar lo mejor posible las competencias del personal a la prestación del servicio.

OBJETIVOS

Crear una base de datos lo más ajustada a la situación concreta de cada trabajador, y disponer de esta información de forma independiente del Servicio de Personal, dando de alta nuestra base de datos conforme a normativa. De esta forma podemos hacer una correcta planificación, adecuada a la situación concreta de cada trabajador, para ofrecer a los equipos de trabajo el mejor recurso disponible, y al hospital

METODOLOGIA:

- Implementación de una base con datos contractuales, personales (solo los pertinentes para el trabajo) y formativos. Ej: nº de empleado, categoría, situación contractual, centro de trabajo, plaza en propiedad, si consta informe del Servicio de Prevención, turno, libranza, GFH (grupo funcional homogéneo para análisis de costes), plaza en propiedad, nivel profesional, correo corporativo, fecha de nacimiento, distrito postal, antigüedad, cursos realizados, etc.
- Revisión diaria, tarea a realizar por nuestro personal del Área de Planificación.

RESULTADOS

- Conocemos nuestra plantilla a nivel muy detallado.
- Nos anticipamos a situaciones que puedan poner en peligro la planificación (jubilaciones, hora de lactancia, excedencias, ajuste del gasto anual en contratos de sustitución, etc.)
- Tenemos una alta capacidad de decisión para destinar al mejor efectivo posible de forma muy rápida.
- Las reclamaciones por parte de nuestro personal han disminuido en un 78,2 % en el periodo 2015-2021.
- Las reclamaciones de usuarios han disminuido en un 75 % en el mismo periodo, y han aumentado los agradecimientos en un 48 %.

CONCLUSIONES

- No dependemos al 100% de otros servicios para conocer datos importantes para la prestación de nuestro servicio.
- Realizamos una gestión de nuestra plantilla muy ágil.
- Tenemos capacidad de anticipación frente a situaciones administrativas sobrevenidas y control de nuestro gasto en recursos humanos.
- Conocemos muy bien nuestra plantilla (celadores, conductores, peluqueras, imprenta), y las nuevas oportunidades que podemos aprovechar.

BENEFICIOS DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL

Mª CARMEN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ [(1)]; MIGUEL ANGEL SILVAN SOTILLO [(2)]; RICARDO SALTO AYLLON [(3)]; ANA MARIA GOMEZ VALES [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, [(2)] HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS, [(3)] HOSPITAL GREGORIO MARAÑON

ID: *6180*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *comunicación, circuitos, gestión, optimizar, contratación, contractual*

INTRODUCCION

La Unidad de Celadores debe realizar diferentes gestiones de sus recursos humanos en función de informaciones facilitadas por el departamento de RR.HH.: altas y bajas, autorizaciones de la Dirección General de RR. HH. de la Comunidad de Madrid, pactos de gestión, excedencias, maternidad, permisos sin sueldo, etc.

Nos resulta fundamental disponer lo más rápidamente posible de toda la información relativa a las situaciones citadas.

OBJETIVOS

Facilitar la comunicación con el Departamento de Recursos Humanos.

Establecer circuitos ágiles de emisión y aprobación, si procede, de contrataciones y ceses derivados de estos cambios de situación.

METODOLOGIA

Elaboración e implantación de un sistema de comunicación en tiempo real, desde febrero de 2021 e independiente de los circuitos de portafirmas, consistente en dos ficheros Excel donde se comunique periódicamente:

- La situación contractual que se deba cambiar (a principio de cada mes).
- Necesidades de contratación (coberturas por I.T., bajas maternales, excedencias, etc.) Se realiza semanalmente.

Estos ficheros son para conocimiento de las partes interesadas de Gestión (Personal, Atención al empleado, Nóminas), a través del correo electrónico corporativo de los responsables implicados.

RESULTADOS

A febrero de 2022:

- Se han eliminado ciertas lagunas temporales o malentendidos por falta de comunicación interdepartamental en un 95%
- La cobertura de incidencias se realiza en un 100% dentro de los límites de lo pactado, cuando procede.
- Se han reducido en un 100 % las situaciones que nos debería comunicar el trabajador con suficiente tiempo y no lo hace, o bien las conocemos previamente a que lo haga.
- Se han eliminado errores en las descarga de nóminas imputables a falta de comunicación, en un 100 %

CONCLUSIONES

La mejora de la comunicación con el Departamento de RR.HH. permite optimizar los tiempos de contratación de efectivos, asegurar el cumplimiento de la planificación, eliminar malentendidos y faltas de información, y gestionar al colectivo correctamente en tiempo y forma.

Las acciones de gestión llevadas a cabo desde nuestro departamento se muestran de forma transparente siendo, además, fácilmente explotable por el departamento de Recursos Humanos, para los análisis que considere.

TOMA DE DATOS. DE: "YO NO SOY ADMINISTRATIVO" A: "DADME LA HOJA DE LA ACTIVIDAD"

JOSÉ LUIS URRUTIA BARRIOS [(1)]; M. CARMEN RODRIGUEZ SANCHEZ [(2)]; ANTONIA PEÑA DEL RIO [(2)]; PILAR SANCHEZ CLEMENT [(2)]

CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, [(2)] HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6183*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *datos, actividad, formulario, conocimiento, implicación*

INTRODUCCION

La medición de la actividad de celadores en los distintos servicios del hospital, supuso desde 2015 un reto importante en nuestra unidad, que ha basado las líneas principales de su gestión en la explotación de datos. Conseguir la implicación de los responsables de esa tarea (y, por ende, de los celadores) ha sido fundamental, pues sin su colaboración hubiera sido imposible este reto.

OBJETIVOS

- Cuantificar la implicación de los celadores en la recogida de datos diarios de actividad en unidades de hospitalización.
- Concienciar al colectivo de que no se trata de implementar una medida de control, sino de que va en beneficio de nuestra propia actividad.

METODOLOGIA

- Entrega semanal a los celadores de un formulario para la recogida de datos (traslados y su destino, ayudas a encamados y vehículos utilizados).
- Comunicación diaria de la actividad realizada a los/as encargados/as de turno.
- Los domingos se recogen los formularios para su registro. RESULTADOS
- Tenemos la información diaria de toda nuestra actividad en las unidades de hospitalización, lo que nos permite su explotación, rápidas visualizaciones de resultados mensuales y su comparativa.
- Los objetivos de implicación y concienciación se han conseguido al 100 %.
- Percepción de la utilidad de la recogida de datos por parte de los celadores, que tiene su reflejo en el equilibrio y cobertura de puestos (en torno al 99,7 % de media desde 2016), la implicación de éstos en grupos de trabajo (u. de críticos, bloques quirúrgicos, hospital del futuro, elaboración de vídeos, satisfacción del personal, mapa del ruido, etc.) y asistencia a cursos de conocimiento de gestión de nuestra unidad (485 asistentes desde 2017).

CONCLUSIONES

- Tenemos un perfecto conocimiento de la actividad de los celadores, por lo que podemos argumentar cualquier cuestión relacionada con efectivos y recursos para la toma de decisiones que corresponda.
- A raíz de la entrega de formularios con los datos fijados para medición, hemos constatado que la implicación por parte del personal ha sido completa, con lo cual hemos pasado del: ¡Yo no soy administrativo! a: ¡dadme la hoja de la actividad!

TRASLADO DE ENSERES DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE PANDEMIA

MIGUEL ÁNGEL SILVÁN SOTILLO [1]; M. CARMEN IZCARAY GARRIDO [2]; BEATRIZ FATIMA CEBALLOS BOLADO [2]; PALOMA SICILIA VAQUERO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, [2] HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

ID: *6186*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *oportunidad, objetos, personalización, vinculación, humanización*

JUSTIFICACION

La situación de pandemia ha generado una oportunidad por nuestra parte para personalizar la asistencia y contribuir al bienestar y satisfacción del paciente. Se trata de la entrega de objetos de diversa índole que traen los familiares, paliando con ello los efectos de las lógicas limitaciones de acceso y visita que se adoptaron como medidas preventivas.

OBJETIVOS

Hacer llegar a los pacientes ingresados los objetos que les traen sus familiares, con una doble vertiente: por una parte, que hagan uso, si procede, de los objetos, y por otras, ayudar a que no pierdan la vinculación con sus seres cercanos y su vida cotidiana. Además, nos sirve para saber qué es lo que más echan en falta en situación de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha implementado una sistemática para la recogida y entrega en las unidades de hospitalización de objetos que traen los familiares. Este proceso es como sigue:

- El informador llama desde la puerta de acceso al control de celadores solicitando el servicio.
- El personal celador baja con una bolsa, un formulario sellado para cumplimentar y un bolígrafo.
- Ambos lo cumplimentan. Tras ello, el/la celador/a sube la bolsa y la entrega al responsable del control de la unidad de hospitalización.

Todas las acciones llevadas a cabo son registradas en un fichero Excel, para la explotación de datos por cantidad, objeto y clase de objeto.

RESULTADOS

- Durante el periodo 2021-2022 (hasta mayo presente), se han realizado cerca de 10.000 entregas, arrojando los principales resultados, que a continuación se ofrecen:
- Ropa interior: 822
- Neceseres de aseo: 750
- Zapatillas: 700
- Cargadores: 679
- Lectura y pasatiempos: 523
- Agua: 505

CONCLUSIONES

- Se ha realizado un procedimiento de alto valor para el usuario.
- Se ha favorecido la vinculación de los pacientes con sus familiares y allegados.
- Se han podido recoger una serie de interesantes datos para el análisis que proceda, constituyendo posibles oportunidades en cuanto a procesos de humanización.
- Han aumentado los agradecimientos por parte de los usuarios en un 31,4 % desde que iniciamos este proceso.

¿RESULTA DE UTILIDAD EL ANALISIS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS POR INFECCION COV

MARÍA DEL PILAR MONTES ARANGUREN [(1)]; IÑIGO ISERN DE VAL [(1)]; SANDRA HERRERO GARCÍA [(1)]; CARLOS MAYORDOMO GARCÍA [(1)]; HECTOR MERCADO CASTILLO [(1)]; BLANCA OBÓN AZUARA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6330*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*

OBJETIVOS

Analizar si el tratamiento farmacológico dirigido contra la infección por SARS-CoV-2 administrado a los pacientes críticos posee alguna influencia sobre la mortalidad y/o la estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo.

Criterios inclusión: pacientes mayores de 18 años ingresados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por SARS- CoV-2 en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Período de estudio 1 año: 1 de marzo de 2020 - 1 de marzo de 2021.

RESULTADOS

N= 291 pacientes. Media de estancia 21,92 +/- 15,76 días y mediana de 19 días. La mortalidad fue del 47%

El tratamiento se administró en UCI según el protocolo vigente en función de la evidencia disponible: Interferón (5,8%), Lopinavir/Ritonavir (28,2%), Hidroxicloroquina (27,8%), Remdesivir (40.9%), Plasma hiperinmune (45,7%), Dexametasona

(91,8%) y Tozilizumab (26,8%).

No se encontraron asociaciones significativas entre el tratamiento farmacológico administrado y la mortalidad o la estancia.

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra es escaso y muy heterogéneo, lo que no permite, a priori, extraer conclusiones sólidas.

No todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento, al ir modificándose en función de nuevas evidencias, incluso en la actualidad los fármacos empleados son otros.

CONCLUSIONES

El análisis exclusivo del gasto farmacéutico empleado para el tratamiento de los pacientes ingresados por COVID en la UCI no resulta un buen criterio para valorar su utilidad en la evolución de los pacientes.

Existen otras variables que pudieran encontrarse asociadas a la mortalidad y a la estancia (como la edad, gravedad, complicaciones, precisar otros tratamientos coadyuvantes…), que sería preciso incorporar al análisis.

NUEVAS ESTRATEGIAS EN LA FORMACIÓN ON-LINE EN SEGURIDAD DE PACIENTES

SUSANA URRUTIA GARCIA [(1)]; MIGUEL ANGEL ULIBARRENA SAINZ [(1)]; GONZALO CASTRO BURGO [(1)]; LEIRE SAINZ DE VICUÑA BRAVO [(1)]; IONE MIREN AGUIRRE ZUBILLAGA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] MUTUALIA

ID: *6351*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *formación Seguridad paciente*

JUSTIFICACION

La formación en Seguridad de pacientes (SP) es una herramienta imprescindible en el ámbito sanitario para mejorar en este campo. Las nuevas tecnologías y en concreto las plataformas online y LMS (Learning Management System – Sistema de Gestión de aprendizaje) han demostrado su efectividad en muchos campos del conocimiento, por lo que en nuestra organización hemos apostado por potenciar la formación en SP mediante estas herramientas.

OBJETIVOS

Describir las nuevas estrategias en formación en Seguridad de pacientes implantadas en nuestra organización.

MATERIAL Y METODOS – DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Uno de los pilares fuertes de nuestra organización ha sido siempre apostar por la calidad, y dentro de ello, por la seguridad del paciente. Una de las estrategias para conseguirlo es fomentar la formación en este ámbito a todos los niveles, para ello hemos realizado unos módulos formativos clasificados en diferentes categorías: Transversal; Higiene de manos e infecciones; Seguridad en Área quirúrgica, en radiología y uso de medicamentos.

Para cada categoría se han elaborado diferentes módulos en formato audiovisual que se van a ir poniendo a disposición de los usuarios en un portal de formación interno de la organización y están destinados a diferente público objetivo. Algunos de ellos serán de realización obligatoria y otros opcionales. Tras la visualización de cada vídeo habrá que contestar a un cuestionario de evaluación, de modo que adaptamos la formación a los diferentes perfiles profesionales de las personas sanitarias.

RESULTADOS

El proyecto está aún en fase inicial pero la acogida ha sido muy buena, en primer lugar por la enorme participación de nuestros profesionales en la elaboración de los contenidos de cada módulo formativo, y en segundo lugar, porque el número de visitas en estas primeras semanas es superior a lo esperado. La idea es realizar una valoración de la experiencia tras llevar por lo menos 1 año con ella.

CONCLUSIONES

La implicación de toda la organización es fundamental para conseguir mejorar en Seguridad de Pacientes. Estrategias como esta consideramos que va a facilitar en gran medida dicha implicación, mejorar los conocimientos y potenciar la cultura de seguridad.

Por una parte llegaremos a un mayor número de personas formadas, dado que es un proceso de autoaprendizaje on-line que se puede realizar en cualquier momento.

Por otra nos va a permitir conocer las inquietudes del personal en el caso de la realización de los cursos voluntarios, en función del grado de acogida de cada curso.

Vamos a poder valorar el grado de conocimiento adquirido con los test de evaluación (pre y postcurso) y veremos en qué áreas somos más fuertes y en cuáles hay que incidir más.

ANTIBIÓTICOS , DAMOS DEMASIADOS ?

TERESA BASORA GALLISÀ [1]; NURIA MORA GILABERT [2]; ROSER PEDRET LLABERIA [3]; MARTA FREIXES MARIMON [3]; TERESA DUATIS CASAMITJANA [3]; MÓNICA MOYA MORENO [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CAP MONT-ROIG DEL CAMP, [2] CAP DE MONT-ROIG, [3] CAP MONT-ROIG DEL CAMP

ID: *6445*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Gestión clínica*
Palabras clave: *Antibióticos , demanda aguda*

JUSTIFICACIÓN

Los resultados en el estándar de prescripción farmacéutica del ICS (EQPF) mostraban que nuestro Equipo de atención primaria prescribia una gran cantidad de antibióticos por habitante (DDD) , con datos del primer trimestre del 2017 ,.La prescripción de antibióticos para patologías no indicadas favorece la aparición de resistencias bacterianas y es un problema de seguridad para el paciente y la comunidad

OBJETIVOS

- Adecuar la prescripción de antibióticos a las guías y protocolos del programa de gestión de la demanda y la guía terapéutica del programa de historia clínica e-cap
- Cumplir el indicador de DDD de antibióticos y los fármacos recomendados segun el EQPF

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos las DDD de antibióticos durante los meses de enero y febrero del 2018 que eran significativamente más altos que nuestro entorno cercano (Dirección Atención Primaria Reus Altebrat y las de la globalidad del Institut català de la salut) sucesivamente durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021 en los mismos meses , posteriormente a la implementación del proyecto de mejora de la gestión de la demanda .Para el análisis valoramos si las dosis estaban dentro de los estándares recomendados en el EQPF del ICS.No ha habido variaciones significativas de la población adscrita al EAP(Equipo de Atención primaria) y se ha obviado los meses de mayor confinamiento y disminución de la actividad de visita presencial por la Pandemia COVID .

Propuestas de mejora

Inicíamos diferents proyectos algunos no enfocados exclusivament a este problema pero influían muy directamente y representaban un consenso en aplicación de Guías de práctica clínica.

1. Gestión enfermera de la demanda mediante protocolos consensuados
2. Difusión de algunas recomendaciones (proyecto Essencial del Departament de salut) muy en la línea de" recomendaciones no hacer" ante las patologías infecciosas
3. Revisión periódica del los resultados por el referente de farmacia del centro y los médicos prescriptores (reuniones mensuales)

Resultados conseguidos

- DDD Enero y Febrero del 2018 18,46-18,40, 2019 12,34-12,66,2020 11,55-11,54
- DDD Enero y Febrero del 2021 6,76-6,86

CONCLUSIONES

Las DDD de antibióticos del EAP actualmente se mantienen dentro de los objetivos del EQPF del ICS con los procedimientos establecidos.

COORDINACIÓN PARA PREVENIR Y MEJORAR LA DISFAGIA EN LOS PACIENTES DE LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS

JAVIER SANCHEZ MARTIN [(1)]; MARIA BENAVIDES GABERNET [(1)]; CRISTINA BLAZQUEZ PECCIS [(1)]; ANA ISABEL HORMIGO SANCHEZ [(2)]; JOSE MIGUEL VILLACAMPA AUBA [(3)]; MARINA VERANO DE LA TORRE [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ, [(2)] HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAS, [(3)] HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DÍAZ

ID: *6530*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *DISFAGIA*

JUSTIFICACIÓN

La disfagia es uno de los síntomas y síndromes más prevalentes que afectan a la población crónica frágil institucionalizada en los centros sociosanitarios de nuestro medio. Su prevención, diagnóstico precoz y correcto manejo llega a ser vital para nuestros pacientes, aumentando no sólo su supervivencia sino también su calidad de vida.

OBJETIVOS

Conseguir una mejora en la prevención, en el diagnóstico precoz y en el manejo de la disfagia en estos pacientes frágiles crónicos institucionalizados y evitar ingresos hospitalarios por esta patología dando soporte a los centros sociosanitarios.

Descripción de la experiencia:

Desde la Unidad multidisciplinaria de Disfagia del HU Fundación Jiménez Díaz, con la ayuda del equipo de continuidad asistencial y el de geriatría de enlace, hemos diseñado y puesto en marcha un programa de formación teórica y práctica del personal de dichos centros consistente en:

- Conferencias online semestrales (con espacio para preguntas online).
- Visitas mensuales del personal de la unidad de disfagia a los diferentes centros sociosanitarios del área, con formación práctica in situ, facilitando a su vez un contacto directo con el profesional experto hospitalario donde poder resultar dudas futuras o promover nuevos temas de formación teórico práctica.

Todo ello con el objetivo de conseguir una mejora en la prevención, en el diagnóstico precoz y en el manejo de la disfagia en estos pacientes frágiles crónicos institucionalizados, dado el importante impacto que supone la aparición de la disfagia en la supervivencia y en la calidad de vida de estos pacientes

RESULTADOS / CONCLUSIONES

La coordinación multidisciplinar y multinivel entre los diferentes especialistas implicados puede mejorar de forma substancial la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo de la disfagia en los pacientes frágiles crónicos institucionalizados con importante repercusión en su supervivencia y calidad de vida.

Se está midiendo el nº de derivaciones al servicio de urgencias e ingresos de los pacientes de residencias y ya se ha apreciado una disminución de estos por los motivos:

- Neumonia por aspiración
- Disfagía.
- Riesgo aspiración.

Todo esto se en aquellas residencias que se ha intervenido.

Esto se mide por:

- Un cuestionario de disfagia que se pasa en el centro sociosanitario antes de la visita a las residencia y el mismo posterior a la visita.
- A través de un report de derivación de pacientes de residencia donde vemos de que residencia se a derivado y cuál ha sido el motivo de derivación.

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS HERIDAS: IMPACTOS EN DURACIÓN Y AUTOCUIDADO

ANNA MAS [1]; MARIA ISABEL ALVAREZ [1]; MANEL DELI [1]; AGUSTIN PUMAROLA [1]; CRISTINA CLEMENTE [1]; NORMA GRAU [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] MC MUTUAL

ID: *6535*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *enfermería, heridas, curas húmedas, curas domiciliarias, educación sanitaria, complicaciones*

INTRODUCCIÓN

MC Mutual es una mutua colaboradora con la Seguridad Social centrada en la atención de accidentes laborales, por tanto agudos y en general leves, en los que el tratamiento requiere de intervenciones intensas pero muy cortas.

Es por ello que hemos querido reforzar la idea de que revisar la práctica clínica en enfermería, en este caso en la curación de heridas, puede ser un instrumento útil de mejora de resultados.

OBJETIVOS

General: Conocer las características de las personas en las que se han detectado complicaciones en sus heridas para tenerlas en cuenta como señal de alarma en su atención.

Específico: Conocer si la práctica sistemática de información sanitaria sobre su proceso ha mejorado en su satisfacción asistencial, con el previsible aumento en la responsabilidad del paciente frente a sus heridas, evitando traslados al centro innecesarios e incluso acortando la duración del proceso asistencial y laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado comparativamente los casos con complicaciones y con buena evolución en una muestra aleatoria de 16 casos.

Los pacientes se registran según el tipo de herida, sus datos biológicos básicos (edad, genero, aspectos culturales), tipo y lugar de la cura (húmeda o seca, y en domicilio, centro asistencial, clínica…), duración de la incapacidad laboral y, como variable dependiente, existencia de complicaciones.

RESULTADOS

Las heridas con complicaciones corresponden a hombres (100 %), más mayores (en torno a los 50 años), en trabajos de riesgo elevado (en todos los casos), predominando las curas húmedas (25% vs 10%), atención a las tratadas inicialmente en el domicilio, y con duraciones de IT dobles (18 días vs 11 días).

Se registra en el aplicativo informático la realización de educación sanitaria durante el contacto asistencial en todos los casos.

Los pacientes agradecen en comentarios personales y a la organización, el soporte técnico, humano y de comunicación de los profesionales implicados en las curas.

CONCLUSIONES

La anticipación a problemas que puedan producirse y la información sanitaria hacia los pacientes no solo ayuda a hacerse responsable de su lesión si no también disminuye el estado de inquietud y aumenta la mejoría del proceso actual y posterior.

Seguimos avanzando en la utilización de alarmas ante curas que pueden tener más riesgo de complicación y en la definición de las características de la información sanitaria requerida, el formato más adecuado, y evaluar el impacto que tiene en la evolución del paciente.

DESARROLLO DE LÍNEA DE TRABAJO EN REHABILITACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

ANA BELÉN MORATA CRESPO [1]; YOLANDA CAPAPÉ GENZOR [2]; ANA ISABEL ABAD MARCO [3]; MARTA GARIN ALEGRE [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, [2] HOSPITAL MIGUEL SERVET, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET., [4] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6552*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA, COORDINACIÓN*

JUSTIFICACIÓN

La rehabilitación oncológica se centra en la evaluación y el tratamiento de la pérdida funcional y los trastornos del dolor con el objetivo de restaurar la función máxima e intentar ralentizar la discapacidad progresiva que sufren estos pacientes. Estas deficiencias pueden estar relacionadas directamente con el cáncer y/o sus terapias, pero también contribuyen procesos coexistentes frecuentes en los pacientes que envejecen con cáncer. La rehabilitación, según las necesidades específicas del paciente, involucra a un equipo multidisciplinario. Es importante tener en cuenta que en muchos estudios se ha demostrado que el ejercicio tiene enormes beneficios en los supervivientes de cáncer, incluida la mejora de la fatiga, la calidad de vida, el estado de ánimo, la disminución de la recurrencia del cáncer y la mejora de la supervivencia.

OBJETIVOS

Ordenar la atención hospitalaria y el seguimiento ambulatorio de pacientes oncológicos que precisen atención rehabilitadora.

Actuaciones en planta: coordinación con el Servicio de Oncología Médica, análisis de las derivaciones a Rehabilitación y programar objetivos funcionales, mejorar la movilización precoz del paciente oncológico hospitalizado.

Actuaciones ambulatorias: diseño de estudio piloto en paciente con neoplasia primaria de pulmón, candidato a tratamiento de quimio y radioterapia. Valoración de la situación funcional basal, recomendaciones de actividad física y reentramiento físico durante el proceso, atención rehabilitadora (prescripción ortesis, manejo dolor, técnicas intervencionismo osteoarticular, etc..)

MATERIAL Y MÉTODOS

Sesiones clínicas conjuntas semanales entre el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y Oncología Médica, para selección pacientes que precisen intervención rehabilitadora.

Elaboración de material informativo y de prescripción de tratamiento rehabilitador individualizado.

Desarrollo del protocolo del grupo piloto de entrenamiento físico: criterios de derivación, nº sesiones, contenido de las mismas, etc.

RESULTADOS

Mejora de la coordinación entre Servicios Hospitalarios.

Puesta en marcha de línea de mejora asistencial en paciente crónico complejo Descenso de las demoras en la derivación entre Servicios.

CONCLUSIONES

La rehabilitación oncológica es una necesidad sentida por los pacientes y profesionales, el trabajo conjunto interdisciplinar agiliza los flujos asistenciales, comunicación interservicios y disminuye los tiempos de espera en las derivaciones, y la calidad percibida por el paciente.

EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DEL SALUD EN UN SECTOR SANITARIO RURAL DE ARAGÓN TRAS 20 AÑOS.

EDUARDO CLEMENTE ROLDÁN [(1)]; VÍCTOR VALLÉS GÁLLEGO [(2)]; ITZIAR ORTEGA CASTRILLO [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA BARBASTRO - SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, [(2)] DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA BARBASTRO - SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, [(3)] DIRECCIÓN HOSPITAL BARBASTRO - SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

ID: *6561*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*

JUSTIFICACIÓN

El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud nace en el año 2000 para promover actividades de mejora de los cuidados de salud, facilitar el intercambio de experiencias entre profesionales y crear una estructura estable para que potencie y apoye el diseño y puesta en marcha de nuevas iniciativas de mejora de la calidad.

Este sector sanitario se caracteriza por ser eminentemente rural, con una gran dispersión y con una dificultad alta en los últimos años para cubrir las plazas de los profesionales.

OBJETIVOS

Evaluar el programa en nuestro ámbito tras 20 años para poder implementar mejoras y cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de los proyectos presentados en el sector sanitario cada año de convocatoria desde el año 2000, se ha analizado el ámbito de aplicación (Atención Primaria, Especializada, Salud Mental o Dirección/otros), si el proyecto se acepta o no y si finalmente se finaliza o no (presentación de la memoria).

RESULTADOS

Se han realizado 17 convocatorias en estos 20 años, en los que se han presentado en el sector 853 proyectos, de los que se han aceptado 706 (82,8%).

Por ámbitos, el 58,1% de los presentados corresponde a atención especializada, el 32,8% a atención primaria, el 6,0% a dirección y el 2,9% a salud mental. El 85,4% de los proyectos de Atención primaria son aceptados, el 80,9% de los de especializada, el 92,2% de los de dirección y el 72,0% de los de salud mental.

Respecto a las memorias, el 73,2% de los proyectos aceptados presentaron la correspondiente memoria, siendo los proyectos de dirección los que menos memorias presentaron.

Las convocatorias en las que más proyectos se han presentado han sido las de 2016 (146) y en la de 2018 (147), se aceptaron el 85% de los mismos.

CONCLUSIONES

Siendo un sector eminentemente rural, el número de proyectos de mejora que se presentan es alto. La gran mayoría de proyectos que se presentan son aceptados, podría ser porque muchos de ellos son evaluados antes de ser enviados. Un porcentaje muy alto de proyectos no lo finalizan con la presentación de memorias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS CONTENCIONES QUÍMICAS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

CAROLINA FERRERO MATAS [1]; AINHOA TORNER BUSQUET [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] SERVICIOS CENTRALES, [2] SERVICIOS CENTRALES - DIRECCIÓN CALIDAD

ID: *6566*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *CONTENCIÓN QUÍMICA*

OBJETIVOS

En nuestros centros asistenciales se observa el uso de psicofármacos con capacidad sedativa, tanto de forma aguda como de forma continuada, con objetivos más ligados a una contención química que respondiendo a diagnósticos previos de la persona. Es precisamente en el contexto de un uso crónico de la sedación farmacológica donde surgen los conflictos con la limitación de derechos, la adecuada dotación de los sistemas asistenciales y las preferencias de usuarios y familias referidos a las distintas posibilidades de abordaje clínico. La legislación al respecto no establece, en el caso de las contenciones químicas, un sistema de autorizaciones por parte de la persona afectada o su familiar referente, como sí se hace, en el caso de las contenciones mecánicas, lo cual provoca un registro inadecuado, sin identificación de la contención como tal. Es por ello que nos surge la necesidad de poder registrar e identificar correctamente estas contenciones químicas en el programa informático asistencial, como primer paso para poder iniciar un trabajo de revisión de las mismas

OBJETIVOS

Describir el número de contenciones químicas registradas correctamente, después de la implementación de la nueva historia clínica informatizada

Describir tipos de contenciones químicas prescritas Describir número de contenciones químicas finalizadas

Describir cambios de dosis, una vez prescrito la contención químicas

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de los datos recogidos en relación a las personas atendidas en el periodo del 01/01 al 15/09/2022

Revisión de la información contenida en el programa informático asistencial de personas atendidas durante el periodo de estudio que tienen prescrita contención química.

Las variables analizadas:

Fecha de inicio y fecha de finalización, si es el caso, de la contención química.

Tipo de contención prescrita (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos) Anotaciones de curso clínico en relación a los periodos de administración de la contención. Inicio o aumento de dosis de los fármacos considerados contención química una vez prescritos.

RESULTADOS

Pendiente de realizar la recogida de datos y su posterior análisis

CONCLUSIONES

Pendientes de elaborar las conclusiones a partir del análisis de los resultados.

COVID PERSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRABAJO

OSCAR BENEGAS DAÑOBEITIA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] MUTUALIA

ID: *6598*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Gestión clínica*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *COVID persistente Long COVID Secuelas COVID*

Durante las diferentes olas de pandemia COVID-19, la Incapacided Temporal (IT) por ese motivo ha sido una autentica avalancha de casos. De todos ellos, varios miles ha sido considerados como Accidente de Trabajo (AT), no solo a nivel de la prestación económica, sino a todos los efectos. Tras haber reconocido como AT más de cinco mil casos, se observa la gran diferencia en la duración de las IT, por lo que iniciamos un estudio descriptivo de las diferentes causas de duración superior a los noventa días. Para ello seguimos los criterios de la "Guía clínica para la atención del paciente long-COVID/ COVID persistente" de la Sociedad española de Médicos Generales y de Familia, y diferenciamos entre casos de secuelas tras COVID con un curso evolutivo grave, y casos de COVID persistente.

Los resultados tras el estudio concluyen que alrededor del 50% de casos de IT de larga evolución se deben a secuelas sobre todo a nivel respiratorio (neumonías) seguidas por eventos circulatorios, y otro 50% a COVID persistente sobre todo a nivel sistémico (astenia), seguidas de disnea no justificable por pruebas funcionales o de imagen)

SINDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS Y TCAE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA COVID-19

BEGOÑA ZALBA ETAYO [(1)]; SARA GÓMEZ-ZALBA [(2)]; MARTA PALACIOS-LASECA [(3)]; ANTONIA DURÁN-MATEOS [(3)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, [(2)] HOSPITAL ROYO VILLANOVA, [(3)] HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

ID: *6664*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Humanización*
Palabras clave: *UCI, síndrome de Burnout, pandemia*

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout (SB) es una respuesta al stress laboral crónico, los profesionales sanitarios están más expuestos a sufrirlo, más aún en las Unidades de Cuidados Intensivos y en el contexto de una pandemia. Para determinar la presencia SB, se utiliza la encuesta de "Maslach Burnout Inventory" (MBI).

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia del SB durante la pandemia por Covid-19.

Identificar y analizar las dimensiones del MBI en relación a datos sociodemográficos y laborales

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se ha realizado la encuesta MBI mediante muestreo por conveniencia (dada la facilidad de acceso y la disponibilidad de los participantes). El periodo para realizar/evaluar las encuestas ha sido durante los meses de marzo y abril de 2022.

Criterio de inclusión: Personal de enfermería y TAE de las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

RESULTADOS

101 encuestas respondidas. Han sido 67 (66.3%) DUE y 34 (33.7%) TCAE, el 85% eran mujeres, edad media de 35 años. En cuanto al tipo de contrato laboral, era fijo en 23 casos (22.8%), interino en 15 (14.9%) y eventual en 59 (58.4%). El turno rotatorio era el predominante: 92 (91.1%), sólo tardes 1 (1%) y noches fijas 4 (4%). El 100% de los encuestados presentaban síndrome de Burnout, con puntuación media MBI 69 (DE 14.5), destacando alto nivel de SB en el 55.4%.

Puntuación media de agotamiento emocional 23.6 (11.4), despersonalización 10,2 (5.9) y realización personal 35.2 (7.3). Predominio del desgaste emocional, sin diferencias demográficas/laborales. Hallamos más despersonalización y menos realización personal entre enfermeras.

CONCLUSIONES

1. El 100% de los encuestados sufrió síndrome de Burnout, más de la mitad con MBI de nivel alto
2. Los factores demográficos no se han relacionado con el síndrome de Burnout
3. El agotamiento emocional ha sido la dimensión con puntuación más elevada

INCREMENTO DEL MALTRATO INFANTIL. CAMPAÑA DE PREVENCIÓN

ANA MARTIN COSTA [1]; PATRICIA SANZ AZNAR [1]; JOSÉ ANDRÉS MARTÍNEZ GARCÍA [1]; MARÍA CONCEPCIÓN GARCÍA JIMENEZ [1]

CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ID: *6712*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Palabras clave: *Maltrato infantil. Consecuencias graves inmediatas. Campaña de prevención.*

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como los abusos o la desatención de menores de 18 años, incluyendo todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación sexual, que causen un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La incidencia de maltrato en edad pediátrica está aumentando en los últimos años. En el servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil Miguel Servet se ha apreciado un aumento significativo en los últimos meses de asistencia a casos de maltrato infantil, especialmente en niños menores de 2 años. La situación actual vivida por la pandemia puede haber sido uno de los detonantes del incremento de frecuencia de estos casos. Ante esta nueva tendencia creemos que es importante concienciar tanto a personal sanitario, como personal de centros educativos y familiares sobre este problema con un objetivo de prevención primaria sobre esta situación.

Hipótesis: Se está produciendo un incremento de la incidencia de maltrato infantil detectado en los últimos 5 años en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo los casos de maltrato infantil detectados en los últimos 5 años en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza que nos permita corroborar o no nuestra hipótesis. Generar una alarma social e iniciar un programa de concienciación en nuestro medio (factores de riesgo, signos de alarma y prevención).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión de los casos sospechosos o confirmados de maltrato infantil que han ingresado en el Hospital Infantil Miguel Servet en los últimos 5 años. Para ello, se ha realizado una búsqueda en la base de datos de dicho hospital utilizando como diagnósticos: “síndrome de lactante zarandeado”, “sofocación”, “traumatismo no accidental”, “múltiples fracturas”, “sospecha de maltrato infantil” y “abuso físico”.

RESULTADO

Se ha obtenido un total de 19 casos de maltrato infantil con consecuencias inmediatas graves desde 2016 hasta la actualidad. Entre 2016 y 2019 se han identificado dos-tres casos de maltrato infantil por año, mientras que en 2020 y 2021 surgen tres y cuatro casos, respectivamente. En lo que llevamos de año han ingresado ya 3 niños con diagnóstico confirmado de maltrato.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia concienciar a la sociedad sobre el maltrato infantil debido al incremento de este en los últimos años. Para ello vamos a realizar una actividad informativa de prevención mediante la elaboración y difusión de infografías y hojas de información sobre el maltrato infantil voluntario o involuntario, destacando los signos y síntomas de alarma para la detección precoz del mismo.

IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO MIXTO ASISTENCIAL- INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

MARÍA ROBLES ALMAZÁN [1]; CRISTINA BARBERÁN ACEITUNO [2]; ROSA MARÍA LÓPEZ GARCÍA [3]; LUCÍA JIMÉNEZ MOLINA [3]; ADELA SABIO GONZÁLEZ [3]; RAFAEL JESÚS LUQUE BARONA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN, [2] NODO PROVINCIAL DE JAÉN DEL BIOBANCO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, [3] UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

ID: *6741*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, CIRCUITO MIXTO, ENSAYOS CLÍNICOS, MUESTRAS DE INVESTIGACIÓN*

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Universitario de Jaén (HUJ) ha consolidado un circuito mixto entre unidades asistenciales y la Unidad de Investigación en el que muestras de archivo asistencial son cedidas a ensayos clínicos realizados en el HUJ utilizando la maquinaria de la Unidad de investigación.

OBJETIVOS

Presentar y analizar las ventajas de implementar un circuito mixto asistencial-investigación en la búsqueda y cesión de muestras de archivo asistencial para ensayos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El elevado número de ensayos clínicos en los que participa la Unidad de Oncología Médica ha derivado en el aumento de la demanda de muestras de archivo asistencial de la Unidad de Anatomía Patológica para atenderlos.

Por ello, desde el año 2019, en el HUJ se ha implementado un circuito mixto asistencial-investigación en el que la Unidad de Oncología vehicula las peticiones de este tipo de muestras a través de la Unidad de Investigación del HUJ, quien es la encargada de completar el circuito con Anatomía Patológica en la búsqueda, selección y cesión de muestras de archivo asistencial.

RESULTADOS

1. Cesión de un total de 218 muestras de archivos asistencial de la Unidad de Anatomía Patológica a 20 ensayos clínicos coordinados por la Unidad de Oncología Médica.
2. Disminución de los tiempos entre la solicitud de petición y entrega de la muestra.
3. Descarga asistencial de los médicos clínicos.
4. Redacción de un procedimiento normalizado de trabajo específico del circuito mixto asistencial-investigación.

CONCLUSIONES

La implementación del circuito mixto asistencial-investigación en el HUJ ha contribuido a acortar los tiempos desde la petición hasta la cesión de muestras para investigación entre unidades asistenciales, debido a que anteriormente los patólogos eran los encargados de recibir la petición de muestras, seleccionar la muestra, realizar la cesión y registrar la salida en la base de datos.

Con el nuevo circuito mixto, el patólogo únicamente realiza la selección de la muestra y valida el informe de salida de la muestra en la base de datos, aliviando así parte de su carga asistencial y agilizando la cesión de las muestras a la Unidad de Oncología Médica.

PROPUESTA DE MEJORA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN A POBLACIÓN NO ASIGNADA

MARTA FREIXES MARIMON [(1)]; MARIA ROSER PEDRET LLABERIA [(1)]; NURIA MORA GILABERT [(1)]; TERESA DUATIS CASAMITJANA [(1)]; XAVIER BRUMOS CARBONELL [(1)]; MARIA ISABEL EXPOSITO RODRIGUEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] ABS MONT-ROIG DEL CAMP

ID: *6742*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *LEAN FARMACIA SATISFACCIÓN*

JUSTIFICACIÓN

A partir de la colaboración en el "Plan de fortalecimiento y transformación de la atención primaria" se ha identificado una dificultad que hace referencia a la población flotante. Por características culturales y geográficas, nuestro centro de trabajo se caracteriza por tener un gran volumen de población no asignada durante todo el año, pero sobre todo en periodos vacacionales. Este hecho conlleva una problemática en referencia a la prescripción de medicación, por no cumplir con el presupuesto establecido de farmacia, por la seguridad del paciente y por su insatisfacción final.

OBJETIVOS

Reducir un 8% el gasto en farmacia y aumentar la satisfacción de los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante la metodología Lean y sus herramientas se ha elaborado una propuesta de mejora para solucionar la problemática detectada. Observado la situación inicial mediante la realización de un Value Stream Mapping (VSM) se han estudiado los procesos que se llevan a cabo y se han detectado distintos puntos mejorables. Con la ayuda de otra técnica Lean, los cinco porqués, se han analizado las causas de los problemas y se ha realizado un segundo VSM con las propuestas de mejoras aplicadas. Todo ello acompañado de un plan de acción para concretar el qué, el cómo y el cuándo. Para finalizar el proceso, se han establecido unos indicadores de seguimiento para poder evaluar los resultados, con la idea de revalorar las propuestas hasta llegar al resultado deseado.

RESULTADOS

Los resultados de esta propuesta de mejora todavía están pendientes de evaluar mediante los indicadores de seguimiento del gasto en farmacia y las reclamaciones de los usuarios.

CONCLUSIONES

Es necesario unificar los criterios de trabajo para reducir la variabilidad clínica e informar, a trabajadores y usuarios, sobre el procedimiento correcto. De esta manera, se muestra coherencia ante los usuarios, estos entienden los motivos por los cuales no se les puede recetar cierta medicación y se mejora su seguridad clínica.

Con la mejora implementada se espera un aumento de la satisfacción de los usuarios y una reducción del gasto en farmacia para poder cumplir los acuerdos de gestión.

INFECCIÓN COVID-19 Y COINFECCIÓN NOSOCOMIAL POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN MEDICINA INTENSIVA: PREVENCIÓN Y CONTROL

ROSA Mª SABATER-RAGA [(1)]; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ [(1)]; LLUÏSA BANCÓ-TURA [(1)]; BEATRIZ MARTÍNEZ-GARCIA [(1)]; CLARA SIBINA-MACHENGS [(1)]; ANDREU ALOY-DUCH [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO

ID: *6759*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *COVID, coinfección bacteriana, gérmenes multiresitentes*

JUSTIFICACIÓN

Durante la 1ª oleada de la COVID-19, los casos más críticos ingresaron en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI COVID); en ellas, las infecciones nosocomiales (IN) fueron uno de los problemas más importantes. La sobrecarga de pacientes durante la 1ª ola y la carencia de los EPI adecuados, produjeron brotes puntuales de IN bacterianas multirresistentes.

OBJETIVOS

Describir, en un estudio retrospectivo de abril-mayo-2020, un brote persistente de IN de bacterias multirresistentes en una de las unidades de UCI COVID.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante la 1ª oleada de la pandemia, se llegó a 55 camas de UCI (10 previas), y 44 camas fueron UCI COVID en 2 unidades. Se diagnosticaron 190 casos de COVID (82% hospitalizados) con 19,1% ingresados en la UCI. Los espacios de UCI fueron: UCI COVID (1ªC boxes individuales y sala general "limpia"; 2ªC previamente no era UCI, boxes dobles y sala general "sucia"), y UCI NO COVID (3ªREA-QUIR, sala diáfana). Previamente a la pandemia, la UCI realizaba cribados de vigilancia (parados en 1ª ola). Las bacterias nosocomiales fueron: Enterobacter aerogenes (EA) y Enterobacter cloacae (EC) multirresistentes, socas con hiperpoducción de Beta-lactamasa cromosómica AmpC y Staphilococcus aureus meticilina-resistente (SARM).

RESULTADOS

En la 2ªC, UCI COVID, se produjeron 21 casos: a) EA+SARM en 8; b) EA en 7; c) EC en 4 casos; d) EC+SARM en 2. La mortalidad fue de 3 casos (14,3%) no atribuible a la IN.

CONCLUSIONES

El impacto de la 1ª oleada en la UCI fue muy importante (déficit de equipamientos, EPIs adecuados, disfunciones de circuitos, habitaciones dobles, y el paro de los cribados) provocando, en unos espacios inadecuados, la dificultad para cumplir con las medidas de prevención.

REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

YOLANDA AGUILAR GASCÓN [(1)]; YARA MARIA ALONSO TRIANA [(1)]; RAQUEL MONREAL PRATS [(1)]; MARIA ISABEL MIR CASES [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ID: *6760*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *Reenvasado, dosis unitaria*

JUSTIFICACIÓN

El reenvasado de medicamentos en dosis unitarias para pacientes hospitalizados aumenta la seguridad del tratamiento que recibe el paciente al estar descritas todas las características del fármaco incluido el lote y la caducidad.

OBJETIVOS

Describir cualitativa y cuantitativamente el proceso del reenvasado de medicamentos en dosis unitaria en reenvasadoras manuales realizado por las técnicas de farmaica (TAF) en un Servicio de Farmacia Hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se detalla el proceso de reenvasado de medicamentos en un Servicio de Farmacia hospitalaria. Además, se analizó cuantitativamente el reenvasado de medicamento durante el mes de mayo de 2022 detallando el número de unidades reenvasadas, las presentaciones comerciales y principios activos a los que corresponden, y cuáles son los 5 principios activos más reenvasados.

RESULTADOS

Cuando la TAF recepciona un medicamento y observa que en su acondicionamiento primario no aparece el lote y la caducidad a pesar de ir en dosis unitarias o que va en un envase donde no se diferencia dosis unitarias (por ejemplo: un frasco o un bote), se selecciona para ser reenvasado con el fin de que disponga de toda la información correspondiente en cada unidad de medicamento (comprimido, cápsula… etc) que se pueda dispensar. En ocasiones, esto no se observa hasta que se va a dispensar a un paciente, en ese caso, se reenvasará en el momento, o si no es urgente, se reenvasará al día siguiente. De forma general, se reenvasa una vez al día, salvo excepciones como las mencionadas. En la etiqueta del medicamento reenvasado aparece la siguiente información: código H, código nacional, presentación comercial, principio activo, dosis, excipientes de declaración obligatoria, lote, fecha de caducidad y fecha de reenvasado.

En el mes de mayo se reenvasaron un total de 8892 unidades de medicamentos, lo que corresponden a 120 presentaciones comercializadas de medicamentos en referencia a 95 principios activos. El 23,2% de las unidades reenvasadas corresponden a los siguientes 5 principios activos: furosemida, bisoprolol, Lorazepam, prednisona y ácido fólico.

CONCLUSIONES

El reenvasado de medicamentos garantiza la calidad y seguridad de la dispensación de medicamentos a los pacientes hospitalizados al asegurarnos que los medicamentos están correctamente identificados hasta el momento de su administración.

ATENCIÓN DE ADICCIONES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA UASA (UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES)

ISABEL CASTELLANO JUSTE [(1)]; ANA SAENZ BALLOBAR [(2)]; CARMEN JULVE CASTRO [(3)]; CRISTINA FALO ORCAL [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] UASA (UNIDAD DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ADICCIONES) ALCAÑIZ, [(2)] UASA ALCAÑIZ, [(3)] UASA, [(4)] UASA DE ALCAÑIZ

ID: *6765*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Adicciones, Pandemias de COVID-19, abstinencia y visitas.*

OBJETIVOS

La Covid-19 ha supuesto un gran impacto sociosanitario en los pacientes y un reto para la atención, además de propiciar cambios en las pautas de consumo.

OBJETIVOS

Mostrar las variaciones en los patrones de asistencia a la Unidad de Adicciones de nuestro sector. Identificar los tipos de adicciones atendidas.

METODO Y MATERIALES

La UASA, unidad formada por Psiquiatra, Psicologa, Trabajadora Social y Enfermera, atiende a usuarios con problemas de adicciones a sustancias como adicciones comportamentales.

La atención se mantuvo presencial, con medidas de protección recomendadas, salvo los meses de Marzo a Mayo del 2020, fueron telefónicas y después recuperamos la presencialidad. Al inicio del tratamiento la periodicidad es semanal espaciándose las visitas según evolución del paciente, dado por finalizado el tratamiento a los dos años de abstinencia.

Se trabaja coordinados con la Unidad de Salud Mental, con los C.S., centros educativos y servicios sociales de la zona.

RESULTADOS

En 2019, 332 (203 hombres y 60 mujeres) 1ª visitas 118. Las preferencias de consumo de los usuarios atendidos ese año no difiere de los años de pandemia.

Durante los años 2020 y 2021 se atendieron un total de 505 usuarios (395 hombres y 110 mujeres) con problemas de adicciones; 187 fueron 1ª visitas.

Aunque el perfil del tipo de adicciones no ha variado sensiblemente respecto a 2019, se observa un incremento en las adicciones a conductas (juego y apuestas on line fundamentalmente) donde se percibe un incremento de usuarios con respecto a los años anteriores a la pandemia (4,36% de los usuarios atendidos vs 3,3% antes de la pandemia). Del resto de adicciones atendidas un 35,84% corresponde al alcohol, 27,33% a cocaína, 16,04% a opiáceos y 11,68% a cannabis. Siendo estas las que se atienden principalmente.

El resto como hipnóticos 2,18%, anfetaminas 1,19%, tabaco 0.99% y ketamina 0.39%.

En el período del confinamiento observamos una disminución de la adherencia a las visitas por lo que en Mayo pasamos a la presencialidad con lo que recuperamos la adherencia

Hubo un cambio en el patrón de consumo “de fiesta” por un consumo en solitario.

Los centros educativos nos han comunicado un aumento de las adicciones comportamentales, aunque todavía; no se traduciría en los datos obtenidos por encontrarse en estados iniciales de la conducta problemática (uso de pantallas y juego online).

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades derivadas de la pandemia, el equipo de la UASA ha seguido atendiendo de forma eficaz y eficientemente a los usuarios y trabajando coordinada con las unidades mencionadas.

Pese a las restricciones derivadas de la Covid-19 no se detecta una significativa disminución en las 1ª visitas al contrario de los seguimientos que si se vieron mermados con respecto al 2019.

Habrá que estar pendientes a las adicciones comportamentales de los adolescentes manteniendo el contacto con los centros educativos por si procediera alguna intervención comunitaria.

BENEFICIOS DE LA IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA EN UN SERVICIO DE DISPENSACIÓN FARMACÉUTICA CON ATENCIÓN TELEM

MARIA KATIA ESPINOSA MORER [(1)]; ARANTXA MAGALLÓN MARTINEZ [(1)]; ARITZ MERCHÁN FLORES [(1)]; TRÁNSITO SALVADOR GÓMEZ [(1)]; JORGE CASTELLANOS SASTRE [(1)]; JOSÉ MANUEL VINUESA HERNANDO [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6835*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *atención telemática, dispensación, técnico en farmacia*

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de la figura del Técnico de Farmacia en los servicios de Farmacia Hospitalaria conlleva numerosos beneficios en el propio servicio y en la atención de los pacientes.

OBJETIVOS

Describir los beneficios de incorporar la figura del técnico de farmacia (TAF) en el envío con dispensación de medicación coordinada con dos Centros Médicos de Especialidades (CME) con atención farmacéutica telemática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de las dispensaciones realizadas por el técnico de farmacia desde un hospital de tercer nivel desde Enero a Marzo 2022 a los pacientes adheridos al programa de Telefarmacia de los Centros Médicos Especializados (CME) de Cinco Villas y Moncayo. Para ello se han consultado los informes de seguimiento de la plataforma logística encargada del transporte y se ha elaborado una hoja Excel en la que se ha recopilado toda la información relativa a los pacientes.

RESULTADOS

Tras la realización de la Teleconsulta por teléfono (a tiempo real) o por e-mail (comunicación asincrónica) por parte del farmacéutico a los pacientes adheridos al programa, el técnico de farmacia realiza la dispensación y acondicionamiento individual de la medicación bajo supervisión farmacéutica. En el periodo de estudio se han realizado seis envíos con dispensación correspondientes a 221 pacientes de los dos CME registrados en la plataforma logística, y que suponía una media de 36,8 pacientes por cada envío. La medicación enviada en total fue de 7134 unidades de medicamentos (1189 unidades de media por envío) que se correspondían con 65 especialidades de medicamentos diferentes. Los pacientes a los que se les envía la medicación padecían diferentes patologías fundamentalmente de tipo autoinmune. Los medicamentos en su mayoría eran biológicos, suponiendo un alto impacto económico con condiciones de conservación entre 2-8 ºC. Para asegurar la continuidad de la cadena de frío en el transporte se realizaba un seguimiento de control de temperatura a través de datalogger.

CONCLUSIONES

La colaboración del TAF en Telefarmacia, bajo supervisión farmacéutica, permite que esta prestación pueda llegar a más pacientes y que el farmacéutico pueda dedicar su atención a pacientes más complejos.

La Telefarmacia es una herramienta adicional a la atención presencial, que reduce desplazamientos sin mermar la atención farmacéutica recibida.

RELACIÓN DE LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA CON LA POLIFARMACIA Y PROBLEMAS ASOCIADOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

GUADALUPE PINO MERLO [(1)]; MANUEL MARTÍN DÍAZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] AREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE GRANADA

ID: *6854*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *calidad en tiempos difíciles (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Longitudinalidad, continuidad asistencial, atención primaria, polifarmacia, duplicidad medicamentosa, interacciones medicamentosas, prescripción potencialmente inadecuada-*

JUSTIFICACIÓN

Longitudinalidad es la atención por el mismo médico de la mayoría de los problemas del paciente, y se considera un elemento fundamental de la Atención Primaria (AP).

La polifarmacia, con sus problemas y riesgos asociados, constituye una preocupación creciente en todos los sistemas sanitarios desarrollados, donde el aumento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas y la creciente oferta y disponibilidad de una gran variedad de medicamentos predispone a su sobreutilización.

La longitudinalidad ha sido relacionada con una menor incidencia de polifarmacia y problemas asociados, pero, hasta el momento actual, no se ha realizado una revisión sistemática de la literatura sobre este aspecto.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es conocer la literatura científica relevante y llevar a cabo un análisis estructurado de las evidencias disponibles para valorar la relación existente entre la longitudinalidad y la prevalencia de la polifarmacia y problemas asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura. Pregunta PICO: para los usuarios de un SSP ¿existe alguna relación entre el grado de longitudinalidad en AP y la prevalencia de polifarmacia o riesgos asociados a la misma? Secuencia de búsqueda: ("longitudinality" OR "longitudinalidad" OR "longitudinal continuity" OR "regular general practitioner" OR "primary care continuity" OR "regular primary care" OR "continuity of patient care"OR "continuity of care") AND ("polimedicación" OR "polymedication" OR "polifarmacia" OR "polypharmacy" OR "deprescripción" OR "deprescription" OR "inappropriate medication" OR "duplicated medication" OR "drug-drug interaction")

Para el cribado y selección de originales se siguieron criterios previamente establecidos y para evaluar la calidad de los estudios seleccionados utilizamos el sistema GRADE.

RESULTADOS

La búsqueda realizada obtuvo 111 registros en PubMed y 149 en Scopus. Tras eliminar duplicados quedaron 164 registros, que fueron revisados por los autores de forma independiente. Se buscaron y se recuperaron todos los originales de las 12 referencias que fueron consideradas de potencial interés por alguno de los revisores. En las listas de bibliografía se localizaron 5 estudios de interés y también se obtuvieron los originales. Finalmente, se seleccionaron 11 trabajos para su análisis.

La mayoría de estos trabajos eran estudios de cohortes retrospectivos sobre poblaciones de adultos mayores, casi todos evalúan la continuidad desde índices cuantitativos que se pueden obtener de las bases de datos asistenciales, y todos demuestran una relación estadísticamente significativa entre estos índices y la prevalencia de polifarmacia, interacciones, duplicidades o prescripciones inadecuadas.

CONCLUSIONES

La pérdida de la longitudinalidad en AP, determinada por diversos índices cuantitativos, está claramente relacionada con el aumento de prevalencia de polifarmacia, medicamentos no indicados, duplicidades e interacciones medicamentosas.

MEJORAR EL ENTORNO PARA MEJORAR LA SALUD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ISABEL IZQUIERDO MEMBRILLA [(1)]; ALICIA DIAZ REDONDO [(1)]; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ [(1)]; JULIA RODRIGUEZ SANCHI-DRIAN [(1)]; NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA [(1)]; MARTA SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

ID: *6872*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *nuevas relaciones con los pacientes y ciudadanos (sin subárea)*
Premio al que opta: *Opta a premio*

Logros conseguidos desde la implantación de responsabilidad social corporativa (RSC) en el hospital desde 2018 hasta 2022, incorporación objetivos de desarrollo sostenible (ODS) claves para la organización para impactar de manera positiva en las personas y su entorno

ALIANZA DE RASTREO CON EL SERVICIO DE PROTECCIÓN CIVIL DE NUESTRA COMUNIDAD

EULALIA JUAN RUIZ [1]; JOSE MANUEL PÉREZ FERNÁNDEZ [2]; LUIS PUEBLA MANZANOS [1]; DANIEL CAMPOY SOTO [3]; SILVIA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ [4]; MARIA TERESA LÓPEZ SOLER [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (MURCIA), [2] HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (MURCIA), [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (MURCIA), [4] CENTRO DE SALUD ÁGUILAS NORTE (MURCIA), [5] CENTRO DE SALUD AGUILAS NORTE (MURCIA)

ID: *6888*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Participación Ciudadana*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *COVID-19,coordinación, protección civil.*

JUSTIFICACIÓN

A principios de diciembre de 2019, se detectó una neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan que se expandía con gran facilidad. Reportados a final de mes a la Organización Mundial de la Salud, es el 11 de marzo de 2020 cuando se declara Pandemia la infeccion por el virus SARS-Cov2.

OBJETIVOS

1. Control de la transmisión del SARS-CoV2.
2. Detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19.
3. Establecimiento precoz de medidas protectoras para evitar nuevas infecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El término protección civil define la estrategia que tiene cada municipio tiene para afrontar situaciones de emergencia. En España, la Ley 2/1985 concede a las Administraciones Públicas, un marco constitucional adecuado y un instrumento jurídico para el inicio del Sistema de Protección Civil.

Se presenta un estudio transversal retrospectivo del trabajo conjunto de los profesionales sanitarios de una localidad y el servicio de protección civil municipal, debido al desbordamiento de los centros sanitarios ante la necesidad de rastreo sumado a su trabajo asistencial.

Tras la realización de varias reuniones para la coordinación de los equipos, se estableció una plantilla de rastreo, que constaba de datos identificativos, fecha de realización de pruebas diagnósticas y fecha del último contacto del caso confirmado, caso índice y de los contactos estrechos.

RESULTADOS

El municipio estudiado cuenta con una población de 35.368 habitantes, distribuida en dos centros de salud, Norte contabiliza 20.849 usuarios y Sur 14.519.Fueron aislados 871 casos positivos de infeccion por SARS-CoV2 y 2.000 contactos estrechos desde el 1 de noviembre de 2020 al 30 de junio de 2021, coincidiendo con las llamadas tercera y cuerta ola, distribuidos de la siguiente manera: Noviembre: 60 positivos y 107 contactos, diciembre: 98 casos y 275 contactos, enero: 460 casos y 980 contactos, febrero: 129 casos y 307 contactos, marzo:40 casos y 107 contactos, abril: 59 casos y 161 contactos, mayo: 23 casos y 63 contactos, junio: 2 casos y 0 contactos. Con una prevalencia de enfermedad del 2.46%, se puso en cuarentena al 8.11% de la población en este periodo de tiempo, con una relación media de 2.29 contactos por cada caso confirmado.

CONCLUSIÓN

La misión de la atención primaria es garantizar una atención sanitaria de calidad, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La promoción se define como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud. Es necesario reforzar la atención comunitaria. El empoderamiento para la salud supone que las personas se unan,con el objetivo de conseguir una mayor influencia sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad. Algo que se ha puesto de manifiesto con el vínculo establecido con el servicio de protección civil de nuestro municipio, estructurado en sus dos principios fundamentales de solidaridad y de coordinación.

IMPORTANCIA DE LA VISIÓN HOLÍSTICA EN EL MANEJO DE ÚLCERAS CRÓNICAS EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO. REVISIÓN DE U

MARTA MARTÍNEZ MIGALLÓN [1]; MARISA FORÉS PALACIOS [1]; SOFÍA DINIS COSTA [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CAP HORTS DE MIRÓ, [2] CAP TÁRRACO

ID: *7124*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Premio al que opta: *Opta a premio*

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos complejos (PCC) son aquellos que presentan mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a la revaloración continua y en diferentes niveles asistenciales y requieren continuidad en los cuidados.

La gestión proactiva de de los problemas crónicos de los pacientes así como el apoyo en el autocuidado, autogestión y liderazgo son prácticas avanzadas de la enfermería importantes para todos los pacientes y sobretodo en pacientes de edad avanzada o dependientes en los que se necesitan unos cuidados efectivos que garanticen un nivel de calidad basado en evidencia científica.

Se realizó una reevaluación enfermera de la situación de un paciente pluripatológico de 79 años con úlceras cronificadas en extremidad inferior que presentaba empeoramiento progresivo de las úlceras así como de su estado general requiriendo en un periodo corto de tiempo múltiples hospitalizaciones por reagudización de sus patologías de base.

OBJETIVOS

Resaltar la importancia del abordaje integral y holístico de un paciente crónico complejo con úlcera de extremidad inferior de larga evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal del caso. La descripción detalla las diferentes dimensiones del paciente y los procesos asistenciales realizados por la enfermera y el equipo multidisciplinar.

RESULTADOS

Tras meses de reagudizaciones de las patologías de base y empeoramiento clínico de las úlceras de extremidad inferior, gracias a una reevaluación enfermera de la situación del paciente desde una perspectiva holística y al trabajo con el equipo multidisciplinar se detectó y abordó una Diabetes Mellitus no conocida, se consiguió la adherencia terapéutica a las medidas establecidas pactadas y se anticiparon nuevas reagudizaciones que resultaron en la resolución de las úlceras de extremidad inferior y mejoría de su estado basal.

CONCLUSIONES

La enfermedad crónica compleja precisa una visión holística así como un abordaje multidisciplinar para atender la alta complejidad de forma adecuada. La figura de la enfermera gestora de casos o referente de cronicidad permite al equipo de salud mejorar la atención y seguimiento de los pacientes frágiles y complejos a fin de evitar agravamientos en la salud de los pacientes así como reducir el gasto hospitalario y asistencia a urgencias innecesarias, que a su vez provocan un fuerte impacto emocional en la vida del paciente y un aumento del gasto sanitario.

ADECUACIÓN DEL PLAN ALIMENTARIO PARA PERSONAS CON DISFAGIA. INNOVACIÓN GASTRONÓMICA

DOLORS CABRE TORRELL [1]; WILFREDO BORREGO RAMOS [2]; ROSA MAGDALENA FERNÁNDEZ PLA [1]; PURIFICACIÓN FERNÁNDEZ RUBIO [3]; NURIA MALLEN ESPLUGAS [4]; DANIEL RODRIGUEZ BOGGIA [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CENTRO ASISTENCIAL MUTUAM LA CREUETA, [2] CENTROS ASISTENCIAL MUTUAM LA CREUETA, [3] CENTRO ASISTENCIAL MUTUAM LA CREUETA, [4] CENTRE ASISTENCIAL MUTUAM LA CREUETA

ID: *7152*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Disfagia, Texturas, Alimentación, Pauta nutricional, Innovación, Equipo Multidisciplinar, Deglución*

JUSTIFICACIÓN

En el año 2020 más del 60% de las personas atendidas en nuestro centro sufrían de disfagia (dificultad para tragar o deglutir alimentos o bebidas), que puede derivar en deshidratación, pérdida de peso, desnutrición, infecciones respiratorias o neumonías, además de malestar psíquico y emocional, empeorando la calidad de vida y aumentando la morbilidad y mortalidad de este grupo de población.

Para realizar un buen diagnóstico empezamos realizando recogida de signos clínicos: negación a comer ciertos alimentos, tos con la ingesta, necesidad de fragmentar los bolus, odinofágia, etc, confirmando su presencia y gravedad a través de métodos diagnósticos instrumentales y/o clínicos, permitiendo orientar la adaptación de la dieta necesaria y texturas de los alimentos y/o líquidos.

Las medidas dietéticas deben ser individualizadas a cada caso y adaptadas al momento de la evolución de la enfermedad y hacerlo de forma gradual a través de un abordaje multidisciplinar

En la gran mayoría de centros residenciales, las dietas para personas con disfagia son los triturados (en un solo plato se tritura el 1r plato y el 2do) , con una presentación que no atrae visualmente a su ingesta, además el gusto no es reconocido por la memoria gustativa de la persona, hecho que provoca una reducción en la ingesta alimentaria.

OBJETIVOS

Adaptar las dietas basales a las texturas para personas con disfagia Incluir a la persona con disfagia en el plan alimentario del centro Aumentar el placer de comer en los usuarios con disfagia

Mejorar el estado nutricional de personas que presentan disfagia Implicar y formar en disfagia a los profesionales asistenciales

Implicar y formar a los familiares en el proceso de alimentación de la persona con disfagia Implicar y formar a la persona atendida con disfagia

METODOLOGÍA

- Criterios de inclusión (residentes con disfagia) exclusión (personas sin disfagia)
- Equipo interdisciplinar (médico geriatra, enfermera, RHS, Coordinadora auxiliares, auxiliar referente, logopeda, nutricionista, responsable cocina, dirección)
- Recogida datos: encuestas alimentarias (iniciales, finales) y registros alimentarios
- Talleres formativos (grupo inclusión, profesionales asistenciales, familiares)
- Investigación y desarrollo: innovación gastronómica (adaptación tecnológica, mejora organizativa, mejora económica y eficiencia organizativa, innovación en el proceso.
- Valoración cualitativa por el usuario
- Valoración inicial, seguimiento y final de los datos biométricos y biomarcadores (estado nutricional usuario)

RESULTADOS

Pendiente de realizar la comparativa de los datos retrospectivos respecto a los actuales y su posterior análisis

CONCLUSIONES

Pendientes de elaborar las conclusiones a partir del análisis de los resultados.

PASEOS AL SOL: HUMANIZANDO LOS CUIDADOS EN CIRUGÍA

MIGUEL RUIZ MARÍN [1]; RAQUEL VERA MARTÍNEZ [2]; PEDRO ANTONIO PARRA BAÑOS [3]; ANTONIO ALBARRACÍN MARÍN BLÁZQUEZ [3]; CLARA GIMENEZ FRANCÉS [4]; MARIFE CANDEL ARENA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA, [2] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, [3] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA, [4] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ID: *7172*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Humanización, cirugía, paseos*

JUSTIFICACIÓN

Son múltiples las publicaciones y experiencias relativas a los procedimientos sobre humanización llevados a cabo en pacientes de ámbitos como los críticos.

No obstante, en otros ámbitos como las especialidades quirúrgicas, dado el aumento de la tecnologización de los procesos, existe en ocasiones un pérdida del foco en el paciente. Es llamativo como , en el campo de la cirugía, asociada con una importante ansiedad en ocasiones para los pacientes, existen muy pocas iniciativas sobre medidas de humanización en los procesos quirúrgicos.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia inicial con un paciente que gracias a la posibilidad de realizar paseos en el exterior del hospital, mejoró clínicamente.

RESULTADOS

Varón de 35 años diagnosticado de adenocarcinoma gástrico con afectación peritoneal que se interviene tras tratamiento neoadyuvante. Se realiza citorreducción completa con HIPEC consiguiendo CC0. Durante postoperatorio presenta complicación quirúrgica que requiere reintervención en dos ocasiones con infección por COVID intercurrente, requiriendo encamamiento prolongado. Debido a este encamamiento, presenta cuadro de dorsalgia resistente al tratamiento con opiáceos, infiltración y otras medidas terapéuticas.

Dada la situación, se habilitan los paseos al exterior del centro para mejorar la dorsalgia y permitir la visita de familia. La respuesta clínica a esta iniciativa fue espectacular, mejorando cínicamente y reduciendo al mínimo el consumo de analgésicos, consiguiendo el alta tras 73 días de ingreso.

CONCLUSIONES

La humanización en la medicina es una necesidad cada vez más importante en todos los ámbitos, incluida la cirugía.

Se hace necesario el desarrollo e implementación de prácticas estandarizadas para mejorar la estancia hospitalaria de los pacientes quirúrgicos.

ENDOCARDITIS COMO IRAS: ESTUDIO DE DOS CASOS

MIGUEL RUIZ MARÍN [1]; PEDRO ANTONIO PARRA BAÑOS [2]; LÓPEZ MORALES PEDRO [3]; ANTONIO ALBARRACÍN MARÍN BLÁZQUEZ [2]; MARÍA VALERO SORIANO [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA, [2] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, [3] HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

ID: *7173*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio* ***Palabras clave:*** *endocarditis, IRAS, oncología*

OBJETIVOS

La endocarditis infecciosa (EI) es una complicación infrecuente de los dispositivos intravasculares, con una morbimortalidad asociada elevada. Dentro de esta etiología, constituye menos del 1% como Infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), complicación cuya incidencia es susceptible de reducir.

Presentamos dos casos con EI como IRAS y describimos el análisis de esta grave complicación y las oportunidades de mejora detectadas para su prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de dos pacientes en tratamiento con NPT que desarrollaron EI como complicación.

RESULTADOS

Caso 1.

Mujer de 40 años con antecedentes de carcinomatosis peritoneal de origen gástrico diagnosticada 24 meses antes, intervenida de CC + HIPEC tras neoadyuvancia. Durante seguimiento se objetiva recaída peritoneal, recibiendo QT iv y PIPAC. Presenta cuadro de intolerancia digestiva, por lo que ingresa con NP. Durante su ingreso presenta fiebre en picos que tras objetivarse en hemocultivo S. aureus se confirma vegetación en tricúspide compatible con EI, retirándose reservorio y ajustándose antibioterapia. La paciente es alta con NPT y ATB domiciliaria, siendo existus dos mese tras le diagnóstico por progresión e la enfermedad.

Caso 2

Mujer de 62 años con antecedentes de ca gástrico intervenido 40 meses antes con QT adyuvante. Durante seguimiento se objetiva recidiva peritoneal, recibiendo QT iv y PIPAC por elevado ICP para CC. Consulta por disfagia progresiva, siendo diagnosticada de afectación peritoneal antevenida en dos ocasiones de bypass sin mejorar clínicamente. Tras 10 días de NPT comienza con fiebre, con cultivo positiva. Se pauta antibioterapia ajustada y retirada del reservorio, empeorando clínicamente y siendo existus 2 meses tras el diagnóstico.

CONCLUSIONES

La endocarditis infecciosa es una grave complicación que puede asociarse al uso de dispositivos intravasculares, entre otros factores de riesgo, con una mortalidad elevada que alcanza el 30% durante le primer año múltiples complicaciones.

Clínicamente se manifniesta como fiebre o clínica de sudor, mialgias, artralgias, etc. y los patógenos identificados más frecuentemente son S. aureus y Strept. Viridans, entre otros.

El tratamiento incluye la antibioterapia y la retirada de los dispositivos implantados como foco, reservándose la cirugía para las complicaciones como disfunción valvular, absceso, dificultad tratar o infección persistente.

En los casos presentados, la situación inmunológica por la QT recibida, desnutrición y neoplasia activa, así como el uso del dispositivo intravascular para infusión de NPT, se constituyen además como favorecedores del desarrollo de esta complicación.

No obstante, la manipulación en condiciones de asepsia y una estrecha vigilancia son pilares fundamentales para minimizar esta IRAS en pacientes oncológicos en situación terminal.

PROYECTO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

ANNA CORTIELLA MASDEU [1]; M. PILAR GOMEZ LURI [2]; OLGA AUBIA VILANOVA [2]; RAMI QANNETA [3]; IONE MONTALVO AGUIRREZABALA [2]; JESUS ESTEVE FERRAN [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] UFISS DE GERIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN XXIII. TARRAGONA., [2] H. UNIVERSITARIO JUAN XXIII, [3] GIPSS

ID: *7248*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Gestión de la cronicidad*
Palabras clave: *paciente anciano frágil paciente crónico complejo paciente crónico avanzado valoración geriátrica integral*

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida son hechos social y sociológico muy importantes del siglo XXI.

El concepto de paciente crónico complejo (PCC) responde a una persona que presenta una gestión clínica percibida como difícil para el personal sanitario.

La fragilidad corresponde a la inestabilidad clínica del paciente debido a la combinación de los cambios propios del envejecimiento y las secuelas de enfermedades crónicas. Alguna de las consecuencias de la fragilidad son las caídas, la dependencia funcional y el aumento de mortalidad. Estas personas tienen el índice de hospitalización y de uso de servicios de salud y sociales más altos. La situación de fragilidad puede ser reversible total o parcialmente.

En el entorno hospitalario, aproximadamente un 33 % de personas ingresadas son pacientes crónicos complejos, y esta cifra asciende a más del 50% en atención intermedia.

Los profesionales de los equipos de cronicidad han de tener un papel proactivo en la detección de estos pacientes PCC/MACA, así como en el compartir las propuestas de valor en cuanto al diagnóstico situacional y el plan de atención.

Nos planteamos poder dar una mejor respuesta a esta realidad y atender las necesidades asistenciales de este grupo de edad para recibir una atención diferenciada y especializada. Así queremos reforzar el modelo de atención geriátrica integral en los pacientes mayores con perfil geriátrico, frágiles, con complejidad compleja (PCC) y avanzada (MACA) ingresados en un hospital de agudos.

OBJETIVOS

- **General**: Mejorar la atención de la población diana: pacientes de edad avanzada, frágiles, PCC y MACA
- **Específicos**: Detectar esta población diana. Realizar una valoración geriátrica integral. Actuar de equipo de soporte a estos pacientes durante su ingreso hospitalario. Garantizar a su alta el recurso más adecuado y mejorar las transiciones

MATERIAL Y MÉTODOS

En febrero del 2022 se propone que la UFISS de geriatría tenga un papel protagonista en la cronicidad dentro del Hospital de agudos.

En marzo se realiza y se presenta el plan funcional de la cronicidad, que se aprueba en abril y se pone en marcha en mayo en los servicios de urgencias, de cirugía general y de traumatología.

Indicadores:

- N.º total de pacientes >85 a. atendidos en urgencias con una VGI realizada.
- N.º total de pacientes >85 a. que se trasladan a las alternativas de la hospitalización convencional.

RESULTADOS

1. Elaboración del Plan funcional
2. Hacer difusión del proyecto, mediante sesiones

CONCLUSIONES

- Se ha puesto en marcha el proyecto de atención a la cronicidad, con la sensación de buena acogida por parte de los profesionales de los diferentes servicios
- Se da una mayor concienciación del paciente geriátrico en el hospital de agudos
- Se mejora la planificación del alta y la adecuación terapéutica.

CULTURA DE SEGURIDAD EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS TUTELADAS EN EL GRADO DE ENFERMERIA

PATRICIA MARIA ROLLE FERNÁNDEZ [(1)]; ÁNGELA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ [(1)]; ESPERANZA VELEZ VELEZ [(1)]; CRISTINA GÓMEZ MORENO [(1)]; BEATRIZ MARÍA GONZÁLEZ TOLEDO [(1)]; BELÉN GONZÁLEZ TEJERINA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] ESCUELA DE ENFERMERÍA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

ID: *7284*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Plataforma digital, Registro de actividades, Cultura de seguridad*

JUSTIFICACIÓN

Las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería son una materia clave para su formación. El objetivo principal es dotar de la competencia necesaria para el desarrollo de una práctica profesional excelente. Para focalizarnos en la seguridad del paciente, la etapa de formación cobra gran importancia por ser donde se adquieren las competencias desde una base científica y práctica fomentándose desde el inicio la actitud y aptitud de las buenas prácticas, lo que redunda en la cultura de seguridad.

Son varias las estrategias que permiten fomentar esta cultura durante la formación práctica de los estudiantes, entre ellas: la notificación de incidentes que incorpora la plataforma de la universidad, lo que genera el hábito de comunicación de errores, al igual que el registro de todas las actividades relacionadas con la atención al paciente.

El registro de intervenciones y la notificación de contingencias, entre otras, es posible en La Escuela de Enfermería FJD-UAM con la implementación de la plataforma digital ESFER para mejorar el seguimiento y objetivar la adquisición de las competencias que los estudiantes deben adquirir. ESFER es una herramienta telemática que permite el seguimiento y evaluación de los estudiantes en sus prácticas en tiempo real, permitiendo conocer qué intervenciones realizadan cada día, entre las cuales, destacamos aquellas que se relacionan con la seguridad del paciente: Identificación del paciente, higiene de manos, preparación y administración de medicación de forma segura, prevención de caídas, etc.

Se fomenta la cultura de seguridad al realizar un check por actividad realizada. La enfermera que tutoriza al estudiante debe realizar un visado “conforme” de los registros que ha marcado el estudiante en su jornada, demostrando su veracidad.

Objetivo principal:

Analizar el registro de cada intervención relacionada con la seguridad del paciente que realizan los estudiantes.

Objetivos secundarios:

1. Conocer el registro de intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente
2. Comparar estos registros según curso académico.
3. Cuantificar el registro de actividades según las distintas unidades de rotación.
4. Identificar aquellas actividades con un porcentaje de registro más débil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un diseño descriptivo de los datos recogidos del C.A 21/22 se podrá extraer y analizar los datos de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente.

Se analizarán de forma cualitativa y cuantitativa las intervenciones registradas , por curso académico, por rotatorio y por unidades de prácticas.

Resultados esperados: un cumplimiento por encima del 75% de las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente.

La identificación de las intervenciones menos registradas y de importancia para la seguridad permitirá poner en marcha acciones de mejora.

El resultado final a alcanzar: 100% del cumplimiento en el registro de intervenciones para una atención de calidad excelente.

SEGURIDAD DE PACIENTES: ESTANDARIZACIÓN E INFORMACIÓN

ALICIA HERNÁNDEZ SANTANA [1]; ROSA MARÍA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ [2]; MARÍA JOSÉ DÉNIZ RODRÍGUEZ [2]; CAROLINA AFONSO PISOS [2]; MACARENA PASQUAU NIETO [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (CANARIAS), [2] CHUIMI

ID: *7294*
Tipo de comunicación: *Póster*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Palabras clave: *Seguridad, cuidados, catéter*

JUSTIFICACIÓN

Los catéteres venosos son dispositivos habituales en la asistencia sanitaria, que persiguen un fin diagnóstico o terapéutico, destacando la administración de medicación, hemoderivados y nutrición parenteral. En los últimos años los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) se han hecho populares para el acceso venoso en el ámbito hospitalario. En comparación con los catéteres venosos centrales tradicionales, los PICC ofrecen varias ventajas incluyendo mayor facilidad en su inserción, menores tasas de complicaciones y uso por largos periodos de tiempo.

A pesar de estas ventajas, los PICC pueden dar lugar a complicaciones locales o sistémicas. Entre las locales se encuentran hematomas, tromboflebitis y la infección local, y las sistémicas la enfermedad tromboembólica venosa y la bacteriemia asociada a catéteres, que aunque son mucho menos frecuentes, son más graves y producen mayor morbimortalidad.

OBJETIVOS

Garantizar la seguridad de pacientes con dispositivos venosos de inserción periférica. Objetivos específicos:

Reducir la variabilidad de la práctica clínica. Disminuir complicaciones derivadas.

Mejorar la información al paciente/familia en el manejo del dispositivo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de fuentes de evidencia científica de organismos recopiladores y elaboradores de guías de práctica clínica nacionales e internacionales ya evaluadas.

Se han consultado las bases de datos MEDLINE y Cochrane Library para la recopilación de guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas desde 2016 hasta 2021. Realización de protocolo y hoja informativa aprobados y codificados por la Unidad de Gestión de la Calidad.

RESULTADOS

Se ha elaborado un protocolo que pretende aumentar la seguridad del paciente a través de la aplicación eficaz de recomendaciones para la inserción y cuidados del catéter. Además, con el objetivo de ofrecer cuidados seguros al paciente se ha elaborado una hoja informativa con recomendaciones de autocuidado del paciente con PICC.

CONCLUSIÓN

Las acciones de mejora basadas en la protocolización y estandarización de los cuidados reducen la variabilidad de la práctica clínica. La aplicación eficaz repercute en el aumento de la seguridad del paciente y disminución de problemas asociados, así como mayor confort del paciente.

El uso de tratamiento mediante PICC evita en determinados casos la colocación de un port a cath, precisando menor tiempo de colocación y menos complicaciones asociadas, lo que supone un ahorro en costes dentro del impacto presupuestario.

Por tanto, asegurar el uso y manejo apropiado de los PICC así como cuidados por parte del paciente o cuidador con la educación adecuada evita eventos adversos costosos y potencialmente mortales.

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE HEMOGLOBINA GLICADA BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES

PABLO GARCÍA HERNÁNDEZ [1]; ADELA CORTES GIMENEZ-CORAL [1]; SARA CARRERA QUIROGA [1]; JOSE ANTONIO GONZALEZ SANCHEZ [1]; MARIA BEGOÑA ALVAREZ MUÑOZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

ID: *5367*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VALOR; NO HACER; HbA1c; DIABETES; DIAGNÓSTICO*

JUSTIFICACIÓN

La hemoglobina glicada (HbA1c) refleja el promedio glucémico de un paciente en los últimos 2-3 meses, cuantificando la glucosa ligada a la hemoglobina durante el periodo de vida media del hematíe (120 días).

En 2021, la American Diabetes Association (ADA) publicó un documento de nuevas estrategias para el manejo del paciente diabético, en el que se indica que a los pacientes con buen control glucémico es suficiente la realización de controles semestrales de HbA1c.

OBJETIVOS

Actualizar los criterios automatizados de rechazo de la determinación de HBA1c en el sistema informático de laboratorio (SIL), así como realizar el seguimiento y evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

En marzo de 2013 se introdujo una regla experta en el SIL del laboratorio (GLIMS) que rechazaba la prueba HbA1c en aquellos pacientes que hubieran recibido una solicitud reciente (últimos 30 días).

La regla fue modificada en diciembre de 2021, para que el SIL rechazase la prueba en los siguientes escenarios:

- HbA1c solicitada en lapso inferior a 60 días (modificación de la regla original), para asegurar el recambio eritrocitario.
- HbA1c solicitada en lapso inferior a 180 días, cuando el valor previo fuese .....7% (unidades NGSP) ó 53 nmol/mol (unidades FCC), con la excepción de pruebas solicitadas expresamente por endocrinología (para pacientes con comorbilidades o cambios de medicación).

Se realizó un seguimiento con los datos de actividad del laboratorio desde el año 2010 para evaluar el porcentaje de rechazos trimestral y anual para evaluar el impacto de la modificación de la regla.

Como indicadores se tomaron los propuestos por la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM): A) ratio pruebas informadas/1000 habitantes del área (aceptación: <1,85) y B) ratio pruebas informadas/año respecto al total de pacientes a los que se solicitó HbA1c (aceptación: <1,35).

RESULTADOS

Tras implantar la regla, el total de rechazos entre 2013 y 2021 fue de 4,96% (rango 2,70% - 6,82%). Tras la actualización, en el periodo de estudio (enero – marzo 2022), se recibieron 1078 peticiones, y se rechazaron 113 (10,5%), siendo superior respecto a años previos en el mismo periodo: 4,13% (2018); 4,17% (2019); 6,63% (2020) y 5,87% (2021)

Todos los años se cumplió el límite establecido por AEBM en el criterio A, con ratios comprendidos entre 54,08 y 83,24. Por su parte, el criterio B no se cumplía antes de la implantación de la medida, con valores de 1,48 (2010); 1,44 (2011) y 1,42 (2012). Tras la implantación, desde 2014 todos los años se cumplió el indicador (rango: 1,22 – 1,30)

CONCLUSIONES

Las solicitudes recibidas de HbA1c en los laboratorios clínicos han experimentado un crecimiento en los últimos años. Las medidas aplicadas, basadas en criterios fisiopatológicos, han sido adecuadas para ejercer un control sobre la demanda de pruebas de HbA1c solicitadas de forma innecesaria en pacientes que presentan un control glucémico adecuado.

TÉCNICA PUNCIÓN RESERVORIO VENOSO

DANIEL PÉREZ VECINO [1]; FERNANDO SALVADOR SÁNCHEZ [1]; MARTA RAMOS FERNANDEZ [1]; MARÍA JULIA DEL RÍO JIMENEZ [1]; TERESA NAVARRO CATIVIELA [1]; MARÍA CRUZ PIQUERO MICHETO [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

ID: *6274*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *NUEVOS ROLES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Reservorio; Vía Central; Punción; Estéril; Protocolo; Complicaciones*

Los reservorios venosos subcutáneos son un tipo de vía central implantada que mejora mucho la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamientos de larga duración.

La punción de un reservorio es una técnica de enfermería, muy específica que conlleva riesgos potenciales para el paciente como la infección, sepsis, obstrucción del catéter y ulceración del bolsillo. Son complicaciones con graves consecuencias para el paciente y muchas veces relacionadas con una mala técnica en la punción del dispositivo, por lo tanto evitables en su mayoría con una correcta formación y entrenamiento.

Con el aumento de pacientes oncológicos cronicos están aumentando el número de pacientes portadores de R.V.S. tanto en hospitalización como en atención primaria. Esto supone un nuevo desafío para enfermería quien debe familiarizarse con ésta técnica estéril para mejorar el confort de sus pacientes portadores de reservorio y no ponerlos en riesgo.

El Grupo de Formación del Reservorio Venoso Subcutáneo del HCU ha venido realizando desde hace varios años cursos teórico-prácticos para formar al personal de su sector sanitario en la correcta punción y ha desarrollado este vídeo para que todos los profesionales puedan resolver cualquier duda antes de enfrentarse a la técnica.

Diversas encuestas de satisfacción ponen de manifiesto que el vídeo les es de utilidad y que les aporta más información en menos tiempo que un protocolo de procedimiento. De igual manera unos cuestionarios tipo test de veinte preguntas realizados antes y después de la proyección del vídeo han demostrado un aumento de respuestas correctas del 27%.

Estos resultados tan contundentes nos han animado a presentar nuestro vídeo al Congreso Nacional de Calidad porque entendemos que es un claro ejemplo de como un medio audiovisual puede instruir y mejorar la calidad asistencial, siendo mejor aceptado entre los profesionales que la lectura de un protocolo de procedimiento.

ADECUACIÓN DE LA DEMANDA DE PROTEINOGRAMAS BASADA EN DECISIONES INTELIGENTES

PABLO GARCÍA HERNANDEZ [(1)]; SARA AVANZAS FERNANDEZ [(1)]; ADELA CORTES GIMENEZ-CORAL [(1)]; SARA CARRERAS QUIROGA [(1)]; JOSE ANTONIO GONZALEZ SANCHEZ [(1)]; MARIA BEGOÑA ALVAREZ MUÑOZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

ID: *6559*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Adecuación: No hacer. Sobrediagnóstico y sobretratamiento*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *VALOR; EFICIENCIA; HUMANIZACIÓN; SOBREDIAGNÓSTICO; SOBRETRATAMIENTO; SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMUNES; COORDINACIÓN*

INTRODUCCION

El proteinograma es una prueba que ha demostrado su utilidad en el diagnóstico y seguimiento de las gammapatías monoclonales (GM), patologías de lenta progresión, que presentan una incidencia baja en Europa (45-60 casos/millón habitantes/año). La edad promedio en el momento del diagnóstico se sitúa en los 70 años. No está indicado el uso del proteinograma como herramienta de cribado general.

OBJETIVOS

Implementar el algoritmo de rechazo de pruebas innecesarias, o que aporten escaso valor diagnóstico, en base a las recomendaciones “No Hacer” de la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM), en el marco del proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España” impulsada por el Ministerio de Sanidad.

MÉTODOS

A finales de octubre de 2021 se adoptó el algoritmo de la AEBM para ejecutar una serie de reglas (de aplicación manual) para rechazar las solicitudes de proteinogramas de acuerdo a las siguientes reglas:

- **Criterio 1**: Solicitudes a pacientes con edad inferior a 50 años, excepto en los que existan criterios clínicos y analíticos de GM: enfermedad ósea, función renal alterada, enfermedades oncológicas y/o hematológicas, hipercalcemia, etc
- **Criterio 2**: Solicitudes a pacientes en cuya historia se evidencia la realización de la prueba con resultado no patológico, realizado antes de transcurrir un año desde la anterior determinación.

Para la valoración de la eficacia se valoró el porcentaje total de pruebas rechazadas por cada una de ambas reglas durante el periodo de estudio (noviembre 2021 – abril 2022). Se empleó el indicador de proceso propuesto por la AEBM: ratio anual de solicitudes en pacientes mayores de 50 años, que debe ser superior al 0,80 con respecto al total de las solicitudes.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recibieron un total de 983 peticiones, rechazándose 360 determinaciones (36,62%): 226 (22,99%) por criterio 1 y 134 (13,63%) por criterio 2. Dentro del criterio 2, el 14,92% de ellas se rechazaron por tener realizado el proteinograma en otro centro.

Con respecto a ratio anual, entre 2001 y 2020, se sitúo entre 0,75 y 0,78, inclumpliendo el criterio (>0,80). En el año 2021, el ratio fue de 0,81, cumpliendo con el indicador, a pesar de que las medidas adoptadas solamente tuvieron impacto en los dos últimos meses del año.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

Las medidas adoptadas han resultado ser eficaces en términos de reducción de pruebas innecesarias, reduciendo tanto el impacto económico como el iatrogénico al paciente, debido a la derivación a nuevas consultas o realización de nuevas pruebas. La posterior eliminación de las pruebas en los perfiles evita la realización de cribados no justificados a los pacientes.

Cabe destacar la importancia de la coordinación entre los laboratorios de la red SESPA, que contribuye a la mejoría de la calidad asistencial de los pacientes, tanto en la aplicación de esta medida, como de otras decisiones inteligentes que se puedan plantear en futuros escenarios.

“OS ESPERO. NO ME VOY A MOVER DE AQUÍ”

CARMEN DOMÍNGUEZ LORENZO [1]; ALBERTO GARCÍA GONZÁLEZ [1]; LÓPEZ DE REGO GARCÍA ARQUIMBAU SARA [1]; LAURA JOVER FERNÁNDEZ [1]; M MAR VICENTE AEDO [1]; SAGRARIO MUELAS GONZÁLEZ [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] ESAPD

ID: *6860*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Decisiones compartidas*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Cuidados Paliativos, Esclerosis lateral Amiotrófica, planificación compartida de la atención*

Santiago tiene 66 años. Casado, vive en el domicilio familiar con su esposa Charo, pluripatológica y con un deterioro cognitivo leve, y un cuidador privado a tiempo parcial, Robin. Tiene dos hijos que hacen soporte, sobre todo uno de ellos que vive en otro piso de la misma escalera con su pareja y dos nietos, uno de ellos recién nacido. Santiago padece una Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), y a su entrada en programa de cuidados paliativos domiciliarios ya no puede respirar por sí solo ni comer, y le cuesta mucho trabajo hablar. Es portador de una sonda de gastrostomía para nutrición enteral y de una ventilación mecánica invasiva a través de traqueostomía.

Nadie le ha explicado a Santiago cómo iba a evolucionar la enfermedad, ni de la posibilidad con el tiempo de llegar a necesitar ventilación asistida o una sonda para alimentarse, por lo que nadie ha hablado con él ni con su familia de la progresión de su patología, ni le ha preguntado de manera anticipada por cuáles serían sus preferencias si se produjeran esas situaciones.

Y llega la crisis de ahogo. Y la urgencia. Y la colocación de las dos ostomías tras consulta urgente a la familia, que tiene que tomar la determinación sin deliberación previa, y sin poder contar con la opinión de Santiago, que no está en condiciones de decidir.

El despertar es muy duro, pero afortunadamente Santiago dice después que si le hubieran preguntado con antelación hubiera dicho que “si no quedaba más remedio, habría tomado la misma decisión”. Al igual que su esposa, porque “así sigue conmigo”.

Y la situación va empeorando, lentamente, a pesar de todas las ayudas técnicas, de la medicación, de los cuidados exquisitos. Y es necesario entonces buscar tiempo para escucharlo, para hablar de su rabia y de su pena por las muchas pérdidas que la enfermedad ha traído, de “sus ganas de comer”. Explicarle que se puede conversar de todo lo que él quiera plantear, que puede expresar sus preocupaciones por su familia, por sus reacciones, hablar de su relación con su cuidador, y deliberar sobre sus preferencias para el futuro. Y contarle que estamos ahí para cuidarle y acompañarle y ayudarle a afrontar el futuro, al que Santiago siempre desafía sin perder el humor ni la sonrisa, riéndose de su enfermedad, con un “Os espero, no me voy a mover de aquí” en la despedida de cada visita.

La toma de decisiones compartida puede encuadrarse en el catálogo de derechos de los pacientes y deberes de los profesionales. Es deber de los profesionales ofrecer espacios de comunicación para conocer las preocupaciones, los valores y preferencias de los pacientes, el impacto de la enfermedad en su calidad de vida y en la de su familia, y con ello facilitar la elaboración de un plan conjunto de cuidados y tratamientos. A pesar de que las sociedades científicas, las instituciones y las asociaciones de pacientes lo aconsejan, las decisiones compartidas y la atención centrada en la persona, es todavía poco habitual en nuestro entorno.

¿CÓMO MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y SUS MUESTRAS EN LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS?

JULIAN ALCARAZ MARTINEZ [(1)]; RAQUEL GEORGINA PANDIN PEREZ [(1)]; DIANA PEÑALVER ESPINOSA [(1)]; LAURA MARTINEZ GALVEZ [(1)]; MARIA RODRIGUEZ ROMERO [(1)]; SANDRA CANOVAS GARCIA [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL MORALES MESEGUER

ID: *6870*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *seguridad del paciente, identificación*

ARGUMENTO

Los problemas de identificación de pacientes son una causa de incidentes de seguridad muy importante. En nuestro medio, está a la cabeza junto a los problemas relacionados con la medicación en declaraciones de incidentes. Dentro de estos, los problemas de identificación de muestras o confusión de pacientes en petición de transfusiones, son especialmente delicados. Hay bastantes barreras para evitar que lleguen a afectar al paciente, pero todos los años tenemos unas cuantas declaraciones de incidentes sin daño. Tras haber realizado acciones para facilitar la detección de errores, hemos pensado que deberíamos poner en marcha iniciativas para sensibilizar sobre la importancia del problema. En un curso sobre seguridad del paciente a residentes, se ha propuesto realizar un video sobre el proceso de transfusiones, incidiendo sobre los posibles errores.

Con la ayuda de la Comisión de Seguridad del Paciente, se han identificado 6 puntos clave donde pueden darse problemas de identificación. En el video se van a producir fallos en cada uno de ellos. Se trata de la atención a dos pacientes con nombres parecidos que acuden a Urgencias y que podrían requerir de una transfusión.

GEOHEALTH: SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA ORIENTADO A LA GESTIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓ

ALBERTO MORENO CONDE [(1)]; SAMUEL SALAS FERNÁNDEZ [(1)]; JESÚS MORENO CONDE [(1)]; MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ [(1)]; FRANCISCO JOSÉ NÚÑEZ BENJUMEA [(1)]; PEDRO GUARDIA MARTÍNEZ [(1)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

ID: *7198*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Inteligencia Artificial y Big Data*
Palabras clave: *Sistema de información Geográfica, Datos abiertos, Datos ambientales, Datos socioeconómicos, Datos clínicos, Big Data, Modelos predictivos*

ARGUMENTO RESUMEN DE LA EXPERIENCIA EN EL VÍDEO

Los Sistemas de Información Geográfica están diseñados para el almacenamiento, procesamiento, gestión y análisis de datos geográficos, y referencias espaciales. Han revolucionado la investigación en salud ambiental al conectar datos del ambiente y población con su localización geográfica, de manera que los investigadores puedan definir, buscar, utilizar y compartir mapas con datos de distribución geográfica de factores relevantes para la salud de los pacientes, y cotejarlos con información procedente de bases de datos asistenciales.

El sistema GeoHealth facilita la integración de datos abiertos socioeconómicos y ambientales para combinarlos con cohortes de pacientes geolocalizados en Andalucía. Permite la integración de datos abiertos de las siguientes fuentes:

Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía Padrones municipales
Red de Información Ambiental de Andalucía Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía Instituto Nacional de Estadística
Agencia Estatal de Meteorología.

Además, ha sido integrado con la plataforma de investigación ITCBio y con la herramienta OpenClinica permitiendo la reutilización de datos de Diraya de forma segura. GeoHealth es un sistema escalable que permite a los investigadores ejecutar en tiempo real análisis de grandes volúmenes de datos de pacientes en combinación con datos geolocalizados obtenidos de bases de datos abiertas.

Ofrece la posibilidad de realizar análisis basados en minería de datos, análisis multivariante y multinivel sobre estos conjuntos de datos para elaborar modelos predictivos e identificar factores de riesgo y pronósticos que contribuyan a optimizar la toma de decisiones en la práctica asistencial en patologías en las que los factores de exposición ambiental tienen una contribución importante como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dermatitis, y cáncer de pulmón, entre otras.

Actualmente, se está llevando empleando este sistema para llevar a cabo un proyecto de investigación sobre la influencia de factores ambientales en el asma, analizando los datos de más de 100.000 pacientes asmáticos de Andalucía.

Adicionalmente, gracias a este sistema se ha desarrollado un caso de uso de soporte a la gestión sanitaria para analizar la concordancia entre la geolocalización de usuarios, los centros de salud asignados y el consumo de medicación con el fin de establecer medidas de control de gasto.

VUELTA AL COLE PARTIENDO DE LA BASE

LORENA BUSTO PARADA [1]; EVA LAGO MACHADO [2]; ESTEBAN GÓMEZ SUÁREZ [3]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL SAN AGUSTÍN, [2] HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL SESPA ÁREA IV, [3] HOSPITAL GRANDE COVIAN

ID: *7220*
Tipo de comunicación: *Vídeo*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *enfermería, salud escolar, educación, salud mental, video, podcast*

La enfermería crece y se desarrolla a través de las necesidades que surgen de la población y la búsqueda de soluciones. Esta simbiosis con la comunidad determina una aproximación desde la horizontalidad, y en la actualidad nos exige ser digitales.

El flujo de información que proporcionan los soportes digitales, diseñados para ser utilizados por todo tipo de público sin límite de edad y fomentar la accesibilidad en todo momento y circunstancia, supone una oportunidad para comunicar contenido veraz, estimular el pensamiento crítico y proyectar la profesión enfermera como experto en recursos de salud.

Partiendo de esta premisa, se ha desarrollado un proyecto sobre el cuidado mediante el uso de herramientas tecnológicas dirigido a mejorar la salud de la población infantojuvenil, difundir evidencias contrastadas y generar un espacio transversal que permita la comunicación bidireccional y evite la soledad funcionando como apoyo y acompañamiento ante situaciones que comprometan la salud física y mental.

Su ámbito de divulgación es la comunidad escolar: personal de los centros docentes, alumnado y familias, así como otros dispositivos o asociaciones en relación con el entorno escolar y la población infanto-juvenil

Atendiendo al desarrollo cognitivo, se han llevado a cabo dos formatos diferentes:

- **Videos**: con la participación de alumnado de Educación Primaria.
- **Podcasts**: con la participación de adolescentes y adultos jóvenes.

Ambos formatos siguen una temática común, en el caso de la primera temporada ha sido “Bienestar Emocional” y una misma estructura a modo de coloquio moderado por dos enfermeras especialistas en pediatría y salud mental. Sobre las conclusiones más relevantes, se realiza una reflexión final que aporte al oyente información fiable sobre la que construir y mantener hábitos saludables.

El objetivo principal es conseguir mantener abierto un proceso continuo de actualización desde la aproximación a la población en su día a día a través del feedback generado por los comentarios de los usuarios de las redes sociales utilizadas para su consumo y de las opiniones de los propios participantes y colaboradores.

Precisamente, “hacer equipo” es la parte fundamental de todo proyecto de innovación. Más allá de los datos y las estadísticas, ofrecer un espacio al entendimiento y a la crítica constructiva proporciona la oportunidad de identificar errores, aportar matices y áreas de mejora tanto en la elaboración como en el contenido del producto.

Sin perjuicio de la importancia de los registros normalizados, protocolos y guías de práctica clínica, la alfabetización de la población pasa ineludiblemente por la comunicación, la empatía y la asertividad como herramientas fundamentales de

trabajo en equipo, recogidas en formato video para su análisis y consideración en futuras temporadas de este proyecto u otros que sean de interés para la

población.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN ENDOSCOPÍA DIGESTIVA PEDIÁTRICA

MARIA FLORENCIA BIASOLI [1]; ADRIANA BOTTERO [2]; LAURA BUSQUET [2]; ANA ROCCA [2]; ALICIA HALAC [2]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL DE PEDIATRÍA JUAN P GARRAHAN, [2] HOSPITAL DE PEDIATRÍA JUAN P GARRAHAN

ID: *7228*
Tipo de comunicación: *Poster LATINOAMÉRICA sin defensa*
Área temática: *hace falta valor (sin subárea)*
Palabras clave: *calidad endoscopía digestiva*

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años tomó creciente importancia la provisión de una atención segura, de alta calidad, centrada en el paciente y la familia. En endoscopía digestiva pediátrica no se habían establecido estándares específicos. En 2021, la International Pediatric Endoscopy Quality Improvement Network (PEnQuIN), publicó un acuerdo internacional sobre métricas clínicamente significativas para promover la seguridad y la calidad en endoscopía pediátrica. Tomando esta guía, se implementó un programa de aseguramiento de la calidad en la Unidad de Endoscopía digestiva del Hospital Garrahan en el marco de una Beca de Investigación, rentada, sin financiamiento externo.

OBJETIVOS

Estandarizar el desempeño con trazabilidad del proceso de Endoscopía digestiva, diseñar e implementar un cuadro de mando integral con indicadores de calidad y seguridad, monitorear y analizar desvíos de indicadores seleccionados, implementar ciclos de mejora iterativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención en calidad mediante la metodología de Ciclo de Mejora (Edward Deming) que consiste en Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. Se seleccionaron indicadores relevantes para nuestro servicio, se definieron como instrumentos de medición la revisión de partes endoscópicos e historia clínica informatizada y la realización de cuestionarios de satisfacción a los pacientes. Se recolectaron los datos en formularios digitales y se confeccionó un Cuadro de Mando Integral para el relevamiento secuencial de indicadores con visualización y alerta digital colorimétrica.

Mensualmente se realizó un análisis consolidado con la tendencia observada y se diseñaron y ejecutaron los ciclos de mejora iterativos necesarios.

RESULTADOS

Se analizaron 270 endoscopías altas y 89 videocolonoscopías entre octubre de 2021 y marzo 2022. Se midieron 20 indicadores, se cumplieron los objetivos propuestos a excepción de 2 indicadores críticos. La tasa no ajustada de intubación cecal (IC) fue 83% (objetivo ≥ 90%) y la tasa no ajustada de intubación ileal (II) fue 67% (objetivo ≥85%). Se evaluaron las causas utilizando un diagrama de Ishikawa. En falla de IC se informó, 29% preparación inadecuada, 29% distensión abdominal, 24% lesiones mucosas severas, y en el 18% no se detalló la causa. En falla de II, 32% lesiones mucosas severas, 20% no se informa la causa, 20% preparación inadecuada, 20% distensión abdominal y 8% dificultades técnicas. Se confeccionó un Diagrama de Pareto y se discutieron en equipo las intervenciones posibles que se implementarían para el segundo semestre del programa.

CONCLUSIÓN

La tendencia en el tiempo durante el seguimiento secuencial mediante el cuadro de mando integral digital semaforizado expone avances y retrocesos intrainstitucionales de los niveles de cumplimiento del objetivo prefijado. Estos resultados aportan datos pediátricos y locales con los que no se contaba previamente y que pueden ser utilizados como punto de referencia a futuro.

PROPUESTA DE GESTIÓN DE PROCESO DE EUTANASIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCO JAVIER GÓMEZ MARCOS [(1)]; VIRGINIA BLASCO MARCO [(1)]; ESTHER GRACIA SOGUERO [(1)]; LUIS CASILLAS FERRANDIZ [(1)]; ALBA GALLEGO ROYO [(2)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] CS LA JOTA, [(2)] MIR SALUD PÚBLICA SECTOR 3

ID: *5215*
Tipo de comunicación: *Vídeo 4 minutos*
Área temática: *Experiencias de mejora de la organización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Eutanasia Organización y administración Gestión clínica*

Con la aprobación de la Ley Orgánica sobre Eutanasia en marzo del 2021 (LORE) se ofreció un nuevo servicio incluído en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. La LORE exige a las autoridades sanitarias regionales a diseñar y adaptar el proceso asistencial a las particularidades del Sistema Sanitario Regional.

Se trata de un proceso complejo que incluye tanto la perspectiva asistencial como también burocrática y emocional. En el Servicio Aragonés de la Salud no existe hasta el momento un proceso similar, enfocado en la gestión de recursos de personal y de horario, que permita la adaptabilidad de Atención Primaria para evitar la improvisación de las acciones y posibles errores que afecten tanto en la seguridad clínica como en las segundas víctimas.

El objetivo es crear una línea asistencial segura, que respete tanto la privacidad del paciente, su continuidad asistencial y que contemple la menor afectación a la atención del resto de pacientes. Esto implica tanto recursos asistenciales, de tiempo y de carga burocrática de todo el personal involucrado en el proceso asistencial.

Propuesta de proceso que siguiendo todos los puntos recogidos en la LORE vela por la confidencialidad en todos los puntos, los tiempos necesarios para su correcta aplicación y los supuestos asistenciales para la continuidad de la práctica clínica habitual.

Se contempla que la carga burocrática y de gestión de los recursos recae sobre la figura del médico responsable, por lo cual este proceso ha contemplado únicamente la agenda médica. Por dicho motivo, las agendas de enfermería, trabajadores sociales u otros profesionales implicados deberían ajustarse de acuerdo a necesidades.

EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN: MEJORANDO EL VALOR DEL SENTIDO DE PERTENENCIA HOSPITALARIO.

MARTA MACIAS MAROTO [1]; LETICIA VEGA REQUENA [2]; JUAN ANGEL MUÑOZ LÓPEZ [3]; JUAN JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ [4]; MARÍA ASCENSIÓN LOZANO LLORENTE [5]; MARÍA DOLORES RUBIO Y LLEONART [5]
CENTRO DE TRABAJO: [1] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS, [2] HOSPITAL UNIVERISTARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS, [3] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTRUIAS, [4] HOPAITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS, [5] HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

ID: *5715*
Tipo de comunicación: *Vídeo 4 minutos*
Área temática: *Humanización*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *partes interesadas. pertenencia, humanización, calidad percibida*

En junio de 2021 se crea un Comité multidisciplinar a iniciativa de la Dirección Gerencia con el objetivo de potenciar el sentimiento de pertenencia de los profesionales y de los usuarios a nuestro hospital. Para ello, se necesitaba conocer cuáles eran sus necesidades y expectativas, así como los valores que destacaban del centro. Se utilizó la metodología del brainstorming para obtener ideas de cómo explorar oportunidades de mejora y valores a destacar.

Se elaboraron 2 encuestas, una dirigida a profesionales y otra a los usuarios. La encuesta de profesionales se realizó on-line y respondía a las siguientes preguntas: ¿Qué somos? Y, ¿qué queremos ser? En los resultados principales de las encuestas a profesionales destacaron las siguientes palabras: profesionalidad, empatía, trabajo en equipo, vocación, esfuerzo y calidad humana. Los profesionales demandaban reconocimiento profesional y gestión responsable. La encuesta a pacientes se realizó en formato papel y era entregada por los informadores. Respondían a las siguientes preguntas, ¿Qué perciben que somos? y, ¿qué demandan que seamos? En los resultados principales de las encuestas a usuarios destacaron las siguientes palabras: profesionalidad, buen trato, humanidad y por otro lado falta de empatía. Los usuarios demandaban silencio, más información, accesibilidad, buen trato, comunicación entre profesionales.

Basándonos principalmente en los resultados de las encuestas se identificaron las siguientes oportunidades de mejora en desarrollo actualmente:

1. Crear un Museo de la Historia del equipamiento y material en desuso con interés histórico, buscando la participación de los profesionales.
2. Desarrollar Cartelería con frases/palabras que, para los profesionales, identifican a cada servicio/unidad, y con ellas, elaborar un collage visible en las diferentes áreas del hospital, en la web, intranet, en los sistemas de llamada automatizados y en las televisiones de las unidades de hospitalización.
3. Realizar un vídeo con las palabras/frases clave de profesionales y usuarios e imágenes del hospital.
4. Realizar vídeos breves con el personal de las diferentes unidades y servicios explicando lo que destacan de su unidad, sus actividades principales y en qué son excelentes.
5. Desarrollar un Boletín periódico con noticias del hospital.
6. Felicitar a los profesionales el día de su jubilación y día de su cumpleaños a través del correo electrónico institucional.

Esta línea de trabajo ha servido para impulsar en los profesionales y usuarios el sentimiento de pertenencia a su hospital, para entre todos potenciar la marca del mismo, y poder trabajar juntos en mejoras que se transfieran a todas las partes interesadas. Destacar y potenciar los aspectos en los que somos “buenos”, sirve para mejorar la motivación e implicación de todos, ya que sabemos que el camino a la excelencia es continuo e ilimitado.

RCP BÁSICA EN COLEGIOS E IES

MARÍA MURILLO BLASCO [1]; LAURA GALINO SERRANO [1]; ROSALÍA DIAZ ROYO [1]; ALEJANDRO BALONGO GUTIÉRREZ [1]; SARA GINER RUIZ [1]; PAULA BERGES MATA [1]; SANDRA BRAULIO COMAS [1]; LUISA HERNÁNDEZ SANTOS [1]; REYNA MELISSA CRUZ BONILLA [1]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CS REBOLERÍA

ID: *6072*
Tipo de comunicación: *Vídeo 4 minutos*
Área temática: *Alfabetización en salud, Escuelas de Salud, Paciente activo*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *RCP básica, atención comunitaria, colegios, IES*

En este video vamos a presentar una actividad de formación sobre RCP básica que estamos realizando desde el Centro de Salud Rebolería, del Sector Zaragoza II. Está dirigida a niños y adolescentes (hasta 2º de la ESO) y se realiza en sus propios centros educativos. Consideramos que es importante que toda la población, sin importar su edad, conozca cómo actuar ante una situación de parada cardiorespiratoria.

Creemos además que no sólo es importante darles formación, sino hacerlo de la mejor manera posible. Por ello, evaluamos el aprendizaje de los alumnos a través de unos cuestionarios que rellenan al inicio y al final de cada sesión. Esto nos permite detectar áreas a mejorar de cara a futuras sesiones, y así conseguir una formación de calidad.

LIDERANDO DESAFÍOS: ESTRATEGIA PARA FOMENTAR LA HIGIENE DE MANOS Y REDUCIR LAS IRAS

ISABEL ARAGÓN GÓMEZ [(1)]; NEREA RUIZ GARCIA [(2)]; MÓNICA DESLGADO SAN MARTÍN [(3)]; DOLORES MARTÍN RÍOS [(4)]
CENTRO DE TRABAJO: [(1)] FJD. CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA CONCEPCIÓN., [(2)] FJD. CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA CONCEPCIÓN, [(3)] CENTRO DE SALUD GARCÍA NOBLEJAS, [(4)] FJD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA CONSEPCIÓN

ID: *6591*
Tipo de comunicación: *Vídeo 4 minutos*
Área temática: *Seguridad del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Seguridad Prevención Desafío Higiene*

El lavado de manos salva vidas, es la medida más económica, sencilla y eficaz para reducir el riesgo de infecciones. Estas infecciones representan una amenaza sustancial para la seguridad del paciente.

Uno de los grandes desafíos es encontrar la estrategia preventiva más eficaz para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Aumentar la adhesión a los 5 momentos de la OMS es una resposabilidad de todos los profesionales. Con este trabajo audiovisual, hemos querido incidir en dos líneas fundamentales: por un lado la formación en higiene de manos, y por otro la motivación positiva como refuerzo de nuestras buenas prácticas.

Ambos videos han sido escritos, filmados, dirigidos y montados por las cuatro autoras mencionadas, y han merecido el primer premio en el concurso de la Comunidad de Madrid sobre Estrategias en Higiene de Manos(2021-2022).

El material audiovisual es utilizado en nuestro centro para la formación en esta materia.

Los videos han sido publicados en la Intranet de nuestro centro, accesibles a todo el personal.

Nuestro desafío cada año con la realización de estos cortos es enseñar, reforzar, estimular y entretener, mejorando en materia de higiene de manos, indicador de calidad en la mayoría de nuestros servicios.

VACUNACIÓN NO TRAUMÁTICA

MINERVA SÁEZ DE GUINOA BERMEJO [1]; IRENE LÓPEZ FERRERUELA [2]; ARANTZA AGUIRREGOMEZCORTA AINA [3]; LAURA MARTINEZ ESPLIGARES [4]
CENTRO DE TRABAJO: [1] CONSULTORIO DE GARRAPINILLOS, [2] CONSULTORIO DE GARRPINILLOS, [3] CS BOMBARDA, [4] CS MIRALBUENO

ID: *6832*
Tipo de comunicación: *Vídeo 4 minutos*
Área temática: *Experiencia del paciente*
Premio al que opta: *Opta a premio*
Palabras clave: *Vacunación Traumática Temor*

ARGUMENTO RESUMEN DE LA EXPERIENCIA EN EL VÍDEO

Todos sabemos la efectividad de la conocida como tetanalgesia o el método piel con piel como fórmulas para disminuir el dolor en la vacunación de los lactantes de 0 a 24 meses.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el calendario vacunal infantil abarca hasta los 14 años de edad, nos dimos cuenta que a partir de los 2 años no se tiene en cuenta al niño en el momento de la vacunación. Es decir, al niño/a le sujeta fuertemente el padre/madre, el personal de enfermería le administra la vacuna y el niño/a llora, o incluso patalea, grita, se enfada…

¿De verdad es necesario que el niño/a pase por tan mal momento? Nosotras usamos un método en el que la vacunación no es traumática. Lo usamos en niños/as de 2 a 10 años.

Consiste, resumidamente, en informar claramente al pequeño de lo que le vamos hacer y hacerle partícipe en el acto vacunal, de forma que forme parte activa en la administración de la vacunación.

Hemos comprobado que deja de ser un hecho traumático para ser un momento que origina en el niño/a un aumento de confianza en si mismo y en la enfermera, a la que antes de entrar en la consulta miran con cierto temor desde la puerta.

En el vídeo se muestra lo que hacemos con dos ejemplos, un niño de 3 años y una niña de 6 años.

COLABORADORES

AMGEN

AstraZeneca

BAYER

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

Universidad Rey Juan Carlos

CIED

janssen

CSL Vifor

Daiichi-Sankyo

AstraZeneca

ferrer

FRESENIUS MEDICAL CARE

GRÜNENTHAL

MSD

NOVARTIS

ORGANON

RATENOW

rate here, right now

sham

SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

Wolters Kluwer