



*la Calidad Asistencial,
pilar de la sostenibilidad*

XXXIX
CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

XIV CONGRESO REGIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Fundación Española
de Calidad Asistencial

SOMUCA
SOCIEDAD MURCIANA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Murcia, 25-27 octubre 2023

© SECA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN

978-84-09-57953-2

Este 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.



Utilice CTRL+F
para buscar contenido



ÍNDICE

004/ Presentación

005/ Comités

009/ Programa y Talleres

026/ Comunicaciones

724/ Premios

726/ Colaboradores

PRESENTACIÓN

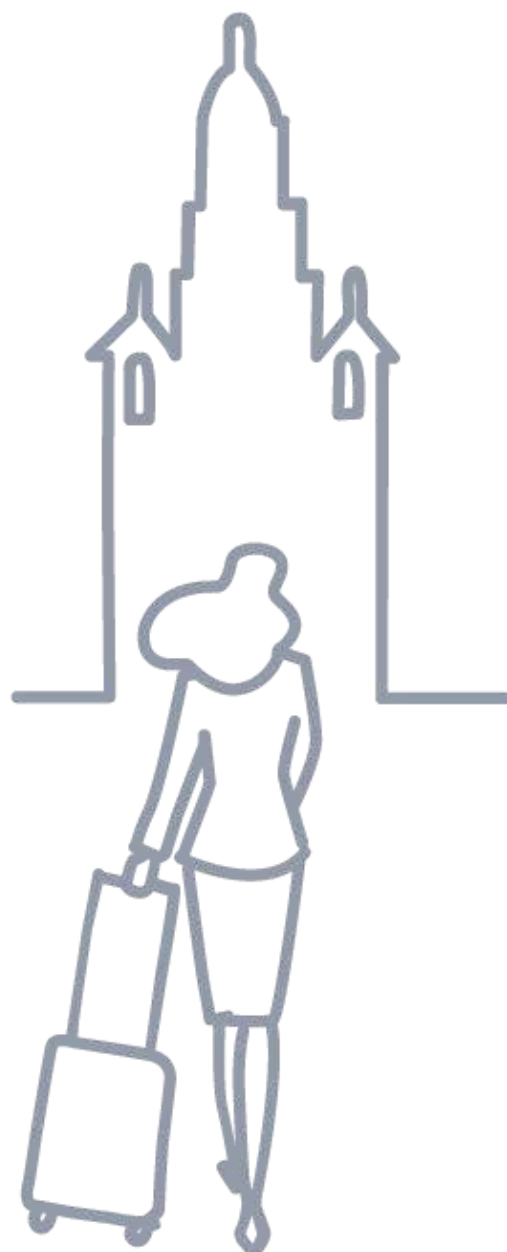
Desde la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA) nos complace presentar este libro de comunicaciones que recoge los resúmenes de los trabajos presentados en el congreso en cada una de las áreas temáticas que se desarrollaron durante el congreso: gestión de la calidad, accesibilidad y equidad, sistemas de información, relación con los pacientes, atención sanitaria basada en valor y seguridad del paciente.

Murcia, volvió a acoger nuestra reunión anual tras haberlo hecho anteriormente ya en dos ocasiones: en 2001, para la décimo novena edición del congreso de la SECA, y en 2011, para su vigésimo novena edición.

En esta ocasión, el XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial se celebró en el Auditorio y Centro de Congresos "Víctor Villegas", del 25 al 27 de octubre de 2023.

En tiempos de inestabilidad e inseguridad económica, climática y social, este congreso pretendió aportar una oportunidad de reflexión sobre el papel de la calidad asistencial como factor clave de la transformación del sistema sanitario hacia modelos más sostenibles. Con el lema "La calidad asistencial, pilar de la sostenibilidad", persiguió propiciar el intercambio de experiencias y la generación de nuevas ideas que allanen el camino a la propagación de iniciativas de mejora que tengan impacto directo en la calidad de la asistencia sanitaria y en la seguridad, eficacia y eficiencia de nuestro sistema de salud.

Murcia, la ciudad de la eterna primavera con sus más de 300 días de sol al año, moderna y acogedora, representó la sede ideal no solo para acoger un encuentro que pretendía promover la generación de conocimiento, sino también para ofrecer a ponentes y asistentes oportunidades de ocio, cultura y entretenimiento que han hecho de esta ciudad destino preferente de las rutas mediterráneas.





COMITÉS



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

Julián Alcaraz Martínez

Presidente Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Concepción Martínez Romero

Vicepresidenta Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Jesús Leal Llopis

Tesorero Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Pedro Parra Hidalgo

Presidente Comité Científico XXXIX Congreso SECA.

Alicia Hernández Santana

Presidenta de la Sociedad Canaria de Calidad Asistencial.
Presidenta XL Congreso SECA 2024

Defensora del Congresista

Concepción Martínez Romero

Vicepresidenta Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Julián Alcaraz Martínez

Presidente Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

VOCALES

Carlos Alberto Arenas Díaz

Gerente Área IX. Servicio Murciano de Salud

Isabel Ayala Vigueras

Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud

Ángel Baeza Alcaraz

Gerente Área VII. Servicio Murciano de Salud.

Mercedes Barba Pérez

Gerente Área IV. Servicio Murciano de Salud

Andrés Carrillo González

Gerente Área VI. Servicio Murciano de Salud

Tomás Salvador Fernández Pérez

Gerente Área VIII. Servicio Murciano de Salud

Rafael Gomis Cebrián

Ex presidente Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Luis Mesa del Castillo Clavel

Presidente de la Unión Murciana de Hospitales

José Manuel Pérez Fernández

Gerente Área III. Servicio Murciano de Salud

Manuel Clemente Ramos Albal

Gerente Área V. Servicio Murciano de Salud

José Sedes Romero

Gerente Área II. Servicio Murciano de Salud

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Pedro Parra Hidalgo

Expresidente Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

SECRETARIO

Antonio Paredes Sidrach de Cardona

Secretario Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

VOCALES

Hortensia Aguado Blazquez

Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA

Manuel Alcaraz Quiñonero

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Alfonso Alonso Jaquete

Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Dolores Beteta Fernández

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

José Eduardo Calle Urra

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Berta Candía Bouso

Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, SOGALCA

Claudio Contessotto Spadetto

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Isabel Gutiérrez Cía

Presidenta Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Óscar Herráez Carrera

Vicepresidente Sociedad Calidad Asistencial de Castilla La Mancha, SCLM

Amaya Jimeno Almazán

Coordinación Regional IRAS-PROA. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. SMS.

Mª Eugenia Llana Velasco

Presidenta Asociación Calidad Asistencial del Principado de Asturias, pasQal

Julio López-Picazo Ferrer

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Marta Macías Maroto

Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Juana María Marín Martínez

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Teodoro José Martínez Arán

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Adelia Más Castillo

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

María Dolores Meroño Rivera

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Arturo Pereda Mas

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Rosalía Pérez Moreira

Presidenta Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA

Teresa Ramón Esparza

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Anna Rodríguez Cala

Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Pedro Ruiz López

Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Gorka Sánchez Nanclares

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Manel Santiñá Vila

Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

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

MIÉRCOLES,
25/10/2023

10:00/14:00 h. TALLERES PRE-CONGRESO

14:00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN. Edificio Auditorio

14:30 h. **SESIONES TÉCNICAS**Sala 2
Edificio Auditorio**Mejora de la atención a la insuficiencia cardíaca en la Región de Murcia (MAICA-RM).***Sesión técnica patrocinada por BAYER HISPANIA.***Refrigerio ofrecido por el patrocinador durante la sesión.*

Interviene:

Sergio Manzano Fernández. Profesor titular de la Universidad de Murcia. FEA de Cardiología en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.Sala 3
Edificio Auditorio**La importancia del diagnóstico precoz e intervenciones tempranas de las enfermedades crónicas.** *Sesión técnica patrocinada por ASTRAZENECA.***Refrigerio ofrecido por el patrocinador durante la sesión.*

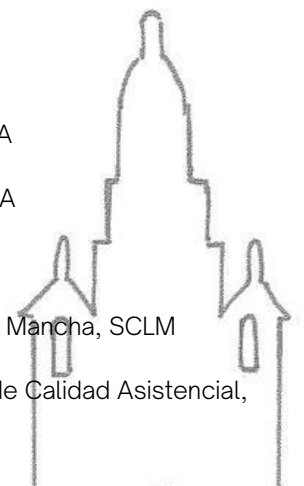
Intervienen:

Manel Santiñà Vila. Past President de la SECA y miembro del comité científico de la iniciativa nacional para promover el diagnóstico precoz de insuficiencia cardiaca (ICONICA).**Domingo A. Pascual-Figal.** Jefe del Servicio y Catedrático de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Miembro del comité científico de la iniciativa nacional para promover el diagnóstico precoz de insuficiencia cardiaca (ICONICA).**Ana Cebrián.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, representante de SEMFYC en el proyecto de diagnóstico temprano en enfermedad renal crónica (PREVENT).15:30 h. **COMUNICACIONES ORALES 1**

Edificio Auditorio

Sala 1. Relación con Pacientes 1 (C.O.L)**Hortensia Aguado Blazquez.** Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA**Sala 2.** Relación con Pacientes 2 (C.O.L)**Manuel Alcaraz Quiñonero.** Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA**Sala 3.** Atención basada en Valor 1 (C.O.L)**Alfonso Alonso Jaquete.** Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA**Sala 4.** Atención basada en Valor 2 (C.O.L)**Dolores Beteta Fernández.** Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Edificio Anexo

Sala 10. Atención basada en Valor 3 (C.O.L)**José Eduardo Calle Urrea.** Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA**Sala 12.** Atención basada en Valor 4 (C.O.L)**Berta Candía Bouso.** Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, SOGALCA**Sala 13.** Gestión de la Calidad 1 (C.O.L)**Claudio Contessotto Spadetto.** Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA**Sala 14.** Gestión de la Calidad 2 (C.O.L)**Luisa Trillo Martínez.** Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA**Sala 15.** Gestión de la Calidad 3 (C.O.L)**Óscar Herráez Carrera.** Vicepresidente Sociedad Calidad Asistencial de Castilla La Mancha, SCLM**Sala 16.** Gestión de la Calidad 4 (C.O.L)**Amaya Jimeno Almazán.** Coordinación Regional IRAS-PROA. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

15:30 h. **SESIÓN TÉCNICA**Sala B
Edificio Auditorio

Presentación de los resultados de la “Experiencia de los pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar tratados con TREPROSTINILO FERRER[®] que reciben el apoyo de un Programa de Soporte”, facilitado por el laboratorio Ferrer.

Modera: **Manel Santiñà Vila**. Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Intervienen:

María Rodríguez. Asociación Hipertensión Pulmonar España.

Salvador Calderón. Fundación contra la Hipertensión Pulmonar.

Sara Heras. Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar.

16:30 h. **MESAS TEMÁTICAS**SALA A
Edificio Auditorio**Atención Sanitaria basada en valor I.**

Modera: **Julio López-Picazo Ferrer**. Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Área I Murcia-Oeste/Arrixaca.

Intervienen:

“Coordinación de Procesos Asistenciales entre Atención Primaria y Hospitalaria. Proyecto CarPriMur”. **Sergio Manzano Fernández**. Coordinador regional del Proyecto CarPriMur. Servicio Murciano de Salud.

“Heurísticos en decisión clínica. Un estudio en Unidades de Cuidados Intensivos”. **Sergio Minué Lorenzo**. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Economía Consultor. Organización Panamericana de la Salud.

“Medicina Personalizada de Precisión”. **Encarna Guillén Navarro**. Presidenta de la Asociación Española de Genética Humana. Jefa del Servicio de Pediatría del HCU Virgen de la Arrixaca. Servicio Murciano de Salud.

Relación con los pacientes.

Modera: **Adelia Más Castillo**. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

“Intervenciones para la toma de decisiones compartidas: una actualización de la evidencia y algunos resultados en nuestro contexto”. **Lilisbeth Perestelo Pérez**. Responsable del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud SESCO. Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

“Uso de los PREM para la inclusión del paciente en la toma de decisiones para la mejora. Situación actual”. **Carolina Varela Rodríguez**. Facultativa de la Unidad de Calidad, HU 12 de octubre. Madrid.

“La atención centrada en la persona. Abordaje desde un hospital de media estancia”. **Rosa Salazar de la Guerra**. Directora Gerente del Hospital de Guadarrama.

SALA B
Edificio Auditorio

16:30 h. SESIÓN TÉCNICA

Tecnología aplicada a la Seguridad del paciente. Sesión técnica patrocinada por RELYENS.

Modera: **Mónica García Bergón.** Licenciada en Farmacia. Master en Gestión de calidad en el Sector sanitario y Master Dirección y gestión sanitaria - E-Health. Gestora de Riesgos Sanitarios en Relyens.

Mesa de Diálogo:

“Transformación Tecnológica en las Estrategias de Seguridad del Paciente”. **Alberto Pardo Hernández.** Subdirector General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

“Tecnología al servicio de la salud”. **Bernardo Vila Roig.** Director Área Consultoría TICH CONSULTING.

“Visión /Proyectos Hospital Público (Calidad y Seguridad del Paciente)”. **Arturo Pereda Más.** Supervisor de Área de Enfermería de la Unidad de Docencia, Investigación, Formación y Calidad Área I Murcia-Oeste. Servicio Murciano de Salud. Vocal de SOMUCA.

“Visión/Proyectos Hospital Público (Sistemas de Información/Innovación)”. **Yolima Cossio.** Directora de Innovación y Gestión Integral de la Información del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Vocal de SCQA.

Sala 2
Edificio Auditorio

18:00 h. INAUGURACIÓN**18:45 h. CONFERENCIA INAUGURAL**

"La Calidad Asistencial y la Sostenibilidad del Sistema Sanitario"

José Ramón Repullo Labrador.

Profesor Emérito de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III)

SALA A
E. Auditorio

19:30 h. COMUNICACIONES ORALES 2

Sala 1. Relación con Pacientes 3 (C.O.L)

José Eduardo Calle Urra. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 2. Relación con Pacientes 4 (C.O.B)

Julio López-Picazo Ferrer. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 3. Relación con Pacientes 5 (C.O.B)

Marta Macías Maroto. Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Sala 4. Gestión de la Calidad 5 (C.O.L)

Juana María Marín Martínez. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Edificio Auditorio

Sala 10. Atención basada en Valor 5 (C.O.B)

Teodoro José Martínez Arán. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 12. Gestión de la Calidad 6 (C.O.L)

Adelia Más Castillo. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 13. Gestión de la Calidad 7 (C.O.L)

Pedro Ruiz López. Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Sala 14. Relación con Pacientes 6 (C.O.B)

Arturo Pereda Mas. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 15. Relación con Pacientes 7 (C.O.B)

Rosalía Pérez Moreira. Presidenta Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA

Sala 16. Gestión de la Calidad 8 (C.O.B)

Teresa Ramón Esparza. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Edificio Anexo

JUEVES,
26/10/2023

08:30 h. COMUNICACIONES ORALES 3

Edificio Auditorio

Sala 1. Sistemas de Información 1 (C.O.L)

Anna Rodríguez Cala. Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Sala 2. Seguridad del Paciente 1 (C.O.L)

Pedro Ruiz López Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial, AMCA

Sala 3. Seguridad del Paciente 2 (C.O.L)

Gorka Sánchez Nanclares Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 4. Seguridad del Paciente 3 (C.O.L)

Manel Santiñá Vila Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Edificio Anexo

Sala 10. Atención basada en Valor 6 (C.O.B)

Fernando Simarro Mir Presidente Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial, SOVCA

Sala 12. Gestión de la Calidad 9 (C.O.B)

Rosa M^a Valverde Cítores. Presidenta de las Sociedad Vasca de Calidad Asistencial, AVCA-AKEB

Sala 13. Sistemas de Información 2 (C.O.B)

Julio López-Picazo Ferrer. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 14. Seguridad del Paciente 4 (C.O.B)

M^a Eugenia Llana Velasco. Presidenta Asociación Calidad Asistencial del Principado de Asturias, pasQal

Sala 15. Seguridad del Paciente 5 (C.O.B)

M^a Ángeles Tebar Betegon. Presidenta Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla La Mancha

Sala 16. Gestión de la Calidad 10 (C.O.B)

María Dolores Meroño Rivera. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

10:00 h. MESAS TEMÁTICAS

Accesibilidad y equidad.

Modera: **Manuel Alcaraz Quiñonero.** Pediatra del Centro de Salud Yecla Este. Expresidente de SOMUCA.

Intervienen:

"Los determinantes sociales en el SNS, de la ética a la efectividad clínica". **Ildefonso Hernández Aguado.** Catedrático de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Elche.

"Equidad de acceso en el SNS: puntos débiles y propuestas para la acción". **Rosa Urbanos Garrido.** Catedrática de Economía Aplicada. Universidad Complutense de Madrid.

"Variaciones injustificadas en la práctica clínica: oportunidades de mejora en la calidad asistencial". **Enrique Bernal Delgado.** Senior scientist. Data Science for Health Service and Policy Research. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IACS.

Seguridad del Paciente. Infecciones y uso adecuado de antibióticos.

Modera: **Amaya Jimeno Almazán.** FEA Medicina Interna. Programa IRAS-PROA Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

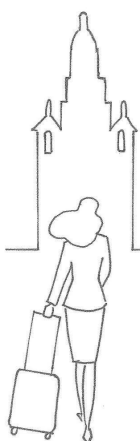
"Estrategia nacional frente a la resistencia a los antibióticos". **Reyes Castillo Vázquez.** Unidad de Coordinación del Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos.

"Revisión de la efectividad de las intervenciones para mejorar la calidad del uso de antimicrobianos". **Elena Salamanca Rivera.** Servicio Enfermedades Infecciosas HU Virgen Macarena. Sevilla.

"Monitorización de los Programas de Optimización del Uso de los Antibióticos". **Mar Alcalde Encinas.** Coordinadora Regional del Programa IRAS-PROA. Servicio Murciano de Salud.

SALA A
Edificio Auditorio

SALA B
Edificio Auditorio



10:00 h. **ESPACIO SECA**SALA 2
Edificio Auditorio**La Evolución de las Unidades de Calidad en el Sector Salud y la Norma SECAcredita**

Intervienen:

Jonay Ojeda. Hospital Universitario La Paz. Vicepresidente de Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA) y socio de SECA/AMCA**Andreu Aloy**. Hospital General Universitario de Granollers. Socio de SECA/SCQA**Manel Santiñà**. Past President y miembro de JD de SECA11:30 h. **PAUSA CAFE**12:00 h. **SESIONES TÉCNICAS**SALA 1
Edificio Auditorio**Gestión basada en Valor en la práctica y nuevas perspectivas de Equidad en Salud. Sesión técnica patrocinada por MSD.**Modera: **Inmaculada Mediavilla Herrera**. Coordinadora de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS y Presidenta de la SECA.

Intervienen:

Carolina Varela Rodríguez. Facultativa Especialista de Área en la Unidad de Calidad del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.**María Gutiérrez San Miguel**. Jefa de Unidad. Unidad de Procesos. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.SALA 2
Edificio Auditorio**Mejorando los procesos asistenciales mediante la medición de resultados: tres experiencias de éxito. Sesión técnica patrocinada por NOVARTIS.**Modera: **Gorka Sánchez**. Subdirección General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

“Proyecto PERSIA para avanzar en el estudio y control de los factores de riesgo cardiovasculares y en la mejora de la salud cardiovascular”. **Oriol Estrada**. Director de Estrategia Asistencial e Innovación en el Hospital Germans Trías i Pujol.“Mejora de las rutas asistenciales en reumatología mediante perfiles de laboratorio”. **Isabel de la Morena**, Adjunta del Servicio de Reumatología y **Enrique Rodríguez**, Jefe de Sección del Servicio de Laboratorio de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Hospital Clínico Universitario de Valencia.“Impacto de la metodología Lean en la mejora del proceso asistencial de pacientes con Esclerosis Múltiple en el ámbito hospitalario”. **Equipo del Hospital Universitario de Albacete**.*Esta sesión técnica finaliza a las 13:30 horas.*

12:00 h. SESIONES TÉCNICAS

SALA 3
Edificio Auditorio**Las cifras del dolor crónico en España, ¿Un reto para la calidad del Sistema Sanitario?** *Sesión técnica patrocinada por GRÜNENTHAL.*

Modera: **Manel Santiaña Vila**. Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Intervienen:

“El Barómetro del Dolor Crónico en España, 2022”. **Paloma Casado Durández**. Directora Gerente del Hospital Universitario del Sureste, Madrid. Patrona de la Fundación Grünenthal.

“Estudio Epidemiológico del Dolor Crónico en la Comunidad de Madrid”. **María Paz Palos Zorrilla**. Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Debate abierto “Las cifras del dolor crónico en España. De los datos a la actuación”
Paloma Casado, María Paz Palos y Manel Santiaña.

SALA 4
Edificio Auditorio**Monitorización Continua de Glucosa para personas con diabetes: una oportunidad para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.** *Sesión técnica patrocinada por DEXCOM.*

Modera: **German Vega Sánchez**. Director Médico DEXCOM.

Intervienen:

Nuria Domínguez Pérez. Médico de Familia y asesora técnico del Área de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP). Coordinadora del grupo de trabajo para la elaboración del procedimiento asistencial para la solicitud, entrega, control y retirada de SMCG en personas con diabetes tipo 2 de la Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS .

María Ávila Fuentes. Endocrina. Médico Adjunta del Servicio de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Hospital de la Vega Baja (Orihuela). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana

Juan Francisco Perán Perán. Presidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE).

SALA 10
Edificio Anexo**Desafíos presentes y futuros en la seguridad del paciente.** *Sesión técnica patrocinada por HARTMANN.*

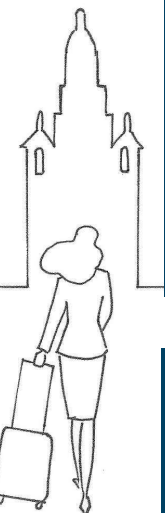
Presenta: **Cristina Sansalvador**. Medical Affairs & Market Access Manager. Laboratorios HARTMANN.

Intervienen:

“Aprendizajes para mejorar la seguridad del paciente”. **Alberto Pardo Hernández**. Subdirector General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

“Retos e iniciativas en la prevención de las IRAS: Estudio de consenso de expertos”. **Santiago Tomás Vecina**. Director Gerente de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP). Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de Badalona Serveis Assistencials.

“Compra pública basada en valor en la higiene sanitaria”. **Shirley Pérez Romero**. Facultativo Especialista de Área Medicina Preventiva en Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia). Profesor Asociado Clínico en Universidad de Murcia.



SALA 14
Edificio Anexo**Benchmarking entre las MCSS: Mejoras en Seguridad del Paciente.** *Sesión técnica patrocinada por MUTUAS.*Moderan: **Rafael Manzanera** y **José Joaquín Mira**.

Intervienen:

“Instrumentos de evaluación: estándares de Calidad Sanitaria”. **Diego Moya**. MC Mutual.“Mejoras vinculadas al análisis de Riesgos”. **Susana Velasco**. Fremap.“Análisis de Riesgos: Presente y futuro”. **Ana Periset** y **Caridad Amador**. Fraternidad.“Estrategias formativas innovadoras”. **María Dulce Puget**. Asepeyo.“Estrategias en Humanización”. **Clara Guillén**. Ibermutua.“El Modelo de personalización de la asistencia sanitaria”. **Miguel Ulibarrena**. Mutualia.“Conclusiones del Benchmarking entre las MCSS”. **Rafael Manzanera** y **José Joaquín Mira**. MC Mutual.SALA 15
Edificio Anexo**Análisis de Gestión sobre la situación del Proceso de Atención del Paciente con Cáncer de Próstata Avanzado.**Modera: **Emilio Ignacio García**. Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Intervienen:

“Actualización de la situación del proceso de Cáncer de Próstata Avanzado”. **Pedro López Cubillana**. Urólogo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.“Importancia desde la gestión de la puesta en marcha de estrategias de calidad en los servicios clínicos”. **Rosalía Pérez Moreira**. Presidenta de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial.**13:00 h. SESIONES TÉCNICAS**SALA 1
Edificio Auditorio**El buen control del paciente anticoagulado: ¿Una utopía o una realidad?** *Sesión técnica patrocinada por ALIANZA BRISTOL MYERS SQUIBB - PFIZER.*Modera: **Inmaculada Mediavilla**. Coordinadora de calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS. Presidenta de la SECA.

Intervienen:

Emilio Ignacio. Profesor Gestión Sanitaria y Calidad Asistencial, Universidad de Cádiz.**Vanessa Roldán**. Jefa de Servicio de Hematología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.**Miguel Montes**. Vicepresidente Federación Española de Asociaciones de Anticoagulados (FEASAN).

SALA 3
Edificio Auditorio

Cómo implementar el modelo EFQM en el sector sanitario. *Sesión técnica patrocinada por CÁTEDRA DE INNOVACION Y GESTIÓN SANITARIA. JANSSEN-URJC.*

Modera: **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.

Intervienen:

Miquel Romero i Grané. Director de Transformación e Innovación del Club Excelencia en Gestión.

Alberto Pardo Hernández. Subdirector General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Juan Ferrándiz Santos. Técnico. Subdirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

SALA 4
Edificio Auditorio

Recomendaciones para el diagnóstico precoz de una enfermedad minoritaria, la Colangitis Biliar Primaria. *Sesión técnica patrocinada por ADVANZ PHARMA.*

Modera: **Manel Santifià Vila.** Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

Intervienen:

Marta Casado. Especialista en Hepatología. H. Torrecárdenas de Almería.

Mar Noguerol. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Patología Digestiva y Hepática de semFYC.

Fernando Pérez Escanilla. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de SEMG.

Carlos Siljeström. Especialista en Aparato Digestivo. Miembro del Grupo de Trabajo Digestivo SEMERGEN.

SALA 10
Edificio Anexo

Experiencias en la implementación de medicina basada en el valor en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Sesión técnica patrocinada por CSL VIFOR.*

Modera: **Ane Fullaondo Zabala.** Instituto Biosistemak - investigación en sistemas de salud (antes Kronikune)

Intervienen:

Xavier Calvet Calvo. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Parc Taulí.

Isabel Sastre Ibarreche. Subdirectora de Sistemas y Tecnologías de la Información. Coordinadora de Innovación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Carolina Varela Rodríguez. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

14:00 h. **ALMUERZO DE TRABAJO.** Edificio Anexo.

ESPACIO SECA

Almuerzo de trabajo con representantes de la Sociedades autonómicas afiliadas a SECA para abordar, en el seno de la Línea estratégica 3, la relación entre estas y la SECA. (Por invitación)

15:30 h. **MESAS TEMÁTICAS**SALA A
Edificio Auditorio**Gestión de la Calidad.**

Modera: **Pedro Parra Hidalgo**. Presidente Comité Científico. Expresidente de SECA.

Intervienen:

“¿Todo a la vez en todas partes? No en sanidad”. **Fernando Ignacio Sánchez Martínez**. Catedrático de Economía aplicada. Universidad de Murcia.

“El despilfarro en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación a su coste”. **Salvador Peiró Moreno**. Health Services Research & Pharmacoepidemiology Unit, FISABIO Public Health. Valencia.

“Calidad: ¿Influencers o activistas?”. **Oscar Moracho del Río**. Gestor Sanitario.

SALA B
Edificio Auditorio**Atención Sanitaria basada en valor II.**

Modera: **Andrés Carrillo González**. Gerente Área de Salud VI. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

“Atención basada en valor: ¿Moda o realidad?”. **Yolima Cossío Gil**. Directora de Sistemas de Información del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

“No hacer. Lecciones aprendidas. El papel de la transformación digital”. **María José Pérez Boillos**. Directora Técnico Sistemas de información y Resultados en salud. DG Salud Digital. Servicio de Salud de Castilla y León.

“Efectividad de los cuidados enfermeros en los distintos contextos de aplicación”. **Azucena Santillán García**. Enfermera diplomada en Salud Pública y Doctora por la Universidad de Burgos. Profesora de la Universidad Internacional de Valencia.

ESPACIO SECASALA 2
Edificio Auditorio**Norma Patient First. Certificación de organizaciones sanitarias en experiencia del paciente.**

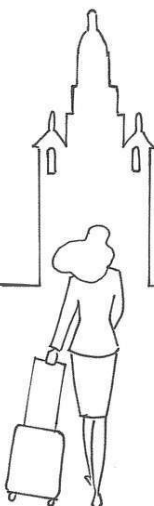
Intervienen:

Carlos Bezos. Presidente del Instituto del Paciente.

Manel Santiñà. Past President de la SECA y miembro de la Junta directiva de SECA.

Virginia Moros. Responsable Desarrollo Mercado - Área Pacientes.

María Caballero. Supervisora Unidad de Rehabilitación Hospital de Guadarrama.



17:00 h. **MESAS TEMÁTICAS**SALA A
Edificio Auditorio**Seguridad del Paciente.**

Modera: **Julián Alcaraz Martínez**. Presidente Comité Organizador. Presidente de SOMUCA.

Intervienen:

“La seguridad del paciente tras dos décadas de iniciativas, y ahora qué”. **Jesús M^a Aranz Andrés**. Catedrático de Ciencias de la Salud. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

“Seguridad del Paciente en Urgencias Pediátricas”. **Lola Beteta Fernández**. Subdirectora de Enfermería del Hospital Materno-Infantil.HCU Virgen Arrixaca. Murcia.

“Eventos adversos: ¿Cómo apoyar a los profesionales implicados? **María José Bueno Domínguez**. Responsable de Seguridad del Paciente. Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp. Coordinadora de proyectos Fundación Avedis Donabedian.

SALA B
Edificio Auditorio**Sistemas de información para la gestión de la calidad. Inteligencia Artificial.**

Modera: **Gorka Sánchez Nanclares**. Responsable de Innovación. Subdirección General de Proyectos e Innovación. Servicio Murciano de Salud.

Intervienen:

“Puede la Inteligencia Artificial transformar la atención sanitaria del futuro”. **Genís Carrasco**. Médico Intensivista. Editor de la revista Journal of Healthcare Quality Research (JHQR).

“IA y Medicina, claves para la mejora de la calidad asistencial”. **Aurelia Bustos Moreno**. Oncóloga, Informática y Doctora en Inteligencia Artificial. Co-fundadora en MedBravo e IIA.

“La bioética clínica frente al desafío de la Inteligencia artificial: explicabilidad, responsabilidad y agencia moral”. **Patrici Calvo Cabezas**. Profesor Titular de Ética. Universidad Jaume I de Castellón.

ESPACIO SECASALA 3
Edificio Auditorio**Presentación de la Línea estratégica 5.**

Creación de grupos de trabajo de socios y socias con carácter estable para abordar distintas áreas de conocimiento. Presentación de estos grupos (secciones), de sus coordinadores y sus miembros y del trabajo realizado en el último año.

Intervienen:

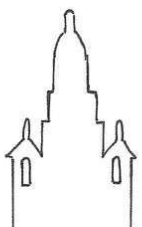
Pedro M. Ruiz López. Presidente de AMCA y Vocal de la Junta Directiva de SECA.

Marta Macías Maroto. Vocal de la Junta Directiva de SECA.

Alfonso Alonso Jaquete. Vocal de la Junta Directiva de SECA.

Carolina Varela Rodríguez. Coordinadora de la Sección de Medicina Basada en Valor.

Yuri Fabiola Villán Villán. Coordinadora de la Sección de Seguridad del Paciente.



18:30 h. MEJORES COMUNICACIONES.SALA B
Edificio Auditorio**Profesionales en Formación.**

Moderan: **Inmaculada Mediavilla Herrera**. Presidenta Sociedad Española de Calidad Asistencial. **Antonio Pujol de Castro**. Coordinador de la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Intervienen:

Monitorización del indicador “No hacer”: Prolongación del sondaje vesical en cirugía gastrointestinal más de 48 horas. **Victoria Uroz Martínez**. Médico Interno Residente Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Región de Murcia.

Sesiones multidisciplinarias entre Oncología y Medicina Intensiva para selección de pacientes candidatos a ingreso en UCI. **María Esperanza Guirao Garcia**. Médico Interno Residente de Área Oncología. Hospital Morales Meseguer. Región de Murcia.

Revisión de la activación del protocolo de transfusión masiva en nuestro hospital en los dos últimos años. **Belén García Iniesta**. Médico Interno Residente Anestesia, Hospital Universitario Reina Sofía. Región de Murcia.

Implementación de un cuadro de mandos de urgencias hospitalarias mediante herramientas de Business Intelligence. **Lucía Sánchez Piorno**. Médico Interno Residente Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Aumentando la actividad de la unidad de Imagen Cardíaca: resultados de la implementación de la metodología Lean. **Mar Fornaguera Padros**. Médico Interno Residente Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Vall Hebron. Cataluña.

18:30 h. COMUNICACIONES ORALES 4.

Edificio Auditorio

Sala 1. Atención Basada en valor 7 (C.O.L)

Manuel Alcaraz Quiñero. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 2. Seguridad del Paciente 6 (C.O.L)

Marta Macías Maroto. Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Sala 3. Seguridad del Paciente 7 (C.O.L)

Teodoro José Martínez Arán. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 4. Sistemas de Información 3 (C.O.L)

Adelia Más Castillo. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Edificio Anexo

Sala 10. Atención basada en Valor 8 (C.O.B)

Amaya Jimeno Almazán. Coordinación Regional IRAS-PROA. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Sala 12. Gestión de la Calidad 11 (C.O.B)

Arturo Pereda Mas. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 13. Diversas (C.O.B)

Manel Santiñá Vila. Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Sala 14. Seguridad del Paciente 8 (C.O.B)

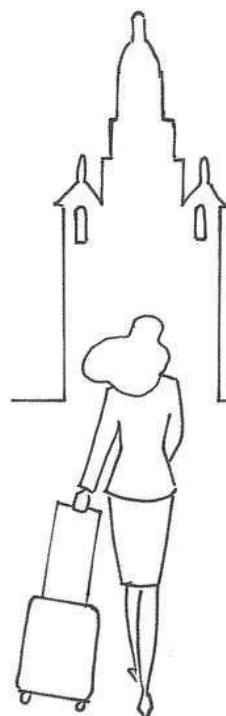
Teresa Ramón Esparza. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Sala 15. Seguridad del Paciente 9 (C.O.B)

Anna Rodríguez Cala. Sociedad Española de Calidad Asistencial, SECA

Sala 16. Gestión de la Calidad 12 (C.O.B)

María Dolores Meroño Rivera. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

**21:30 h. CENA DEL CONGRESO. Hotel Santos Nelva.**



VIERNES,
27/10/2023

09:00 h. **SESIONES DE MEJORES COMUNICACIONES.**

Área temática Seguridad del Paciente.

Moderan: **Santiago Tomás Vecina**. Director Gerente de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP). **M^a Eugenia Llana Velasco**. Presidenta Asociación Calidad Asistencial del Principado de Asturias, PasQal. **Juana María Marín Martínez**. Vocal Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA

Intervienen:

“YONOMBENZO”. Una experiencia comunitaria de cinco años para mejorar la seguridad de los ciudadanos. **Juan Francisco Menárguez Puche**. Médico de Familia. Centro de Salud Profesor Jesús Marín López (Molina Sur). Región de Murcia.

Impacto del análisis conjunto de incidentes de medicación entre el Servicio de Farmacia y Urgencias Pediátricas. **Andrea Mora Capín**. Facultativo Especialista en Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid.

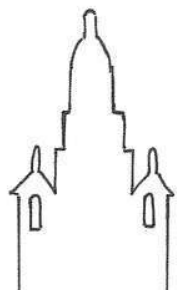
Explorando aplicaciones innovadoras para optimizar y adecuar la farmacoterapia de pacientes crónicos complejos. **Irati Erreguerena Redondo**. Investigadora y Gestora de Proyectos. Instituto de Investigación en Sistemas de Salud - Biosistemak. País Vasco.

Optimización de antibióticos (PROA-7VINCut) en un Servicio de Cirugía General: reducción de la duración del tratamiento. **Josep M^a Badia-Pérez**. Jefe de Proceso de Infecciones Quirúrgicas. Hospital General Universitario de Granollers. Cataluña

Intervención farmacéutica en el equipo de atención primaria. **José Mariano Montoya Egea**. Farmacéutico hospitalario. Dirección Atención Primaria Camp de Tarragona. Cataluña.

Optimización de la herramienta trigger para la detección de eventos adversos en cirugía torácica. **Juan Carlos Rumero Sánchez**. Facultativo Especialista de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Cruces. Osakidetza. País Vasco.

SALA A
Edificio Auditorio



Área temática Atención basada en Valor.

Moderan: **Rosa M^a Valverde Cítores**. Presidenta de las Sociedad Vasca de Calidad Asistencial, AVCA-AKEB. **Rosalía Pérez Moreira**. Presidenta Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial, SADECA.

Intervienen:

Incorporación del paciente para hacer de la toma de decisiones compartidas una realidad. **Silvia Sánchez Seda**. Ingeniera informática clínica. Dirección de Calidad y Seguridad Clínica. Hospital Clínic de Barcelona. Cataluña.

Percepción de los profesionales de primaria sobre la frecuencia con que se realizan intervenciones que no hay que hacer. **José Eduardo Calle Urra**. Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia.

Proyecto KAIZEN de mejora de la calidad y eficiencia en el proceso quirúrgico. **Francisco de Asís López Guerrero**. Jefe del Servicio de Farmacia. Director de Calidad. Ribera Hospital de Molina. Región de Murcia.

La Cuádruple Meta como base para pasar de procesos clínicos a unidades de práctica integrada. **Gema Muñoz Gamito**. Coordinadora de Gestión Clínica y Asistencia Basada en Valor. Fundació Assistencial Mutua Terrassa. Cataluña.

Indicadores para la gestión de la EPOC orientada al valor en el entorno español: consenso de expertos. **Carolina Varela-Rodríguez**. Facultativo Especialista. Unidad de Calidad. Hospital Universitario La Princesa. Comunidad de Madrid.

PROMS en pacientes con linfoma en términos de calidad de vida, gestión de recursos sanitarios y supervivencia global. **Adriana Pascual Martínez**. Especialista en Hematología y Hemoterapia. Director Médico. Hospital Universitario Infanta Elena. Comunidad de Madrid.

Área temática Accesibilidad y equidad.

Moderan: **Dolores Beteta Fernández**. Vocal Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA. **Fernando Simarro Mir**. Presidente Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial, SOVCA.

Intervienen:

Y dice usted que no le cogemos el teléfono? intentaremos mejorarlo. **Eloi Sabate Guerrero**. Oficial Administrativo. Centro de Atención Primaria Antoni de Gimbernat Cambrils. Cataluña.

Mejora del servicio de atención telefónica en un Área de Salud mediante un sistema de encolado de llamadas. **Ricardo García de León Chocano**. Jefe de Servicio de Sistemas y Tecnologías de la Información. Area de Salud V - Altiplano. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia.

Libro de estilo para apps de salud. **Pablo Alegre Cabrera**. Creador de contenidos. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Cataluña.

La gestión inteligente y ética de la lista de espera en la unidad del dolor, mejora el dolor y el ambiente laboral. **Rafael Sánchez Bernal**. Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria. OSI Araba. País Vasco.

Alianza estratégica de atención especializada integrada supraterritorial para mejorar la eficiencia y la accesibilidad. **Rafael Lledó-Rodríguez**. Gerente. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Cataluña.

Integración eficiente entre niveles asistenciales: implantación de un sistema de interconsulta sin paciente. **Olga Ochoa Gondar**. Directora de Procesos Asistenciales. Dirección de Atención Primaria Camp de Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona. Cataluña.

Área temática Gestión de la Calidad.

Moderan: **Berta Candía Bouso**. Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, SOGALCA. **Luisa Trillo Martínez**. Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, SACA

Intervienen:

Mejora de la calidad asistencial a través de la “atención líquida”. **María Jódar Reverte**. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proyecto Pharaon. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia

Adaptarse o morir. Gestión de un Programa Regional de Auditorías Internas en Modelos Integrados de Gestión. **M^a Ángeles Tébar Betegón**. Coordinadora Regional de Gestión de la Calidad y Mejora. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

La gestión de la calidad asistencial como herramienta para la transformación de organizaciones sanitarias. **Laura Cid Buiza**. Responsable Calidad Corporativo. Vithas Sanidad.Comunidad de Madrid.

Implementación de soluciones asistenciales integradas centradas en la persona y habilitadas digitalmente – JADECARE. **Yhasmine Hamu**. Gestora de proyectos. Instituto de Investigación en Servicios de Salud Biosistemak. País Vasco.

Impacto de las auditorias presenciales en la evaluación de redes europeas de referencia de enfermedades raras. **Patricia Palomera Rufo**. Healthcare consultant. IDOM. Comunidad de Madrid.

ISO 9001 y Lean Healthcare: integrándolos para la gestión y mejora de los procesos del bloque quirúrgico. **Concepción Fariñas Álvarez**. Coordinación de Calidad. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Área temática Relación con los pacientes.

Moderan: **Hortensia Aguado Blázquez**. Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial, SCQA. **Óscar Herráez Carrera**. Vicepresidente Sociedad Calidad Asistencial de Castilla La Mancha, SCLM

Intervienen:

Beneficios del Programa ELDERPLAY en mayores de 65 años. **Alberto Salas Cañizares**. Enfermero Responsable de Formación y Docencia Área III de Salud. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia.

Puesta en marcha de la consulta post-cuidados intensivos: un paso más en la humanización de la UCI. **Elena Martínez Quintana**. Especialista de Área Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Región de Murcia.

Experiencia del paciente a pie de cama y la participación de los líderes. **Marta Macías Maroto**. Coordinadora Calidad. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Comunidad de Madrid.

Consulta telemática versus consulta presencial: el paciente opina. **Adelia Más Castillo**. Técnico Responsable de Calidad Asistencial. Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación. Servicio Murciano de Salud.

Plan de mejora en hospitalización basado en la medición de la experiencia de los pacientes. Un método mixto. **Eva Maria Lopez Arellano**. Enfermera. Coordinación de Calidad y Seguridad asistencial. Servicio Riojano de Salud. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. La Rioja.

El dato de la encuesta de satisfacción. Hasta el infinito y más allá. **Marta Macías Maroto**. Coordinadora Calidad. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Comunidad de Madrid.

Área temática Sistemas de información.

Moderan: **Alfonso Alonso Jaquete**. Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial. **Gorka Sánchez Nanclares**. Vocal Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, SOMUCA.

Intervienen:

Leucemias mieloides agudas post síndromes mielodisplásicos: datos de un registro hospitalario de tumores. **Gemma Osca Gelis**. Técnico Documentalista. Institut Català D'Oncologia.Cataluña.

Efectividad de Telerrehabilitación e Inteligencia Artificial en la accesibilidad, lista de espera y gestión de recursos. **Alejandro Suero Pineda**. CSO y Director de Investigación. Healthinn Spinoff. Sevilla. Andalucía.

Cuadro de mandos integral para gestión y explotación de indicadores en unidades hospitalarias. **Marta Cuaresma Giráldez**. Ingeniera Biomédica. Técnico de investigación en la Unidad de Innovación y Análisis de datos del Hospital Universitario Virgen Macarena. Andalucía.

Proyecto ASK4NEED. De la demanda a la necesidad. Inteligencia artificial para la gestión de la demanda. **Gerardo Garzón González**. Técnico Calidad y Seguridad del Paciente. Centro Salud Entrevías. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.

Cuadro mando (CM) de indicadores del proyecto: atención a procesos agudos de demanda por enfermería (APADE). **Ana Belén Ramírez Puerta**. Técnico. Enfermero Apoyo a los Centros de Salud. Área de Proyectos de la Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Comunidad de Madrid.

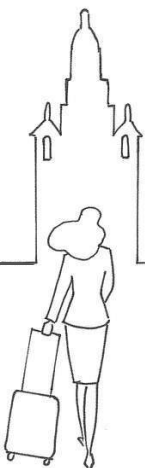
Proyecto nacional para la Actualización continua de la Vía clínica "RICA". **Pedro Miguel Ruiz López**. Médico. Jubilado. Comunidad de Madrid.

10:30 h. PAUSA CAFÉ. Hall Principal. Planta 0. Edificio Auditorio.

11:00 h. MEJORES COMUNICACIONES DEL CONGRESO.

Modera: **Antonio Paredes Sidrach de Cardona**. Secretario Comité Científico.

12:30 h. CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS. Entrega del Premio FIDISP.



TALLERES PRE-CONGRESO

SALA 12
Edificio Anexo**TALLER 1 - ¿ES POSIBLE COMUNICARNOS MEJOR? CÓMO HABLAR Y QUE TE ESCUCHEN. “ROL PLAY”**

Rafael Lledó Rodríguez. Director General del Consorci Sanitari del Maresme. Mataró. Barcelona. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Licenciado en Psicología. Diplomado en Gestión Hospitalaria por ESADE. Diplomado en Metodología de Evaluación y Mejora de la Calidad. Diplomado en Métodos Estadísticos en Ciencias de la Salud y Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

Andreu Aloy Duch. Director de Calidad y Planificación y Director General adjunto del Hospital General de Granollers. Barcelona. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina interna y Máster en Calidad Asistencial.

SALA 15
Edificio Anexo**TALLER 2 - METODOLOGÍA PARA ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE DATOS CON R. INDICADORES DE CALIDAD DEL DATO.**

Teodoro José Martínez Arán. Coordinador Calidad. Área IV de Salud del Servicio Murciano de Salud. Licenciado en Medicina. Máster en Gestión de la Calidad. Máster en Dirección de Proyectos y Certificado Silver Lean Six-Sigma.

Jorge López Díaz. Jefe de Servicio de Sistemas de Información. Área I de Salud del Servicio Murciano de Salud. Graduado en Ingeniería Informática. Máster en Informática y Matemáticas aplicadas a Ciencias e Ingeniería y Máster en Gestión y Planificación de Servicios Sanitarios.

SALA 10
Edificio Anexo**TALLER 3 - APLICACIONES DE PREM Y PROM EN EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTE.**

Carlos Bezos Daleske. Doctor en Antropología Social. Licenciado en Ciencias de la Información. Director del Instituto para la Experiencia del Paciente.

SALA 13
Edificio Anexo**TALLER 4 - inDemand, INNOVACIÓN GUIADA POR DEMANDA: CÓMO IDENTIFICAR Y FORMULAR RETOS PARA LA CO-CREACIÓN.**

Gorka Sánchez Nanclares. Licenciado en Medicina y Cirugía y Máster en Atención Primaria. Responsable de Innovación del Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Proyectos e Innovación.

Hana Hukelova. Licenciada en Económicas. Coordinadora Oficina de Proyectos Internacionales Biosanitarios (IBIPO). Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

SALA 16
Edificio Anexo**TALLER 5 - METODOLOGÍA LEAN: PARTIENDO DESDE CERO.**

María Concepción Fariñas Álvarez. Doctora en Medicina y Cirugía. Medicina Preventiva y Salud Pública. Calidad Asistencial. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Susana Lorenzo Martínez. Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe del Área de Calidad y Gestión de Pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

SALA 14
Edificio Anexo**TALLER 6 - FUNDAMENTOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA GESTIONAR LA CALIDAD.**

Genís Carrasco. Médico intensivista. Doctor en Medicina y Cirugía. Máster en Gestión de la Calidad. Diplomado en Bioestadística. Editor de la revista Journal of Healthcare Quality Research,



COMUNICACIONES

ÍNDICE



Utilice CTRL+F
para buscar la comunicación deseada

ÁREA TEMÁTICA GESTIÓN DE LA CALIDAD

OL EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EXTRAMUROS MEDIANTE UN CASO PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.....	39
OL LAS RECLAMACIONES: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR EL TRASPORTE SANITARIO.....	40
OL ¿QUÉ APORTAN LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN LA CALIDAD PERCIBIDA DEL TRANSPORTE SANITARIO?.....	41
OL DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA DIGESTIVA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA.....	42
OL CIRCUITO JURÍDICO, UN PROCESO SOPORTE PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA.....	43
OL EVALUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD DE UNA INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS.....	44
OL CICLO DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA AMBULATORIA.....	45
OL REVISIÓN DE LA ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.....	46
OL MEJORANDO LA ASISTENCIA A CONSULTAS.....	47
OL CUÁNTA MEJORA ESPERAR CUANDO UN CONTRATO DE GESTIÓN PIDE LA REALIZACIÓN ACCIONES DE MEJORA EN INDICADORES CLAVE.....	48
OL PLAN DE MEJORA DEL DESCANSO DE LOS RESIDENTES EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	49
OL IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LOS REPOSABLES DE CALIDAD.....	50
OL ISO 9001 Y LEAN HEALTHCARE: INTEGRÁNDOLOS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.....	51
OL GESTIÓN DE RIESGOS EN EL LABORATORIO DE UN HACLE.....	52
OL ADAPTARSE O MORIR. GESTIÓN DE UN PROGRAMA REGIONAL DE AUDITORÍAS INTERNAS EN MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN.....	53
OL LA CERTIFICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA ELEVAR LA CALIDAD EDUCATIVA DE LOS CURSOS DE LA HEALTHCARE TRANSFORMATION ACADEMY.....	54
OL EL RETO DE IMPLANTAR EL NUEVO MODELO EFQM EN UN HOSPITAL.....	55
OL EVALUACION DE REDES EUROPEAS DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS.....	56
OL CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS®, UNA ESTRATEGIA SOSTENIBLE PARA SU IMPLANTACIÓN.....	57
OL ¿SIRVEN LOS ESTANDARES DE CALIDAD SANITARIA (ECS) PARA ACERCARNOS A LOS CENTROS DISPERSOS?.....	58
OL ACREDITACIÓN GEDA. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS.....	59
OL AGILIZAR EL ANÁLISIS DE CONTEXTO Y VISUALIZAR EL ANÁLISIS ESTRATÉGICO SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2015.....	60
OL IMPACTO DE LAS AUDITORIAS PRESENCIALES EN LA EVALUACIÓN DE REDES EUROPEAS DE REFERENCIA DE ENFERMEDADES RARAS.....	61
OL MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA "ATENCIÓN LÍQUIDA"?.....	62
OL PROYECTO eSalut: TRANSFORMACIÓN DIGITAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LOS RESULTADOS EN SALUD.....	63
OL BENEFICIOS DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL EN EL PACIENTE OFTALMOLÓGICO. TRES AÑOS DE APLICACIÓN ININTERRUMPIDA.....	64
OL EL "MANCHESTER" JUEGA EN UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL CAMPO DE MADRID?.....	65
OL METODOLOGÍA LEAN APLICADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE NUEVA CONSTRUCCIÓN: PRE-, DURANTE Y POST- APERTURA.....	66
OL PUNTO ENCUENTRO PRIMARIA.....	67
OL IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ASISTENCIALES INTEGRADAS CENTRADAS EN LA PERSONA Y HABILITADAS DIGITALMENTE - JADECARE.....	68
OL EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	69
OL PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPULSANDO POLÍTICAS PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA.....	70
OL VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD ANALÍTICA DE LOS RESULTADOS ENTRE DOS ANALIZADORES TRAS RENOVACIÓN TECNOLÓGICA.....	71
OL ALGORITMO DE PROGRAMACIÓN AUTOMÁTICA DE PACIENTES PARA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA?.....	73
OL INFOGRAFÍAS Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	74
OL IMPLANTACIÓN DE LA TELERREHABILITACIÓN EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL.....	75
OL RENOVACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y PROCESADO DE ROPA HOSPITALARIA DESDE UNA PERSPECTIVA MEDIOAMBIENTAL Y DE CICLO DE VIDA.....	76
OL "NADIE DIJO QUE FUESE SENCILLO" SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL BURN OUT.....	77
OL OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y AGENDA 2030 EN UN HOSPITAL: RESULTADOS DEL PLAN DE COMUNICACIÓN.....	78
OL PROYECTO CIRUGERES: OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE FRÁGIL. ESTUDIO MULTICENTRICO NACIONAL.....	79
OL GENERAR COMPROMISO POTENCIANDO LA PARTICIPACIÓN: EXPERIENCIA PRACTICA DE DISEÑAR Y PONER EN MARCHA UN PLAN ESTRATEGICO... ..	80
OL EVOLUCIÓN DEL GRADO DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HACLE TRAS LA APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA.....	81
OL EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL TRAS LA APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA EN UN HACLE.....	82
OL ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN CALIDAD PARA EL DESPLIEGUE DE AUDITORIAS INTERNAS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA.....	83
OL PROGRAMA DE MEJORA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES SANITARIAS MEDIANTE FORMACION VIRTUAL SUBVENCIONADA CON FONDOS EUROPEOS.....	84
OL CONSULTORÍA REGIONAL AL SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE 1ªLÍNEA QUE APUESTAN POR LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	85
OL TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL SISTEMA SANITARIO: EXPERIENCIA DE UNA DIRECCIÓN DE TRANSFORMACIÓN Y SALUD DIGITAL.....	86
OL CICLO DE MEJORA: HERRAMIENTA DE DECISIÓN PARA LA DEMANDA NO DEMORABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	87
OL ATODOM: INCORPORACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN AP EN PACIENTES CRÓNICOS.....	88
OL LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS.....	89
OL ÁREA DE EVOLUCIÓN DE URGENCIAS: UNA FORMA DE ATENDER MEJOR A LOS PACIENTES Y EVITAR INGRESOS HOSPITALARIOS INNECESARIO....	90
OL CÓDIGO POLITRAUMA: MINUTOS QUE SALVAN VIDAS.....	91
OL ASISTENTES CLÍNICOS (ÁMBITO Y ESPECIALIZADA): IMPLEMENTAR UN NUEVO ROL PROFESIONAL INNOVADOR EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	92
OL ESTRATEGIA FORMATIVA DEL PROYECTO: ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA POR ENFERMERÍA (APADE)	93
OL EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UNA RED EUROPEA DE REFERENCIA.....	94
OL GERIATRÍA EN LA COMUNIDAD (GERICOM) DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: UN PROYECTO INÉDITO E INNOVADOR....	95

OL EVALUACIÓN CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL: COMPROMISO Y CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS COMUNES.....	96
OB ¿EXITE SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI Y REANIMACIÓN?	97
OB HERRAMIENTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RECURSOS Y PLANIFICACIÓN DE HOSPITAL DE DÍA.....	98
OB LOS ASISTENTES COGNITIVOS COMO INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	99
OB MEJORAR UN PROCESO COMPLEJO CON MULTIPLES INTERVINIENTES: EVALUACIÓN DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO EN UNA COMUNIDAD.....	100
OB AYUDA AL CIUDADANO CON UN TELÉFONO PARA EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE.....	101
OB METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	102
OB PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO: UNA HERRAMIENTA DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.....	103
OB UN BOLETÍN A TU MEDIDA, UN BOLETÍN CON COMPROMISO.....	104
OB QUÉ NOS HA APORTADO EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.....	105
OB HERRAMIENTAS PARA ISO AUDITADOS 9001:2015: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA AUDITORES INTERNOS Y PRE-AUDITORÍA PARA AUDITADOS.....	106
OB EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA A CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	107
OB UN "PERIODICO"; COMUNICACIÓN EFICIENTE, POSITIVA Y DIRECTA.....	108
OB BeltIA: SERVICIO DE DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE ESQUEMAS DE CERTIFICACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA.....	109
OB ¿PODEMOS MEDIR LO INTANGIBLE? LOS VALORES DE UN GRAN HOSPITAL.....	111
OB ANÁLISIS DE LA ESTANCIA EN REANIMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ.....	112
OB EVALUACIÓN Y MEJORA DEL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.....	113
OB EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS MEDIDAS RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.....	114
OB IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD UNE-EN ISO 15189:2013 EN MICROBIOLOGÍA: INDICADORES DE CALIDAD (2019-2022).....	115
OB IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE GUADALAJARA.....	116
OB EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PERIOPERATORIA DE DISFUNCIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTE CRÍTICO. ANÁLISIS- PRESENTACIÓN DE DATOS.....	117
OB CÓDIGO TRAUMA: EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA TRAS SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	119
OB EVALUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA: EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANTENIMIENTO.....	120
OB ¿EXISTEN HERRAMIENTAS PARA FAVORECER LA OBTENCIÓN DE CERTIFICADOS DE CALIDAD?.....	121
OB TOMA DE CONCIENCIA EN GESTION AMBIENTAL, LA PLANIFICACION DEL RETO.....	122
OB CUIDAMOS LA SALUD PROTEGIENDO EL MEDIO AMBIENTE.....	123
OB EXPERIENCIA DE PROFESIONAL: UN INGREDIENTE IMPRESCINDIBLE PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	124
OB PROYECTO "MIMALA": EL PRINCIPIO DE UNA NUEVA ERA.....	125
OB MEJORA DE LA GESTION DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA TRAS LA CERTIFICACION POR LA NORMA ISO 9001.....	126
OB APOYO METODOLÓGICO PARA ENFRENTARSE A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA DESIGNACIÓN CSUR.....	127
OB GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO. SISTEMAS DE ACREDITACIÓN.....	128
OB NUEVO RETO: LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION ENTERPRISE.....	129
OB LA SOSTENIBILIDAD EN LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA.....	130
OB SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA.....	131
OB RED DE AUDITORES INTERNOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	132
OB MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	133
OB INCLUSIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL PLAN DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	134
OB MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR UN SERVICIO DE FACTURACIÓN A TERCEROS MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA WEB.....	135
OB DISEÑO DE UN REGISTRO DE HISTORIA ELECTRÓNICA DIGITAL (RHEDI). PROYECTO HELPeN.....	136
OB PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA.....	137
OB NUEVA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR POSPARTO.....	139
OB DISEÑO DE UN SISTEMA DE EVALUACION DE UN METODO DE GESTION TELEFONICA.....	140
OB PERFIL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PILOTO SANITARIO DE "ASISTENCIA LIQUIDA".....	141
OB ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA ESCOLAR PARA LA SALUD MEDIANTE MATRICES DAFO Y ACCIONES CAME.....	142
OB ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA: ORIENTANDO LA MIRADA HACIA LAS PERSONAS MAYORES.....	143
OB UTILIZANDO LAS TICs EN BENEFICIO DE LA SOSTENIBILIDAD Y LA HUMANIZACIÓN SANITARIAS.....	144
OB ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE CESIÓN TEMPORAL DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	145
OB MEJORANDO LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO AGUDO DEL ICTUS GRACIAS A LA TELEMEDICINA.....	146
OB DIGITALIZACIÓN DE LAS PRERROGATIVAS CLÍNICAS.....	147
OB TELEMEDICINA, UNA HERRAMIENTA SEGURA PARA ACERCAR A NUESTROS ESPECIALISTAS AL PACIENTE.....	148
OB REVISION Y MEJORAS DE LOS POINT OF CARE TESTING (POCT) EN UN HOSPITAL PAPEL DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS.....	149
OB MEJORAS DE LOS POINT OF CARE DE ULTRASONIDOS (POCUS) EN UN HOSPITAL. PAPEL DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS.....	150
OB CUIDE SU SALUD: UN ESPACIO EN LA WEB DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA.....	151
OB LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN COM HERRAMIENTA PROACTIVA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	152
OB REDUCIENDO LA HUELLA DE CARBONO.....	153
OB OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LOS MENÚS DE PACIENTES: INCORPORACIÓN DE MATERIAS PRIMAS ECOLÓGICA CERTIFICADAS.....	154
OB EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE DE UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD. 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN.....	155

OB	INTEGRACIÓN DE LOS RIESGOS DE SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, SOCIAL Y DE BUEN GOBIERNO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALID.....	156
OB	ACCIONES PARA ACOMPAÑAR LA RELACIÓN ENTRE SANIDAD Y SOSTENIBILIDAD. EL RETO.....	157
OB	RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HACLE.....	158
OB	¿CÓMO MEJORAR EL TRABAJO ASISTENCIAL?	159
OB	PROYECCIÓN SOBRE PLANO E IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO DE ORGANIZACIÓN 5S DEL LUGAR DE TRABAJO EN UN SERVICIO DE PET/RMN.....	160
OB	UNIDAD DE REFERENCIA DE ENFERMERÍA PARA IMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EXPUESTO A SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO.....	161
OB	IMPACTO DE LAS ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	162
OB	REPROCESADO DE MATERIALES SANITARIOS: GESTIÓN COLABORATIVA ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA.....	163
OB	MEJORA DEL FLUJO DE TRABAJO DE LA COMISIÓN DE OBRAS Y TECNOLOGÍA CON EL USO DE HERRAMIENTAS COLABORATIVAS.....	164
OB	DISEÑO DE UN MAPA DE APRENDIZAJE PARA SISTEMATIZAR LA ACOGIDA.....	165
OB	PLAN DE VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL ALIMENTARIO. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO.....	166
OB	EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	167
OB	EL PAPEL DE "LOS DE CALIDAD" EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.....	168
OB	LA CLAVE DEL ÉXITO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA AUTONÓMICA: LA DIFUSIÓN Y LA COMUNICACIÓN.....	169
OB	UN EJE FUNDAMENTAL EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA: LA FORMACIÓN.....	170
OB	REINVENTARSE O CLAUDICAR: CÓMO ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN EL CONTEXTO DE IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS.....	171
OB	AUDITORÍAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE: EXPERIENCIA Y PRIORIDADES EN UNA INSTITUCIÓN MONOGRÁFICA Y MULTICÉNTRICA.....	172
OB	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA COMUNICACIÓN. PROYECTO DANCE TEAM BUILDING PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD..	173
OB	UNA DÉCADA DE COMITÉS DE ATENCIÓN AL DOLOR. MEJORANDO LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE UN SERVICIO DE SALUD.....	174
OB	DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO.....	175
OB	PROYECTO PARA MINIMIZAR EL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES EN EL DESARROLLO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	176
P	TRANSPARENCIA EN EL MODELO DE GESTIÓN: CONFIANZA, MOTIVACIÓN Y PERTENENCIA.....	177
P	MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DEL INVENTARIO ANUAL DE FARMACIA MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DEL ALMACÉN DE MEDICAMENTOS.....	178
P	TRANKILIA: HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO MEDIANTE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC).....	179
P	RONDAS DE SEGURIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACIÓN INICIAL PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE PRÁCTICAS SEGURAS.....	180
P	SONDEO DE LA SATISFACCIÓN COMO CLIENTES INTERNOS. LA IMPORTANCIA DE LA RELACION INTERESPECIALIDAD EN UN HOSPITAL.....	181
P	DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA. IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	182
P	¿FUNCIONA EL CIRCUITO DE PACIENTES CITADOS PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?.....	183
P	SEGUIMIENTO DE GUÍA REGIONAL DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	184
P	SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	185
P	EVOLUCIÓN DE LAS VIVENCIAS Y EMOCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID.....	186
P	EVALUACIÓN DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA CON ACREDITACIÓN EN CALIDAD.....	187
P	¿QUÉ HACEMOS EN LA UNIDAD DE CALIDAD?: NUESTRO MAPA DE PROCESOS.....	188
P	EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE CONTENEDORES DE RESIDUOS BIOSANITARIOS TIPO III EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS.....	189
P	GESTIÓN DE RESIDUOS PROCEDENTE DE LOS LAVADOS CONTINUOS EN RESECCION TRANSURETRAL EN EL 5º DE UROLOGIA.....	190
P	METODOLOGÍA LEAN Y DIGITALIZACIÓN, MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA EN MU.....	191
P	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.....	192
P	CARGA DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE COMPLEJO CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE ACUDE A URGENCIAS.....	193
P	CICLO DE MEJORA DEL REGISTRO DEL CUIDADO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y PICC EN LA UCI PEDIÁTRICA.....	194
P	ATENCIÓN PRECOZ AL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO ESTABILIZADO.....	195
P	R1: SOBREVIVIR A LAS GUARDIAS DE URGENCIAS.....	196
P	MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN HERIDAS CRÓNICAS: ABORDAJE DE LA VARIABILIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL.....	197
P	ANÁLISIS CAUSA RAÍZ, MEDIANTE PROTOCOLO LONDRES, Y PLAN DE ACCIÓN DE UN INCIDENTE DE GRAVEDAD EXTREMA.....	198
P	LA MEJORA CONTINUA TAMBIÉN EN LAS DIETAS DEL HOSPITAL.....	199
P	REDISEÑO DE PROCESOS PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL TRABAJO EN EQUIPO.....	200
P	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD PARA NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA.....	201
P	FARMACOTECNIA: BUSCANDO LA CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES.....	202
P	CAMBIOS A IMPLEMENTAR EN EL LABORATORIO CLÍNICO PARA LA TRANSICIÓN A LA NORMA UNE:EN-ISO 15189:2023.....	203
P	ESTUDIO DE REPRODUCIBILIDAD DE 6 ANALIZADORES DE LABORATORIO CORE QUE TRABAJAN EN ESPEJO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL....	204
P	IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE - EN ISO 15189 EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA - SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	205
P	REQUISITOS TÉCNICOS -IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE - EN ISO 15189 EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA.....	206
P	IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR.....	207
P	USO DE LA TECNOLOGÍA PARA FACILITAR LA VIDA DEL PACIENTE.....	208
P	DIFUSIÓN, CON APOYO DE LA TECNOLOGÍA, DE PUNTOS CRÍTICOS DE LOS PNTS DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO.....	209
P	FORMANDO A LOS HÉROES DEL MAÑANA! IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA.....	210
P	CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO Y SATISFACCIÓN LABORAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	211
P	PROYECTO DE INNOVACIÓN: PARTICIPACIÓN DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN LA VÍA RICA.....	212
P	INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BAJAS POR CONTINGENCIA COMÚN.....	213
P	UTILIZACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ALIVIAR LISTAS DE ESPERA DE DERMATOLOGÍA.....	214

P	EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA DIFUSIÓN DE CONTENIDOS, EN UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUA.....	215
P	EXPERIENCIA DE MICROLEARNING EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL.....	216
P	NOTAS DE ESPERANZA: EXPLORANDO EL IMPACTO DE LA MÚSICA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).....	217
P	PROCESO PARA IMPLANTAR UN NUEVA TERAPIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA ACREDITADO EN CALIDAD ASISTENCIAL.....	218
P	GESTIÓN DE OPORTUNIDADES Y PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA.....	219
P	REDES SOCIALES EN ENFERMERÍA: ANÁLISIS E IMPLICACIONES PARA LA DIVULGACIÓN DE CONTENIDO CIENTÍFICO Y PROFESIONAL.....	220
P	POR UN HOSPITAL VERDE: MINIMIZACIÓN DEL CONSUMO PLÁSTICO EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS.....	221
P	LA DESCARBONIZACIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	222
P	LA RESPONSABILIDAD DEL SECTOR SANITARIO. CAMINANDO HACIA UN HOSPITAL SIN PLÁSTICOS.....	223
P	TUTORIZAR UN ALUMNO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. TODA UNA RESPONSABILIDAD.....	224
P	LA INTEGRACIÓN DE LOS ODS EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.....	225
P	IMPACTO DE UNA INICIATIVA DE ESCRITURA TERAPÉUTICA PARA LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	226
P	EL GRAN DESAFÍO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONSEGUIR COBERTURA ASISTENCIAL.....	227
P	CONTROL DE CALIDAD EN LA DERIVACIÓN DE PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA Y EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO DESDE A.P.....	228
P	MEJORA DE LA GESTION DOCUMENTAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA.....	229
P	IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	230
P	PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL: APORTACIÓN.....	231
P	CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE UNA SITUACIÓN DE CONTINGENCIA.....	232
P	MEJORA ESTRATÉGICA EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA CON ROMIPLOSTIM.....	233
P	IMPLEMENTACIÓN DE CÓDIGOS QR PARA PREVENIR ERRORES EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA.....	234
P	PREVISIÓN EN GESTION. CONOCIENDO A 32 PROFESIONALES QUE SE INCORPORARÁN A ATENCIÓN PRIMARIA.....	235
P	ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE.....	236
P	LA CALIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA: PROMOCIÓN DE LA EFICIENCIA.....	237
P	MEJORA DE LA PRIMERA ATENCIÓN FACULTATIVA EN URGENCIAS.....	238
P	PROCEDIMIENTO DE DESENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA A UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	239

ÁREA TEMÁTICA ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

OL	Y DICE USTED QUE NO LE COGEMOS EL TELÉFONO? INTENTAREMOS MEJORARLO.....	240
OL	MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EN UN AREA DE SALUD MEDIANTE UN SISTEMA DE ENCOLADO DE LLAMADAS.....	241
OL	LIBRO DE ESTILO PARA APPS DE SALUD.....	242
OL	LA VISITA DEL MÉDICO, PARA CUANDO?	243
OL	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE DE PREHABILITACIÓN ANTES DE CIRUGÍA COMPLEJA.....	244
OL	LA GESTIÓN INTELIGENTE Y ÉTICA DE LA LISTA DE ESPERA EN LA UNIDAD DEL DOLOR, MEJORA EL DOLOR Y EL AMBIENTE LABORAL.....	246
OL	PROCESO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DEL PORTAL WEB DEL DEPARTAMENTO DE SALUD.....	247
OL	ALIANZA ESTRATÉGICA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA INTEGRADA SUPRATERRITORIAL PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA ACCESIBILIDAD.....	248
OL	INTEGRACIÓN EFICIENTE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INTERCONSULTA SIN PACIENTE.....	249
OB	DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD PARA FAVORECER LA EQUIDAD EN UN ÁREA DE SALUD.....	250
OB	PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DEMANDA AGUDA EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD.....	251
OB	PROYECTO PARA ATENDER LA DEMANDA ANESTÉSICA EN CUALQUIER LUGAR DEL HOSPITAL.....	252
OB	LIVES: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE VIVEN CON ENFERMEDADES VASCULARES HEPÁTICAS.....	253
P	PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN CENTROS SANITARIOS.....	254
P	IMPACTO COVID EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL. RESULTADOS DE UN PLAN DE CHOQUE URGENTE.....	255
P	ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN.....	256
P	MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE UNA APP.....	258
P	EVALUACIÓN COSTE-EFECTIVA DE NUEVOS RADIOFÁRMACOS UTILIZADOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA.....	259
P	LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD. CUANDO EL ESPACIO CONDICIONA EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN ATENCION PRIMARIA.....	260
P	ESTUDIO COSTE-EFECTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR PARTE DEL HOSPITAL EN PACIENTES EN ESTADO DE ILT.....	261
P	DEMORAS EN AP: EXPERIENCIA CON LA MONITORIZACIÓN Y MEJORAS EN UN CENTRO DE SALUD.....	262
P	¿ES POSIBLE LLEVARSE LA HISTORIA CLÍNICA DE VACACIONES?.....	263

ÁREA TEMÁTICA SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

OL	MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD MEDIANTE ESTANDARIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS DATOS EN HCE Y CUADROS DE MANDO DINÁMI	264
OL	¿HABLAMOS EN CÓDIGO? ANÁLISIS DE USO DE ABREVIATURAS EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	265
OL	FACTORES DE COMPLEJIDAD DE CUIDADOS ASOCIADOS AL FALLO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	266
OL	ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA PARA SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA.....	267
OL	EL BENCHMARKING PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	268
OL	IMPACTO DE LA RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTIMICROBIANOS EN LA ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA..	269
OL	CÁNCER DE MAMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA OBSERVADA EN UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO	270
OL	REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO (RTH) MULTICÉNTRICO COMO INSTRUMENTO DE CONTROL DE CALIDAD EN HOSPITALES ONCOLÓGICO....	271
OL	CUADRO DE MANDOS INTEGRAL PARA GESTIÓN Y EXPLOTACIÓN DE INDICADORES EN UNIDADES HOSPITALARIAS.....	272
OL	EVALUACIÓN DE INDICADORES DE ACCESO VASCULAR EN UN PROYECTO DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA PROGRAMACIÓN DE OBI-OAS.....	273

OL	ADAPTACIÓN DEL STANDARD SET DE ICHOM PARA SU EVALUACIÓN SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.	274
OL	CUADRO MANDO (CM) DE INDICADORES DEL PROYECTO: ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA POR ENFERMERÍA (APADE).....	275
OL	PROYECTO NACIONAL PARA LA ACTUALIZACIÓN CONTINUA DE LA VÍA CLÍNICA "RICA".....	276
OL	COCREAR INDICADORES JUNTO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MEDIANTE AGILE MEJORA SU IMPLICACIÓN EN LA CALIDAD.....	277
OL	MEJORA BASADA EN EL DATO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL TERCARIO.....	278
OL	IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE HERRAMIENTAS DE BUSINESS INTELLIGENCE.....	279
OL	REGISTRO DE TUMORES COMO SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL CÁNCER INFANTIL EN UN HOSPITAL TERCER NIVEL AÑOS 2018 A 2022.....	280
OL	MIELOMA MÚLTIPLE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SUPERVIVENCIA OBSERVADA EN UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTR.....	281
OL	LEUCEMIAS MIELOIDES AGUDAS POST SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS: DATOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES.....	282
OL	MELANOMA DE ÚVEA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA A LOS 7 AÑOS A PARTIR DE UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO....	283
OL	EFFECTIVIDAD DE Telerrehabilitación e Inteligencia Artificial en la Accesibilidad, Lista de Espera y Gestión de Recursos.....	284
OL	INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A CENTROS SOCIO SANITARIOS: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	285
OL	PROYECTO ASK4NEED. DE LA DEMANDA A LA NECESIDAD. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA GESTIÓN DE LA DEMANDA.....	286
OL	PREDICCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFIC.....	287
OB	NUEVOS SISTEMAS DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	288
OB	SERVICIO DE HUMANIZACIÓN, INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE: DIGITALIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.....	289
OB	MEJORA DE GESTIÓN, CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD TERAPÉUTICA CON LA INTEGRACIÓN DE LA RED DEPARTAMENTAL MOSAIQ.....	291
OB	ESTUDIO DE VARIABLES PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCO- HEMATOLOGIA.....	292
OB	RECLAMACIONES EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP): IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS Y EFECTO PANDEMIA.....	293
OB	INDICADORES DE CALIDAD EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP). ¿HAN CAMBIADO CON LA PANDEMIA?.....	294
OB	ENFERMERÍA QUIRÚRGICA MURCIA UNA WEB POR Y PARA TODOS.....	296
OB	GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV). ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	297
OB	UN INSTRUMENTO DE MEJORA CONTINUA PARA LA GESTIÓN DE LA ACTUACIÓN RADIOLÓGICA.....	299
OB	LA EXHAUSTIVIDAD AL CODIFICAR LAS ALTAS HOSPITALARIAS, CLAVE PARA REFLEJAR REALIDAD, COSTES, Y COMPLEJIDAD CLÍNICA.....	300
OB	IMPULSO DE LA CULTURA DE EVALUACIÓN Y MEJORA MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES.....	301
OB	INDICADORES DE CALIDAD DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AÑOS 2018-2022.....	303
OB	SARCOMAS: CLÍNICA Y SUPERVIVENCIA A LOS 7 AÑOS A PARTIR DE UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO.....	304
OB	DIGITALIZANDO LA CALIDAD, ADAPTÁNDONOS AL SIGLO XXI.....	305
OB	SISTEMAS DE INFORMACIÓN CATALIZADOR DE LA ESTRATEGIA.....	306
OB	EVALUACIÓN DEL IMPACTO FORMATIVO A MEDIO PLAZO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A COLECTIVOS ADMINISTRATIVOS.....	308
OB	TENDENCIA DE LA ACTIVIDAD, EFECTIVIDAD, EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. OBSERVATORIO DE RESULTADOS....	309
OB	ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO INFORMACIÓN EXISTENTE EN RELACIÓN A LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SEVICIOS DE URGENCIAS.....	310
OB	LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL USO DEL PAPEL DE LOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS EN AP.....	311
OB	RUTA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA: EL LABORATORIO COMO NEXO MEDIANTE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE DECISIÓN...	312
P	ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE REGISTRO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	313
P	¿PROPORCIONAR INFORMACIÓN SALVANDO ÁRBOLES?	315
P	INFLUENCIA DE LA INTEGRACIÓN DE DATOS APORTADOS POR EL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD.....	316
P	USO DE CONTENIDOS AUDIOVISUALES PARA LA UNIFICAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	317
P	LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO: REVISION.....	319
P	GESTIÓN BASADA EN DATOS, HERRAMIENTA BÁSICA PARA LA TOMA DE DECISIONES.....	320
P	IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA WEB PARA LA CREACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS Y MONITORIZACIÓN DE SUS INDICADORES.....	321
P	PREPARACION DE LOS DATOS: SISTEMA "R" COMO ALTERNATIVA GRATUITA.....	322
P	APORTACIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD A LA UNIDAD DE CELADORES.....	323
P	ADECUACIÓN DE INGRESOS URGENTES MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL".....	324
P	ENFERMERA REFERENTE COMO CLAVE DEL ÉXITO PARA ALCANZAR EL INDICADOR DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ALTA.....	325
P	EL LABORATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE TODOS LOS CLIENTES: NECESITAMOS SABER SI LO ESTAMOS HACIENDO BIEN (Y CÓMO DE BIEN).....	326
P	ESTUDIO DE LOS INDICADORES COMUNES EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	327
P	12 AÑOS DE INFORME DE CUIDADOS: EVOLUCIÓN Y RETOS.....	328
P	VALORACIÓN DE INDICADORES. IMPLEMENTAR UN REGISTRO INFORMATIZADO DE ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD EN UN HOSPITAL TERCAR...	329
P	IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN.....	330
P	CONTROL DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE MURCIA....	331
P	EN BUSCA DE LA SEDACIÓN DE CALIDAD: UN TRABAJO EN EQUIPO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).....	332
P	PREVALENCIA Y RESISTENCIAS A ANTIMICROBIANOS EN NEISSERIA GONORRHOEA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD.....	333
P	DESARROLLO DE UN NUEVO PNT DE COMUNICACIÓN DE VALORES CON RIESGO PARA EL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)	334
P	ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.....	335
P	EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL AREA 2 DEL SMS SOBRE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CON GOOGLE FORMS.....	337
P	CRITERIO EVALUADOR DE ENFERMERÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN CONTINGENCIA COMUN (ITCC) EN MC MUTUAL.....	338
P	LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE COSTES SANITARIOS.....	339

ÁREA TEMÁTICA RELACIÓN CON LOS PACIENTES

OL GRUPO FOCAL HERRAMIENTA PARA ANALIZAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO.....	340
OL VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN CONSULTA DE DEMANDA AGUDA DE AP.....	341
OL EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON COVID PERSISTENTE ATENDIDO POR LOS FISIOTERAPÉUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	342
OL NOS ACERCAMOS AL GEMBA DEL PACIENTE: "PATIENT GEMBA WALKS".....	343
OL EL DATO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. HASTA EL INFINITO Y MÁS ALLÁ.....	344
OL DESARROLLO CUESTIONARIO ON LINE PROPIO PARA ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.....	345
OL OPINIÓN, PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS DE PACIENTES ACERCA DE LA HIGIENE DE MANOS.....	346
OL PLAN DE MEJORA EN HOSPITALIZACIÓN BASADO EN LA MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES. UN MÉTODO MIXTO.....	347
OL RELACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO Y FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS HOSPITALIZADOS.....	348
OL PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA POST-CUIDADOS INTENSIVOS: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LA UCI.....	349
OL EXPERIENCIA DEL PACIENTE A PIE DE CAMA Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES.....	350
OL ¿DÓNDE FALLECEN NUESTROS CIUDADANOS? ¿EN EL HOSPITAL O EN SU CASA?.....	351
OL EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	352
OL HUMANIZANDO LA GESTIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES CON TEA Y OTROS DEFICITS SENSORIALES.....	353
OL ENTRENAMIENTO SANITARIO: PRACTIQUEMOS COMUNICACIÓN.....	354
OL NUEVAS HERRAMIENTAS DIGITALES EN SALUD: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL Y HUMANA.....	355
OL INCORPORANDO LA VOZ DE LOS USUARIOS EN SANIDAD: GUÍA DE APOYO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE GRUPOS FOCALES.....	356
OL DIÁLOGO WEB EN HEMATOLOGÍA: COMUNICACIÓN DIGITAL COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	357
OL CONSULTA TELEMÁTICA VERSUS CONSULTA PRESENCIAL: EL PACIENTE OPINA.....	358
OL SESIONES MULTIDISCIPLINARES ENTRE ONCOLOGÍA Y MEDICINA INTENSIVA PARA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A INGRESO UCI.....	359
OL BENEFICIOS DEL PROGRAMA ELDERPLAY EN MAYORES DE 65 AÑOS.....	360
OL COMUNICACIÓN PACIENTE-MÉDICO UTILIZANDO DIÁLOGOS EN LA WEB: UNA PERSPECTIVA DE GESTIÓN EN SALUD.....	361
OL FACILITAR LA INFORMACIÓN Y EL ACCESO AL PACIENTE ES UN ARMA CARGADA DE FUTURO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA.....	362
OB MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE CATARATAS.....	363
OB PASE A PIE DE CAMA: INTEGRACIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN CAMBIO DE TURNO.....	364
OB LA EXPERIENCIA DE PACIENTES CON DISPEPSIA MEJORA SI SE GESTIONA COMO UN PROCESO INTEGRADO ENTRE PRIMARIA Y HOSPITALARIA.....	365
OB INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR LOS CIUDADANOS.....	366
OB IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVA SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD.....	367
OB SATISFACCIÓN LOS USUARIOS DE PET RESONANCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	368
OB NUESTROS MEJORES ALIADOS, NUESTROS PACIENTES.....	369
OB EXPERIENCIA DE PACIENTE: CONSTRUYENDO UN CAMINO HACIA LA EQUIDAD.....	370
OB MOMENTOS CLAVE DEL "ATERRIZAJE" DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE.....	371
OB SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR LOS DISPOSITIVOS MÓVILES DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA.....	372
OB PARTICIPACION DE LA POBLACIÓN MAYOR DEL ÁREA III DE SALUD EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.....	373
OB PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES SOCIOSANITARIAS RELACIONADAS CON LA COVID-19 EN ESPAÑA Y ESTIMACIÓN DE COSTES.....	374
OB ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL.....	375
OB VOZ DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GABINETES DE EXPLORACIÓN.....	376
OB EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD.....	377
OB MUERTE FETAL: EL VALIOSO TESTIMONIO DE LAS PAREJAS AFECTADAS.....	378
OB SISTEMA DE ENCUESTAS "NET PROMOTER SCORE (NPS)" PARA MEDIR LA "EXPERIENCIA DEL PACIENTE": FÁCIL, "ON TIME" Y "ON LINE".....	379
OB INTRODUCIENDO LA MUSICA EN EL DÍA A DÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	380
OB HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y CALIDAD PERCIBIDA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.....	381
OB PLAN FUNCIONAL PARA LA HUMANIZACIÓN: DISEÑO DE ESPACIOS Y OPTIMIZACIÓN DE LA ESTANCIA DE PACIENTES Y FAMILIARES EN UCI.....	382
OB ANÁLISIS DEL IMPACTO A NIVEL EMOCIONAL Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI.....	383
OB PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL PRENATAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	384
OB LA ADMISIÓN DIGITAL EN UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO.....	385
OB COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LOS FALLECIMIENTOS EN EL HOSPITAL PRE-PANDEMIA, PANDEMIA Y POSTPANDEMIA.....	386
OB CONSULTA POST-UCI DESDE UN PUNTO DE VISTA ENFERMERO.....	387
OB CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP) EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: IMPLANTANDO BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE NACIMIENTO.....	388
OB INDICADORES DE CALIDAD PREDICTORES DE VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO.....	389
OB PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA MEJORA DEL CIRCUITO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.....	390
OB ESCUELA DE PACIENTES ONCOLOGICOS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD.....	391
OB LA IMPORTANCIA DEL SENTIMIENTO DE PERTENENCIA EN EL AMBIENTE LABORAL.....	392
OB PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE COORDINACIÓN COMUNITARIA.....	393
OB PROGRAMA DE DECISIONES COMPARTIDAS: DANDO VOZ AL PACIENTE.....	394
OB DESPLIEGUE DEL MODELO SHARE PARA FOMENTAR LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.....	395
OB ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SE RELACIONAN CON MAYOR TASA DE INSTRUCCIONES PREVIAS? ESTUDIO POBLACIONAL.....	396
OB CURA INTEGRAL: CICATRIZACIÓN DE UNA DEHISCENCIA DE SUTURA.....	397
OB ESTRATEGIA PARA LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO REGIONAL DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	398

OB	INTERVENCIÓN GRUPAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS PARA MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE SUS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULA....	399
OB	DIGITALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE ALTO IMPACTO EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA.....	400
P	ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.....	401
P	MEJORANDO LA EXPERIENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS A TRAVÉS DE LA DIGITALIZACIÓN.....	402
P	EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE QUIRÓFANO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA.....	403
P	ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE UN ÁREA DE SALUD.....	404
P	IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL BARÓMETRO DEL DOLOR.....	405
P	LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN CON DOLOR CRÓNICO - BARÓMETRO DEL DOLOR.....	406
P	AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA E INFLUENCIA DEL PERFIL DEL PACIENTE EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.....	407
P	SATISFACCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA LA PREVENCIÓN DE SÍNDROMES DE INMOVILIDAD.....	408
P	EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.....	409
P	PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA CON DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA - BARÓMETRO DEL DOLOR..	410
P	ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL DÉFICIT DE INFORMACIÓN EN PACIENTES QUE SON INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA.....	411
P	DISEÑO DE HERRAMIENTA DE AYUDA LA ADMINISTRACIÓN DE VENETOCLAX EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO.....	412
P	INCORPORACIÓN DEL TECNICO EN FARMACIA EN LA CONSULTA HDM: "TECNICO A PIE DE SILLON".....	413
P	SATISFACCION GLOBAL EN EL PARTO. COMPARACION ENTRE DOS GUPOS DE MADRES QUE PRESENTARON PLAN DE PARTO.....	414
P	ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN EN ESTUDIANTES DEL GRADO EN ENFERMERIA QUE EJERCEN EL VOLUNTARIADO EN UN CENTRO SANITARIO.....	415
P	PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN PARA IMPREGNAR A LA ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA.....	416
P	LA COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE LA MATRONA DE AP Y AE COMO CRITERIO DE CALIDAD EN EL SEGUIMIENTO DEL DUELO PERINATAL.....	417
P	PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACION PARA PROMOVER UNA CULTURA DE BUEN TRATO EN EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES.....	418
P	MONITORIZACIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA -NPS.....	419
P	¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA QUEJA POR DISCONFORMIDAD CON EL TRATO?	420
P	¿HEMOS RECAPTADOS A NUESTROS PACIENTES DIABETICOS PARA LA CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERIA COMO ANTES DE LA PANDEMIA.....	421

ÁREA TEMÁTICA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN VALOR

OL	ESTABILIDAD DE LAS INSULINAS Y SEGURIDAD EN SU PRESCRIPCIÓN.....	422
OL	PROMS EN PACIENTES CON LINFOMA EN TÉRMINOS DE CALIDAD DE VIDA, GESTIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y SUPERVIVENCIA GLOBAL.....	423
OL	SEGUIMIENTO INTEGRAL AMBULATORIO DE PACIENTES CON VIH: REGISTRO REMOTO DE PROMs MEDIANTE DISPOSITIVOS MÓVILES.....	424
OL	LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DESDE UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LA PERSONA, SIENDO LA PROTAGONISTA Y DÁNDOLE VOZ.....	425
OL	INCORPORACIÓN DEL PACIENTE PARA HACER DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS UNA REALIDAD.....	426
OL	FACTORES ESTRESANTES, MORBILIDAD PSICOLÓGICA Y CVRS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INGRESADOS EN UCI.....	427
OL	CONSULTA TELEMÁTICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO.....	428
OL	DESENTRAÑANDO LA ECUACIÓN DEL VALOR: UN PASO ADELANTE EN LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN EL VALOR.....	429
OL	BENCHMARKING DESDE LA MEDICINA BASADA EN EL VALOR: DEFINIENDO ARQUETIPOS Y COMPARANDO PACIENTES EN CÁNCER DE MAMA.....	430
OL	IMPLANTACIÓN DEL ENFOQUE COMUNITARIO DESDE LOS CENTROS DE SALUD: ACCIONES EN ZONA ESTE DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	431
OL	TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS DE LOS GABINETES DE ENDOSCOPIAS MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE.....	432
OL	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DEL PUERPERIO HOSPITALARIO.....	433
OL	IMPACTO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS RESULTADOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	434
OL	EL VALOR DE "NO HACER" MEJORA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME.....	435
OL	MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR "NO HACER": PROLONGACIÓN DEL SONDAJE VESICAL EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL MÁS DE 48 HORAS.....	436
OL	AUMENTANDO LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE IMAGEN CARDÍACA: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN.....	437
OL	PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE PRIMARIA SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN INTERVENCIONES QUE NO HAY QUE HACER...	438
OL	CANOHA EN TRABAJO EN EQUIPO.....	439
OL	PROYECTO KAIZEN DE MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO.....	440
OL	LA CUÁDRUPLE META COMO BASE PARA PASAR DE PROCESOS CLÍNICOS A UNIDADES DE PRÁCTICA INTEGRADA.....	441
OL	CREACIÓN DE UN COMITÉ DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA MINIMIZACIÓN DE PRÁCTICAS SANITARIAS INNECESARIAS.....	443
OL	METODOLOGÍA LEAN APLICADA A UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE.....	444
OL	¿ALGO QUE MEJORAR DESDE EL LABORATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS?.....	446
OL	ATENCIÓN INTEGRADA E IMPACTO DEL COVID-19 EN LA DIABETES: RESULTADOS CLÍNICOS Y METABÓLICOS. QUÉ HEMOS APRENDIDO.....	447
OL	INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LA EPOC ORIENTADA AL VALOR EN EL ENTORNO ESPAÑOL: CONSENSO DE EXPERTOS.....	448
OL	IMPACTO DE DOS ESTRATEGIAS DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: DEPRESCRIPCIÓN vs PRÁCTICAS SEGURAS.....	449
OL	"SOMOS vs SOY". MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN ES DIFÍCIL, PERO SÍ SE PUEDE HACER.....	450
OL	EVALUACIÓN DE LA OMISIÓN DE CUIDADOS EN 11 CENTROS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA.....	451
OL	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA MÉDICA. UN INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRAS DECISIONES.....	452
OL	IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE MEDIA-LARGA ESTANCIA.....	453
OL	APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ENDOCRINOLOGÍA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE CCA....	454
OL	IMPACTO DE LA METODOLOGÍA LEAN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	455
OL	EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITALARIA EN SALUD MENTAL....	456

OL	IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA.....	457
OL	CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE REUMÁTICO.....	458
OB	SATISFACCION DE LAS USUARIAS EN LA REANIMACION DE MADRES DE PARITORIO. ANALISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	459
OB	ANÁLISIS DE RECLAMACIONES PRESENTADAS DURANTE 4 AÑOS EN UN ÁREA SANITARIA: APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE.....	460
OB	LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA.....	461
OB	DISMINUIR LAS PRÁCTICAS DE POCO VALOR. ¿QUÉ PENSAMOS Y POR DONDE EMPEZAMOS?.....	462
OB	DERIVACIÓN INVERSA: UNA PROPUESTA DE ADECUACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	463
OB	UNIDAD COORDINACIÓN COMUNITARIA: ENTRE GESTIÓN DE PROCESO ASISTENCIAL Y ALTA RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PCC.....	464
OB	IMPLEMENTACION DE EVIDENCIAS EN LA HUMIDIFICACION DE LA OXIGENOTERAPIA.....	465
OB	PROCESO DE ATENCIÓN A LA MARTERNIDAD. IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	466
OB	IMPACTO TEMPRANO DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE USO RACIONAL DE SANGRE EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	467
OB	GESTIÓN DE LA MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO EN CASTILLA-LA MANCHA.....	468
OB	METODOLOGÍA LEAN PARA MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL.....	469
OB	MEJORANDO LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	470
OB	ESTRATEGIA COMUNITARIA MUNICIPAL "YONOMEBENZO". SATISFACCION CON UN PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA.....	471
OB	¿COMO MEJORAMOS LA RESOLUCIÓN AUTÓNOMA DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA AGUDA?.....	472
OB	EL GRAN POLIMEDICADO: DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	473
OB	CÓDIGO ICTUS: MEJORANDO LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA EN FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS.....	474
OB	IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION DEL PIE EN USUARIOS DIABETICOS INSULINODEPENDIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	475
OB	CIRCUITOS DE ACCESO Y SEGUIMIENTO HOSPITALARIO EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS.....	476
OB	CONOCER PARA ACTUAR. ESTUDIO DE UN ÁREA DE SALUD REFERIDO AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	477
OB	EL CONCEPTO DE ENFERMERA DE PRACTICA AVANZADA REALIDAD Y LIDERAZGO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ANTICOAGULADO.....	479
OB	CALIDAD DEL TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS: TELEICTUS.....	480
OB	PROYECTO PILOTO DE CONCILIACION TERAPEUTICA DE PACIENTES FRAGILES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS (Fragil- MED-URG).....	481
OB	MEJORA DEL DIAGNÓSTICO, DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN EQUIPO RURAL.....	482
OB	INFLUENCIA DE LA CALIDAD EN LA ZONA DE ADMISIONES DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL TRABAJO DIARIO DE LOS PROFESIONALES.....	483
OB	METODOLOGIA DE CALIDAD EN LOS TRABAJOS DE FINAL DE RESIDENCIA DE LOS RESIDENTES.....	484
OB	ESTIMAR EL COSTE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN.....	485
OB	MONITORIZACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA EN ANCIANOS INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS.....	486
OB	INICIANDO MI TRAYECTORIA COMO GESTORA: DESARROLLO DEL PROYECTO DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES.....	487
OB	RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL: UNA GPC DE MEDICINA PERIOPERATORIA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	488
OB	IMPLANTACIÓN DE UNA COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DE DISFAGIA EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO.....	489
OB	INTERVENCIONES PARA MEJORAR RESULTADOS PREMS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	490
OB	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE PÍLDORAS FORMATIVAS.....	491
OB	ATENCIÓN INTEGRADA CENTRADA EN LA PERSONA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.....	492
OB	SISTEMA DE COMUNICACIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE CIRCUITOS DE ALTAS, TRASLADOS E INGRESOS HOSPITALARIOS.....	493
OB	APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NEFROLOGÍA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE CC.AA.....	494
OB	UEFO: UNIDAD DE EJERCICIO FÍSICO ONCOLÓGICO.....	495
OB	ATENCIÓN AL DUELO EN COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.....	496
OB	DIAGNÓSTICO PRECOZ EN DERMATOLOGÍA. USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y e- CONSULTA CON ATENCIÓN HOSPITALARIA....	497
OB	RECETA ELECTRÓNICA: UNIENDO LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA.....	498
OB	ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE AP A HOSPITAL CON Y SIN RESIDENTE. ¿HAY DIFERENCIAS? PARECE QUE NO.....	499
OB	AVANZANDO EN UN MODELO TRANSVERSAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO : INTEGRACIÓN ENTRE NIVELES.....	500
OB	UNIDAD DE URGENCIAS GERIÁTRICAS. MEJORANDO LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS.....	501
OB	MODELO ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO: MODELO BASADO EN LA COORDINACIÓN, UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS (U.....	502
OB	CIRCUITO COORDINACION CON RESIDENCIAS, UN NOVEDOSO SISTEMA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL COMARCAL DE BAJA COMPLEJIDAD.....	503
OB	CONTRIBUCIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOCIOSANITARIO.....	504
P	COSTE DE CELADORES POR SERVICIO: HERRAMIENTA DE VIABILIDAD PARA NUESTRO COLECTIVO.....	505
P	EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	506
P	IMPACTO MENTAL Y CVRS EN PACIENTES CON SCA QUE INGRESAN EN UCI.....	507
P	INNOVACIÓN EN EL MANEJO DE LA SEDACIÓN EN UCI: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN INHALATORIA.....	508
P	GESTIÓN POR COMPETENCIAS DE LA UNIDAD DE CELADORES.....	509
P	SESIONES ONLINE EN UN ÁREA. MEJORAR CONOCIMIENTOS PARA MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL.....	510
P	ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	511
P	ESTRATEGIAS NO HACER EN LABORATORIO CLÍNICO. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS.....	512
P	ESTRATEGIA COMUNITARIA MUNICIPAL "YONOMEBENZO". EFICACIA DE ACTIVIDADES EN CALIDAD DEL SUEÑO.....	514
P	ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN MEDICINA INTERNA.....	515
P	CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA UNIDAD DE VISADO.....	516
P	EVALUACION DE INTERVENCIONES EN EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANTES Y DESPUES DE LA PANDEMIA.....	517

P	IMPULSANDO LA SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA CON UN ENFOQUE DE GÉNERO Y COMUNITARIO: EL PROYECTO 4X40.....	519
P	MODELO DE ATENCIÓN PROACTIVA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	520
P	HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DURANTE LA PANDEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS.....	521
P	CALIDAD ASISTENCIAL NO VISIBLE. EDUCACIÓN GRUPAL COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS.....	522
P	IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTREPTOTEST EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	523
P	INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN CENTRO DE SALUD.....	524
P	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PURAPI EN EL ÁREA IV DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.....	525
P	SIMULACIÓN CLÍNICA CUARTO DE CRÍTICOS/BOX EMERGENCIAS.....	526
P	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO VULNERABLE EN URGENCIAS.....	527
P	FORMANDO EN CALIDAD, CALIDAD EN LA FORMACIÓN. FOTOVOZ COMUNITARIO DOCENTE. TUTORES, EIR DE EFYC Y ESTUDIANTES DE GRADO....	528
P	CENTRANDO LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	529
P	PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?.....	530
P	IMPACTO DE UN PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS. AQUÍ YA NO ES ASÍ, EQUIPO BASE LÍDERES DEL CAMBIO.....	531
P	TRABAJO PARA LA MEJORA DE LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES CON DISFAGIA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA.....	532
P	LA FARMACIA HOSPITALARIA SUMA EN LA ECUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD PARA EL RESULTADO EN CALIDAD ASISTENCIAL.....	533
P	CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO: UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL.....	534
P	ENSAYO COMPARATIVO DE LA EFICACIA ENTRE DIETA LIBRE Y PROGRESIVA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA.....	535
P	IMPLANTACION DE LA ESCALA NEWS EN EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL DETERIORO FISIOLÓGICO: PAPEL DE ENFERMERIA.....	536
P	ACCESO VASCULAR AL INICIO DE HEMODIÁLISIS E INDICADORES DE CALIDAD ¿OPORTUNIDAD DE MEJORA O ACTUALIZACIÓN?.....	537
P	ATENCIÓN DE CALIDAD A UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA.....	538
P	DEUDA CERO: GARANTÍA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	539
P	TRANSVERSALIDAD DE LOS CELADORES, UN CONOCIMIENTO DE ALTO VALOR.....	540
P	EVALUACIÓN Y MEJORA DEL INFORME DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA.....	541
P	OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TRANSICIÓN AL ALTA DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (METODOLOGÍA LEAN).....	542
P	MEJORANDO EL SEGUIMIENTO EN LA EVOLUCION DE LA HERIDA QUIRURGICA POSTIMPLANTE DE MARCAPASOS Y RESERVOIRIO EN UCI.....	543
P	USO DE METODOLOGÍA LEAN PARA ESTANDARIZAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS.....	544
P	IMPACTO DE LA TELEFARMACIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIALES.....	545
P	OPINIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIMIGRAÑOSOS MEDIANTE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA EQ-5D-5L.....	546
P	365-7-24 CONTINUIDAD DE CUIDADOS A NIVEL REGIONAL.....	547
P	EL VALOR DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMUN.....	548
P	SITUACIÓN DE LAS INCAPACIDADES LABORALES TEMPORALES EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL.....	549
P	¿FLUYE EL FLUJO DE LA DEMANDA NO PROGRAMADA?.....	550
P	LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.....	551
P	ENFERMERAS DE ENLACE DE LA REGIÓN DE MURCIA, UN NUEVO ENFOQUE DE ASISTENCIA A LOS PACIENTES DE RESIDENCIAS.....	552
P	FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TRASLADO AL HOSPITAL DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA QUE VIVEN EN RESIDENCIAS.....	553

ÁREA TEMÁTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OL	TRIGGER-PRIM@: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA GESTIÓN DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	554
OL	ENCUESTAS DE SEGURIDAD EN HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS COMPARATIVO CON BASES DE DATOS INTERNACIONAL.....	555
OL	ERROR DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE PACIENTES: ES MOMENTO DE ACTUAR.....	556
OL	ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	557
OL	IMPACTO DEL ANÁLISIS CONJUNTO DE INCIDENTES DE MEDICACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE FARMACIA Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	558
OL	AÑADIENDO VALOR AL PROGRAMA CÁNCER DE CERVIX GRACIAS A LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE HALLAZGOS RELEVANTES Y PATOLÓGICOS...	559
OL	"HA CAÍDO LA RED !" LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO Y (CIBER)SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿QUÉ PASA SI HAY QUE SACAR LOS PAPELES?.....	560
OL	ESTRATÉGIAS TÁCTICAS PARA MEJORAS LAS NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS.....	561
OL	ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA INVERTIR LA TENDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD TRAS LA PANDEMIA.....	562
OL	ANÁLISIS DEL TIPO DE DISFUNCIONES EN LOS ÉXITOS HOSPITALARIOS CON PROCESO ASISTENCIAL INADECUADO Y PROPUESTAS DE MEJORA...	563
OL	GESTIÓN DEL RIESGO EN EL PROCESO DE LABORATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS, RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA 2022.....	564
OL	10 AÑOS APRENDIENDO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS (ISPN) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (APS).....	565
OL	DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN: DESPLIEGUE DE LÍDERES CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS.....	566
OL	SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE: LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS GLOBAL COMO PRÁCTICA HABITUAL.....	567
OL	RESPONSABLES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, VANGUARDIA DE LA CULTURA DE CALIDAD Y DEL LIDERAZGO TRANSVERSAL.....	568
OL	TRABAJO EN EQUIPO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA ANALIZAR EVENTOS ADVERSOS DE COORDINACIÓN E IMPLANTAR ACCIONES.....	569
OL	EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E INFLUENCIA DEL COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	570
OL	RIESGO EN LAS TRANSFUSIONES: INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) I ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	571
OL	NOTIFICACIONES SINASP RELACIONADAS CON EL MATERIAL UTILIZADO EN URGENCIAS VITALES: TIRANDO DEL HILO.....	572
OL	MODELO DE FORMACIÓN EN CASCADA IMPLEMENTADO POR REFERENTES PARA FOMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y CULTURA DE SP...	573
OL	CONSENSO Y FACTIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERIOPERATORIO EN EUROPA DEL PROYECTO SAFEST....	574
OL	IMPLEMENTACION DE LA VÍA CLÍNICA RICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....	575
OL	MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL PARA UNA CIRUGÍA SEGURA.....	576

OL PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA TORÁCICA Y FACTORES ASOCIADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS.....	577
OL ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO. ESTUDIO DE ÁMBITO NACIONAL.....	578
OL "LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES RESPONSABILIDAD DE TODOS", ROMPIENDO BARRERAS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.....	580
OL OPTIMIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA TRIGGER PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA TORÁCICA.....	581
OL INTERVENCIÓN SOBRE LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS DE NITROFURANTOINA.....	582
OL EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO.....	583
OL EXPLORANDO APLICACIONES INNOVADORAS PARA OPTIMIZAR Y ADECUAR LA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS.....	584
OL ADHERENCIA AL USO SEGURO DE LAS TABLETS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL PACIENTE.....	585
OL MedicaMente: PROMOVRIENDO EL USO RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS.....	586
OL SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS.....	587
OL INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	588
OL SISTEMA ASISTIDO DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN PEDIATRÍA: ALERTA DE DOSIS INADECUADA.....	589
OL CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS.....	590
OL INCREMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN UN HACLE.....	591
OL MAPA DE RIESGO DE LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	593
OL ¿HAN CAMBIADO LOS EVENTOS ADVERSOS TRAS LA PANDEMIA? COMPARACIÓN MEDIANTE REVISIÓN DE HISTORIAS CON TRIGGER TOOL.....	595
OL EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	597
OL "YONOMBENZO". UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA DE CINCO AÑOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS CIUDADANOS.....	598
OL INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DIABETES MELLITUS, UN PASO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD.....	599
OL ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EN TERAPIA INTRAVESICAL PARA EL CÁNCER DE VEJIGA.....	600
OL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE UN SISTEMA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS Y LA DI DE IRAS EN UCI.....	601
OL OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA-7VINCut) EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL: REDUCCIÓN DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	602
OL DESPLIEGUE DE UNA ESTRATEGIA CORPORATIVA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS: SUMANDO MANOS SEGURAS.....	603
OB EFECTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	604
OB RONDAS DE SEGURIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS, CRECIENDO EN CULTURA DE SEGURIDAD.....	605
OB KIT DE CONTINGENCIA, LA NAVAJA SUIZA ASISTENCIAL.....	606
OB PLAN ANUAL OPERATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA NECESIDAD DE PASAR A LA ACCIÓN.....	607
OB PLAN DE CONTINGENCIA DEL ÁREA I, EL SALVAVIDAS DE PAPEL.....	608
OB DESPLIEGUE NORMATIVO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.....	609
OB SEGURIDAD DEL PACIENTE: DE LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES AL DESARROLLO DE LAS IDEAS DE CAMBIO.....	610
OB CONCIENCIACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE MEDIOS AUDIOVISUALES.....	612
OB ANALISIS CAUSA RAIZ DE LAS CAIDAS CON CONSECUENCIA GRAVE Y CAIDAS DE REPETICIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA.....	613
OB MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN NUEVAS UNIDADES A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN.....	614
OB LA PIEDRA ROSETTA: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	615
OB CONSUMO DE DISPOSITIVOS DE MANEJO VÍA AÉREA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS ¿MEDIDA INDIRECTA DE LA HABILIDAD PROFESIONAL?.....	616
OB GTT: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y SUS BARRERAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO.....	617
OB COMO AUMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES EN UNA UNIDAD. CREACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN INTERNO.....	618
OB VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA : GESTIÓN DE LOS INCIDENTES PARA MEJORAR EL PROCESO DE VACUNACIÓN.....	619
OL ¿LAS RONDAS MEJORAN LA CULTURA DE SEGURIDAD?: ASOCIACIÓN RONDAS-CULTURA EN ASISTENCIALES Y DIRECTIVOS EN ATEN. PRIMARIA... ..	620
OB APRENDER DE LOS ERRORES: ACCIONES DE MEJORA EN LA VACUNACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	621
OB APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE PARA DETECTAR LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA.....	622
OB GESTIÓN DE INCIDENCIAS PREANALÍTICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	623
OB RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE A LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.....	624
OL GESTIÓN DEL RIESGO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS, RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA 2022.....	625
OB RealityCare: UN PROYECTO PARA ABORDAR UNA LABOR SEGURA DE LOS CUIDADORES EN EL HOGAR.....	626
OB TRAZABILIDAD Y GESTIÓN COMÚN DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA....	627
OB IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: REVISIÓN RETROSPECTIVA SEGÚN LA METODOLOGÍA TRIGGERS T.....	628
OB YO, NO SOY, ESTE PACIENTE.....	629
OB NOS PARAMOS ANTE UNA PARADA, ACR Y PLAN DE MEJORA.....	630
OB ANÁLISIS DE LAS DISCORDANCIAS DE LATERALIDAD EN CIRUGÍA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.....	631
OB EVOLUCIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) RELACIONADOS CON MEDICACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA (CAI).....	632
OB RIESGO EN LA DISFAGIA OROFARÍNGEA: INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) Y ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA....	633
OB IMPLICACIÓN DE LA RED DE REFERENTES DE SEGURIDAD PARA LIDERAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.....	634
OB EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD TRAS ALCANZAR LA CERTIFICACIÓN JOINT COMISSION.....	635
OB CIRCUITO DE CORTA ESTANCIA PARA BIOPSIA HEPÁTICA ECOGUIADA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. VALOR DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR.....	636
OB REVISIÓN DE LA CADUCIDAD DE LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	637
OB ¿ESTAMOS APLICANDO CORRECTAMENTE TODAS LAS MEDIDAS PARA REDUCIR LA ILQ?.....	638
OB DISEÑO Y ESTANDARIZACIÓN DE UNA TRAYECTORIA DE OPTIMIZACIÓN PREQUIRÚRGICA COMO GARANTÍA DE CALIDAD ASISTENCIAL.....	639

OB LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES COMO CONDICIÓN NECESARIA EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.....	640
OB EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO: UNA MEJORA CONTÍNUA BASADA EN LOS RESULTADOS.....	641
OB TODOS A LA UNA EN PEDIATRÍA.....	642
OB PEQUEÑOS GESTOS: GRANDES BENEFICIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	643
OB EVOLUCIÓN DE 2020 A 2023 EN AUTOEVALUACIÓN DE SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN MEDICINA INTENSIVA.....	644
OB SELECCIÓN DE RECOMENDACIONES NO HACER CON ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO.....	645
OB ELECCIÓN DEL ACCESO VASCULAR SEGÚN TERAPIA INTRAVENOSA. UNA MEDIDA DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.....	646
OB ESTANDARIZACIÓN DE LOS MALETINES DOMICILIARIOS DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.....	647
OB LA DOSIS DIFERENCIA UN VENENO DE UN REMEDIO.....	648
OB ESTANDARIZACIÓN DEL MATERIAL Y FÁRMACOS DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.....	649
OB SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.....	650
OB MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	651
OB MAPA DE RIESGOS EN CIRUGÍA CARDIACA.....	652
OB EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DE UN DISPOSITIVO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.....	653
OB USO FRECUENTE DE FARMACOS EN REACCIONES ADVERSAS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO (HDDM).....	654
OB PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DE UN AREA DE SALUD.....	655
OB PLAN DE ACCIONES DE MEJORA EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL TRAS UN ANÁLISIS DAFO.....	656
OB IDENTIFICANDO RIESGOS: CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS.....	657
OB EDUCATOR 2.0: UN SUEÑO HECHO REALIDAD.....	658
OB IMPLANTACIÓN DE UNA TRANSFERENCIA ESTRUCTURADA DE CALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS.....	659
OB MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.....	660
OB ESTRATEGIA FORMATIVA EN CODIGO INFARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA ZONA RURAL.....	661
OB IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	662
OB DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍAS EXTERNAS PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS ZERO EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS.....	663
OB ESTRATEGIA DE VIGILANCIA, PARA DISMINUIR LA TAXA DE BACTERIEMIES EN CVC EN HOSPITALIZACION.....	664
OB PROYECTO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL.....	665
OB BACTERIEMIA ZERO EN VIAS CENTRALES CON ACCESO PERIFÉRICO EN EL NEONATO CRÍTICO. INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA.....	666
OB EL CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA: ¿UNA OPORTUNIDAD, UN VALOR O UNA OBLIGACIÓN?.....	667
OB SEGURIDAD EN UCI NEONATAL. IMPLANTACIÓN DE NUEVAS MEDIDAS PARA REDUCIR LA SEPSIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL (CV.....	669
OB CÓMO REFORZAR LA IMPLICACIÓN DE LAS UNIDADES CON LA HIGIENE DE MANOS: AUDITORÍAS CRUZADAS COMO REVULSIVO PARA LA MEJORA.....	670
OB TRABAJANDO JUNTOS EN EL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS.....	671
P CONCIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.....	672
P SEGUNDAS VÍCTIMAS EN RESIDENTES. TRABAJO DEL APOYO ENTRE IGUALES.....	673
P ANÁLISIS DE INCIDENTES, IMPORTANTE INDICADOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	674
P RECURSOS DE CONTINGENCIA INFORMÁTICA EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL.....	675
P A PROPÓSITO DE UN SINASP: CAJAS ESTERILIZADAS CON HUMEDAD.....	676
P IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MEJORA EN EL ÁREA DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA.....	677
P RONDAS DE SEGURIDAD. 9 AÑOS DE EXPERIENCIA PRÁCTICA PARA LA GESTION DE RIESGOS.....	678
P OPINIÓN SOBRE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	679
P CULTURA DE SEGURIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.....	680
P RIESGO DE SUICIDIO Y AUTOLESIÓN: DETECCIÓN PRECOZ Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	681
P EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....	682
P INCIDENTES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO: ABORDAJE DE LA ISOPARIENCIA DE MEDICAMENTOS.....	683
P SINASP 2012-2022: EL PODER DE LA PERSISTENCIA.....	684
P ADMINISTRACION DE UN FARMACO A DOSIS ALTAS, POR CONCENTRACIÓN ERRÓNEA EN BOMBA DE INFUSIÓN.....	685
P ¿ESPERMATOZOIDES EN LA ORINA DE UNA NIÑA? ANÁLISIS DE UN ERROR PARA MEJORAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE UN LABORATORIO... ..	687
P EL RASURADO COMO APORTACIÓN DE SEGURIDAD AL PROCESO QUIRÚRGICO.....	688
P CREACIÓN DE CIRCUITO Y SALA DE ALTA RESOLUCIÓN DE TÉCNICAS QUE PRECISAN DE ANESTESIA , FUERA DE QUIRÓFANO.....	689
P SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: MONITORIZACIÓN DE ERRORES DE IMPLEMENTACIÓN EN LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA....	690
P PROGRAMA DE MEJORA EN LA APLICACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA.....	691
P ESTUDIO DE SEGURIDAD DE LA DIETA LIBRE FRENTE A LA PROGRESIVA DURANTE UN EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA.....	692
P SEGURIDAD EN QUIRÓFANO: ACCIONES DE MEJORA TRAS ANÁLISIS DE DATOS DEL CHECK-LIST QUIRÚRGICO.....	693
P ¿PODEMOS MEJORAR LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA? INTEGRACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN DE CENTROS CONCERTADOS.....	694
P REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA TRAS CIRUGÍA GINECOLOGICA Y OBSTÉTRICA: APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA.....	695
P VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS ASOCIADOS A TOXICIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD.....	696
P MEDIDAS PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA.....	697
P ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE DOSIS SEMANALES INDIVIDUALIZADAS DE METADONA A UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIA.....	698
P MINIMIZACIÓN DE ERRORES EN LA DISPENSACIÓN DE RADIOFÁRMACOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS POR METODOLOGÍA AMFE.....	699
P ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ANTISICÓTICOS DE LARGA DURACIÓN EN UN AREA DE SALUD Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	700
P VALIDACION DE UN PROCEDIMIENTO PRÁCTICO PARA LA ACREDITACIÓN DE EQUIPOS Y MANIPULADORES DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS.....	701

P	EVALUACION Y MEJORA DE LA INFORMACION ESCRITA SOBRE MEDICAMENTOS DIRIGIDA A PACIENTES EXTERNOS.....	703
P	OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIMETRÍA EN PACIENTES CON EXPLORACIÓN PET-TC CON [18F]F-FDG EN EL ÁREA II DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	704
P	ELABORACIÓN DE KITS DE PREMEDICACIÓN EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO.....	705
P	SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE SPRAVATO® (ESKETAMINA) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR.....	706
P	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES > DE 70 AÑOS.....	707
P	SOBREDIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN EAP RURAL.....	708
P	EVALUACION Y MEJORA DEL PROCESO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS SOLIDOS PARA DISPENSACION POR DOSIS UNITARIAS.....	709
P	VACUNACIÓN ESCOLAR. LA SOMBRA DE LO INVISIBLE.....	710
P	ACCIONES DE MEJORA PARA ABORDAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	711
P	OBSERVACIONES DE FARMACIA PARA ENFERMERIA: CÓMO UNA ACCIÓN SENCILLA AYUDA A CONSEGUIR UN GRAN BENEFICIO.....	712
P	ADAPTACIÓN DE TAREAS Y CONTROL DE MATERIALES, UN SEGURO PARA TRABAJADORES Y PACIENTES.....	713
P	PARTICIPACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA REALIZACIÓN DE UN MAPA DE RIESGO DEL CIRCUITO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS.....	714
P	MONITORIZACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN URGENCIA A TRAVES DEL ANÁLISIS DE LAS RECONSULTAS.....	715
P	DESCRIPCIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).....	716
P	PROTOCOLO DE TRASLADO, SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES.....	717
P	CIRCUITOS DE TRASLADOS DE PACIENTES, UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR SU EXPERIENCIA.....	718
P	PLAN DE MEJORA DEL CIRCUITO DEL LABORATORIO DE UN CENTRO DE SALUD.....	719
P	PREVALENCIA Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.....	720
P	MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EMPÍRICOS EN NEUMONÍAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	721
P	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI.....	722
P	CARACTERIZACIÓN DEL BROTE DE VIRUS SINCIITAL RESPIRATORIO EN CENTRO SOCIO SANITARIO.....	723

EFICIENCIA DE LA GESTIÓN EXTRAMUROS MEDIANTE UN CASO PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

M^a DOLORES ROLDÁN VALCÁRCEL¹; MARÍA ANGELES PÉREZ SEVA²; RAQUEL PÉREZ LUJÁN¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²CONSULTORIO GUADALUPE// REGIÓN DE MURCIA

ID:14973

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes crónicos complejos (PCC) por sus múltiples enfermedades crónicas son más propensos a ser hospitalizados, a veces por problemas potencialmente evitables, sobre todo relacionados con la mala adherencia a los tratamientos, con el incremento de coste que conlleva en atención sanitaria. La coordinación vertical y horizontal, mediante una gestión extramuros por una figura de conexión, que detecte población de riesgo, proporcione acceso en el momento adecuado a información sobre recursos socio-sanitarios disponibles con capacidad de activarlos, así como facilitación e integración de servicios múltiples que promueva la distribución adecuada de recursos finitos, permiten maximizar la continuidad de cuidados al menor coste, evitando ingresos hospitalarios y repercutiendo en el aumento de la satisfacción y calidad percibida de los PCC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar la relación entre los costes asociados al número y días de ingresos previos y post a la inclusión a la unidad de PCC, y conocer la calidad percibida y satisfacción del paciente crónico complejo.

Material y método

Se realizó un análisis de coste-efectividad cogiendo los datos de ingresos y días de estancia de Codificación de un PCC, el año previo a la inclusión en la Unidad, para compararlos con los datos con el año posterior. Los criterios de inclusión fueron tener más de dos ingresos a cargo de Medicina Interna en un año, más de dos criterios de Ollero e índice Profund intermedio-alto (7 a 10 puntos). Se ha realizado un estudio antes-después, descriptivo de número de ingresos y días de estancia al año, considerando que 1 día de estancia en una unidad de hospitalización en una unidad de Medicina interna supone un coste de 601, 22 euros (BORM 28/02/2017), así como se ha evaluado la calidad percibida y satisfacción del paciente mediante escala validada con el cuestionario EMCA telefónicamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se capta un PCC de 66 años, pluripatológico, polimedicado, con mala adherencia al tratamiento, 9 ingresos en el último año (143 días, que se estima un coste de 85.974,46 Euros), con un índice Profund de 8 puntos, y diagnóstico enfermero principal: gestión ineficaz de la salud (00078). Tras captación y seguimiento un año tras alta no precisa ningún ingreso, se realiza un total de 113 llamadas y 15 procesos gestionados en coordinación con referentes de primaria y otros profesionales, dentro y fuera del hospital. Por otro lado, el paciente manifiesta su calidad percibida y satisfacción al ser encuestado telefónicamente.

Conclusiones: Una unidad de PCC liderada por una enfermera gestora de casos supone una mejora coste-efectiva sin gastos añadidos, por optimizar recursos ya existentes interniveles asistenciales, implicando a todos los profesionales de referencia, cuando es preciso su intervención de forma coordinada. Todo ello, permite garantizar la continuidad de cuidados al menor coste, reduciendo ingresos hospitalarios, así como aumentar la calidad percibida y satisfacción del PCC.

LAS RECLAMACIONES: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR EL TRASPORTE SANITARIO

MARÍA DOLORES ROBLEDO TIRADOR; ESMERALDA RUA SANZ; JOSÉ ALFONSO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ; RICARDO GARZÓN SÁNCHEZ; JESÚS MARÍA MONTERO GÓMEZ; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ

SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15130

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las reclamaciones (R) en el TSNU permiten identificar y corregir errores, mejorar la calidad del servicio y garantizar la satisfacción y experiencia del paciente; son una herramienta fundamental para el trabajo y mejora de la salud y la atención sanitaria.

En 2022 el número de R por TSNU fue 4040. Aunque es escaso con relación a los más de 900.000 traslados realizados, transmiten la insatisfacción del usuario y son una oportunidad para mejorar el servicio.

Entre 2021 y 2022 las R se incrementaron en más de un 50% (Lote 1: 50,6%, Lote 2: 59,1%, Lote 3: 47% y Lote 4: 55,6%), especialmente los meses de julio y agosto, con más del 25% de las R del 2022. Los mapas de riesgo (MR) son una herramienta eficaz para abordar las causas de los riesgos y enfocar actuaciones de mejora. Se usa para identificar causas R y orientar intervenciones

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar el impacto en las R de las medidas implantadas tras la realización de un MR del TSNU.

Metodología

Estudio descriptivo de series temporales analizando las R de forma mensual en los 4 lotes de los que consta el pliego vigente de TSNU de 2021 a 2023. Datos: Atención al Usuario.

Revisión de los Planes de Acción (PA) identificados y priorizados a través del MR y completamente implantados a partir del 6 de febrero 2023.

PA priorizados tras realización del MR: Se fueron implantando desde enero las siguientes medidas; el 6 de febrero del 2023 se habían implantado todas:

- Incremento de vehículos y profesionales por parte de las empresas.
- Seguimiento diario entre el SUMMA112 y las empresas de los servicios realizados fuera de tiempo o no realizados.
- Corrección de los errores de horario de los servicios de diálisis.
- Implantación de presalida en algunos hospitales como La Paz.
- Aumento de la frecuencia de las reuniones con la empresa de forma mensual.
- Implementación de mejora de circuitos por parte de las empresas.
- Difusión a través de la Vice consejería de mejoras en la organización del TSNU en los hospitales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Decremento entre enero y abril de 2023 del número de R: 45% menos con respecto al mismo periodo en 2022. En el Lote 1 un 41,1%, en el Lote 2 un 61%, en el Lote 3 un 55,8 %.

El lote 4 partía de datos previos buenos, que se han mantenido.

Cambio en el motivo de las R: en 2022 el 33,58% son debidas a falta de asistencia (F), el 55,6% por demora (D), el 7,5% por disconformidad (Dis) y 0,3% por trato (T). Mientras que en el 2023 el 63,6% son por D, el 17,1% por Dis, el 14,6% por F y el 2% por trato con un volumen muy inferior.

Conclusiones

La aplicación de MR para identificar las causas más relevantes de los fallos del TSNU y orientar las intervenciones que se implantan tiene un impacto positivo en las R, indicador de rendimiento predictivo de la calidad percibida.

Identificar y abordar los riesgos potenciales, garantiza una mayor seguridad, eficiencia y confianza en el servicio, que impacta positivamente en la experiencia del paciente durante su traslado.

¿QUÉ APORTAN LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN LA CALIDAD PERCIBIDA DEL TRANSPORTE SANITARIO?

JUAN ANTONIO PINGARRON LOPEZ¹; ANA MARIA MARTIN PABLOS²; ILUMINADA MARTIN-CRESPO GARCIA²; MARIA DOLORES ROBLEDOR TIRADOR¹; ZITA QUINTELA GONZALEZ¹; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO¹

¹ SUMMA112, ²ALCER// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17039

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La participación activa de las asociaciones de pacientes en diálisis (D) en la evaluación del transporte sanitario (TS) garantiza que se tengan en cuenta aspectos fundamentales para éstos como accesibilidad, puntualidad, comodidad y seguridad.

Integrar su perspectiva nos aporta una comprensión más profunda de las necesidades de transporte y que se puedan implementar mejoras que impacten positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

El TS en D supone aproximadamente el 36% de los servicios realizados en TS, con un total de 20.376 servicios mensuales de I y 16.741 de V (abril 2023) a 41 centros de D; es un transporte colectivo con servicios estables con buenos tiempos que se busca mejorar por el impacto que la utilización crónica de este servicio tiene sobre la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto de las medidas implantadas en TS en alianza con una asociación de pacientes.

Estudio descriptivo durante 2022 y 2023 del cumplimiento del pliego del tiempo de ida (I) y vuelta (V) de los centros de De una Comunidad con casi 3000 pacientes en D, yendo el 75% en TS.

Datos: Sistemas de Información de nuestro servicio.

Con una asociación de diabéticos se identifican las siguientes medidas que se implantan a partir de enero de 2023:

- Incremento en el nº de vehículos y profesionales por parte de las empresas
- Seguimiento diario de manera conjunta con empresas y asociación de los servicios realizados fuera de tiempo no realizados.
- Corrección de errores de horario de los servicios de D.
- Se aumenta la frecuencia de las reuniones con la empresa (mensual).
- Acceso en la web de solicitud de TS en el mismo día.
- Implementación de mejora de circuitos por parte de las empresas.
- Reuniones de la asociación con los hospitales y centros de D.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De enero a abril 2023 hubo un descenso de los tiempos de espera. En las V:

- 2022: el porcentaje de servicios fuera de rango es del 21,1%, siendo en agosto el menor porcentaje con 20,1% y en mayo el mayor con 24,2%.
- 2023: el porcentaje de servicios fuera de rango en enero era del 20,56%, en febrero del 21,73%, pasando en marzo a 15,57% y en abril el 9,54%.

En las I se han obtenido resultados similares.

Se han analizado además los percentiles por centro fuera de rango en I y V. Donde se ha podido ver en las I en el percentil 95 que en 5 centros hay 5 pacientes con viajes fuera de rango con más de 45 minutos de de mora debido a que son pacientes fuera de zona. Lo que nos plantea como tratar el transporte de los pacientes con libre elección cuyo trayecto sea superior a la media de la Comunidad.

Conclusiones

Las asociaciones de pacientes de D son aliadas indispensables para enfocar la optimización del TS del paciente en D, aportando una visión fundamentada en la experiencia de los pacientes y promueve la participación activa de estos en la toma de decisiones, lo que resulta en un sistema de TS más eficiente, humano y adaptado a sus necesidades.

DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO DE CALIDAD DE VIDA DIGESTIVA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

ANA CERRADA CUESTA¹; VICTORIA CARMONA GÓMEZ²; ANA PÉREZ ZAPATA³; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ¹; ELIAS RODRIGUEZ-CUÉLLAR¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

²HOSPITAL DE PUERTOLLANO// CASTILLA-LA MANCHA

³HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA// ARAGÓN

ID: 17525

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Cirugía Bariátrica (CB) afecta a la Calidad de Vida (CdV) digestiva de los pacientes. Resulta necesario estudiar este aspecto ya que los cuestionarios de calidad de vida disponibles se centran en aspectos alejados de la CdV digestiva esperable tras la cirugía. Las expectativas irreales de los pacientes pueden repercutir en una mala adherencia o a una frustración con el tratamiento. Es importante desarrollar un cuestionario específico de CdV digestiva en pacientes intervenidos CB que pueda incorporarse a la práctica clínica de manera sistemática.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseño de un cuestionario de calidad de vida digestiva para pacientes tratados con cirugía bariátrica. Tras la búsqueda bibliográfica centrada en instrumentos medidores de CdV en CB, se crearon grupos de discusión de pacientes con el objetivo de conocer su percepción al respecto. Se realizaron 5 reuniones con un total de 13 pacientes intervenidos en nuestro centro: 3º mes PO, 6º mes PO, 9º mes PO, 1º año PO. Simultáneamente, se realizó un consenso de profesionales expertos mediante el método Delphi modificado a 2 rondas, contando inicialmente con la participación de 12 cirujanos. La herramienta utilizada para la distribución del cuestionario entre los participantes fue Google Form, considerándose acuerdo si la diferencia entre puntuaciones máxima y mínima era ≤ 1 puntos y/o si el 70% de expertos estaban «de acuerdo».

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizó frecuencia, grado de impacto e influencia en las relaciones interpersonales (RRII) de 15 síntomas digestivos (ítems). Tras 2 rondas, se llegó a consenso en diversos ítems. Con respecto a la frecuencia: infrecuencia de esteatorrea, disfagia, regurgitación y urgencia defecatoria; presentación mensual de vómitos, diarrea y flatulencias. Con respecto al impacto en la CdV: bajo-moderado impacto de náuseas, regurgitación, RGE, sensación de hambre, aerofagia y dolor abdominal; moderado-alto impacto de urgencia defecatoria y síntomas de hipoglucemia. Con respecto a la influencia en RRII: moderada-alta de urgencia defecatoria, síntomas de hipoglucemia, esteatorrea, diarrea y flatulencias.

En cuanto a los grupos de discusión de pacientes, 15.4% (n=2) fueron hombres y 84.6% (n=11) mujeres. Se realizó gastrectomía vertical al 7.7% (n=1) y BGYR al 92.3% (n=12). Los grupos realizados fueron: 3ºmes PO (n=4), 6ºmes PO (n=3), 9ºmes PO (n=2), 1ºaño PO (n=4). Los síntomas digestivos que refirieron más acentuados tras la cirugía fueron fundamentalmente el estreñimiento, dolor abdominal y vómitos ocasionales, flatulencias y aerofagia, así como episodios de pseudo-impactaciones. La mayoría de estos pacientes afirmó un empeoramiento de su CdV digestiva en comparación a la que tenían antes de ser intervenidos.

La CB altera las características anatómicas y fisiológicas del tracto digestivo, lo que influye en la CdV digestiva de los pacientes que se someten a ella. Por ello, resulta necesario estudiar este aspecto.

CIRCUITO JURÍDICO, UN PROCESO SOPORTE PARA UNA ATENCIÓN INTEGRADA

CONSTANZA RODRIGUEZ GOMEZ; MONICA CARRASCO SALAMANCA; BEATRIZ FIDALGO HERMIDA; JOSE MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17568

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestra organización es una institución pública sanitaria de salud mental que proporciona atención a pacientes con trastornos mentales, personas que, por su tipo de enfermedad, situación laboral y personal, tienen un mayor nivel de vulnerabilidad. Y que, a su vez, en muchos casos, mantienen relaciones complicadas con los órganos de la administración de justicia (AJ) y con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (CFSE), que les resultan difíciles de gestionar a título personal. Por otro lado, dadas las diferentes formas de comunicación existentes en la actualidad, la constante implementación de las nuevas tecnologías en la AJ, y siempre con el fin de impulsar las colaboraciones entre instituciones nos vimos en la necesidad de adoptar y diseñar un sistema homogéneo, y transversal de comunicación con los diferentes órganos e instituciones judiciales, que agilizará, y garantizará la seguridad en las comunicaciones, como soporte a una atención más integrada al paciente

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nos propusimos la creación, diseño y monitorización del proceso que denominamos CIRCUITO JURÍDICO (CI) como herramienta para una mejor atención integrada. Para ello, en noviembre de 2019 se crea el departamento de Asesoría Jurídica (AJ) con la incorporación de un letrado y un soporte administrativo. Se diseña el proceso formado por todas aquellas actividades que se deben llevar a cabo para la colaboración entre instituciones y se elabora un procedimiento que define el CJ que deben seguir todos los documentos de índole legal, que se reciben (entran) en el Hospital, procedentes de los órganos de la AJ y de las CFSE y aquellos que se emiten (salen) desde el hospital hacia los órganos de la administración de justicia, teniendo presente en todo momento el destinatario final de los mismos que son nuestros pacientes y profesionales. Este procedimiento es difundido a todos los profesionales, realizando sesiones informativas puntuales con aquellos profesionales que tienen que aplicar dicho circuito

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A finales del 2020, se definió y difundió el CJ: forma en la que llegan las comunicaciones, tipos de notificaciones, forma en la que se da cumplimiento a los requerimientos, como se realizan las comunicaciones internas, registro, etc. En 2021 se comienza a medir indicadores de actividad obteniendo en 2021 y 2022 respectivamente: Contestación a oficios judiciales, requerimientos de informes e Historias Clínicas 232 y 362; citaciones, notificaciones judiciales y comparecencias 292 y 298; informes sobre contratos y convenios 16 y 12; mesas de contratación 12 y 18; procedimientos de resolución de conflictos 3 y 2; sesiones jurídicas a servicios 12 y 18; total de acciones jurídicas 559 y 696.

Estos resultados demuestran la importancia y relevancia del CJ y de la figura de AJ, de forma que utilizando sistemas con criterios de eficacia nos ayudan a prestar una atención integrada en pacientes de mayor vulnerabilidad, siendo además, un soporte a la gestión de contrataciones, resolución de conflictos, etc.

EVALUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD DE UNA INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS

MARTA MONTEJO FERNÁNDEZ¹; NATALIA PANIAGUA CALZÓN²; JOSÉ IGNACIO PIJOAN ZUBIZARRETA²; CARLOS SAIZ HERNANDO²; ÁLVARO SÁNCHEZ PÉREZ²; JAVIER BENITO FERNÁNDEZ²

¹CENTRO SALUD RONTEGI-BARAKALDO. PAÍS VASCO, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES// PAÍS VASCO

ID: 18348

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En un estudio realizado en nuestro entorno en la temporada de bronquiolitis 2018-2019, se encontró que las tasas de uso de salbutamol en el tratamiento de bronquiolitis en los servicios de urgencia hospitalarios (SU) y centros de atención primaria (AP) de nuestro servicio regional de salud (SRS), fueron 20% y 25% respectivamente. Una ruta de atención integral de bronquiolitis (RAIB) logró una reducción del 87% en el uso de salbutamol y otros medicamentos durante la temporada 2019-2020. Aspectos clave en las iniciativas de implementación de cambios son las estrategias de mantenimiento de su efecto y la evaluación del mismo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

El objetivo de este estudio fue determinar la sostenibilidad de los cambios en el manejo de bronquiolitis, 3 años después de la implementación de la RAIB en nuestro SRS.

Metodología

Estudio observacional analítico de la tasa de prescripción farmacológica de escaso valor, en casos diagnosticados de bronquiolitis aguda en las campañas epidémicas de 2019-2020 y 2022-2023, en las consultas pediátricas de 135 centros de AP y 8 SU hospitalarios de nuestro SRS. Durante las tres temporadas de bronquiolitis del periodo 2020-2023 se continuó con el despliegue de las acciones relacionadas con la RAIB en el SRS. La RAIB es un plan de cuidados multidisciplinar y estructurado que detalla los pasos esenciales en el manejo de los pacientes con bronquiolitis y promueve la práctica coordinada de todos los agentes implicados, avalada por la evidencia disponible, con el objetivo principal de reducir el uso innecesario de medicamentos.

La variable principal fue el porcentaje de episodios de niños diagnosticados de bronquiolitis, en los que se administró salbutamol en los SU o se prescribió en los centros de AP. Las variables secundarias fueron el porcentaje casos de bronquiolitis que recibieron adrenalina, antibióticos y corticoides en los SU y antibióticos y corticoides prescritos en los centros de AP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 5.046 visitas por bronquiolitis a urgencias y 8.524 a AP, de las cuales 2.652 (52,5%) y 4236 (49,6%) respectivamente ocurrieron en 2022-2023. La tasa de utilización de salbutamol fue del 2,5 % en los SU y del 4,8 % en AP en 2019-2020 frente al 4,0 % y el 6,0 % ($p < 0,05$) en 2022-2023. En los SU, las tasas de utilización de adrenalina y corticoides fueron del 3,1 % y el 0,2 % en 2019-2020 frente al 0,3 % ($p < 0,001$) y el 0,4 % ($p = 0,09$) en 2022-2023, respectivamente. Las tasas de prescripción de antibióticos y corticoides en AP fueron del 5,1% y 1,8% en 2019-2020 frente al 5,7% ($p = 0,21$) y 2,5% ($p = 0,02$) en 2022-2023, respectivamente.

Conclusión

Nuestros hallazgos muestran qué, aunque se ha registrado un discreto aumento en la utilización de salbutamol, los resultados globales alcanzados con nuestra iniciativa de mejora se mantienen tres años después de su implementación. Creemos que la clave de la sostenibilidad es haber conseguido que la RAIB se haya convertido en la práctica clínica habitual en nuestro SRS.

CICLO DE MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA AMBULATORIA

ELISA MARIN SANCHEZ¹; MARIA DEL PILAR MONERA LUCAS¹; IRIS CAMPOS ALBERT¹; ANA LOPEZ ORENES¹; SERGIO ALEMÁN BELANDO¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VINALOPO// COMUNITAT VALENCIANA

²HOSPITAL UNIVERSITARIO J. M. MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15206

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La cirugía ambulatoria es uno de los tipos de cirugía más extendidos en la actualidad. Para su éxito es necesario que exista gestión, coordinación y formación de enfermería. Las estrategias de mejora de la calidad en la atención al paciente por parte de enfermería pueden mejorar el éxito de estos procedimientos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: Mejorar la atención prestada al usuario por parte de enfermería en los procedimientos de una Unidad de Cirugía Ambulatoria a nivel preoperatorio, operatorio y post-operatorio.

Objetivos secundarios: Detectar las áreas de mejora de calidad dentro de la Unidad de Cirugía Ambulatoria. Planificar e implementar intervenciones para aumentar la calidad de los cuidados.

Metodología

Se realizó un estudio antes-después con estructura de un ciclo de mejora en el que se realizó una evaluación inicial, intervenciones para la mejora de la calidad y una evaluación posterior.

Las unidades de estudio fueron pacientes intervenidos en una unidad de cirugía ambulatoria. El marco temporal corresponde a los años 2022 (mayo a octubre), para la primera evaluación; y 2023 (marzo y abril), para la segunda evaluación.

Se seleccionó una muestra de 60 pacientes para cada evaluación mediante muestreo aleatorio simple.

Se diseñaron y definieron los siguientes criterios de calidad: enfermería con formación específica, llamada de valoración preoperatoria, recomendaciones específicas al alta, cita de seguimiento post-quirúrgico, control telefónico post-operatorio, consultas en urgencias tras el alta y cancelaciones de cirugías.

Dichos criterios fueron sometidos a un análisis de fiabilidad mediante estudio de concordancia observada general e índice Kappa.

Las intervenciones de mejora fueron: actualización del protocolo de cuidados, plan de acogida y formación, realización de recomendaciones post quirúrgicas específicas, inclusión de los pacientes en un portal de salud, actualización del procedimiento call center y sesiones formativas e informativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 60 pacientes en cada una de las evaluaciones. El nivel de cumplimiento de los criterios en la primera y la segunda evaluación, así como la significación estadística de la diferencia, fue el siguiente:

- Enfermería con formación específica (0%, 100%; $p < 0,001$)
- Llamada de valoración preoperatoria (85%, 90%; $p = 0,79$)
- Recomendaciones específicas al alta (96,6%, 93,3%; $p = 0,79$)
- Cita de seguimiento post-quirúrgico (85%, 83,3%; $p = 0,56$)
- Control telefónico post-operatorio (41,6%, 80%; $p < 0,001$)
- Consultas en urgencias tras el alta (11,6%, 75%; $p < 0,001$)
- Cancelaciones de cirugías (98,3%, 100%; $p = 0,82$)

Con el ciclo de mejora se logró aumentar la calidad global de la atención enfermera en el proceso de cirugía ambulatoria. Se logró una mejoría significativa en los criterios específicos: enfermería con formación, llamada de valoración preoperatoria, control telefónico post-operatorio, consultas en urgencias tras el alta y cancelaciones de cirugías.

REVISIÓN DE LA ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSION MASIVA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

BELÉN GARCÍA INIESTA; CLAUDIA RÓDENAS HERRANZ; ANA PLAZA SAURA; MARTA CANO CASTELLOTE; TZU HUA CHEN LIANG; REBECA GONZÁLEZ CELDRÁN

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15524

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia masiva es una entidad de diversa etiología (politrauma, perioperatorio), con una mortalidad estimada entre 30-70%, ocurriendo la mitad de los decesos en las primeras 24h.

Esta es la razón que motivó la instauración en nuestro hospital de un protocolo de transfusión masiva (PTM) en 2015, para establecer el papel de cada servicio implicado, y lograr un trabajo en equipo coordinado, que asegure un suministro eficiente de hemoderivados, así como la seguridad transfusional durante todo el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En nuestro hospital, la activación del PTM es infrecuente. El objetivo de esta revisión es cuantificar los casos en los que se ha activado el PTM, si estuvo indicada, si la activación se implementó de forma adecuada por todos los implicados, determinar si es un protocolo necesario y qué podemos hacer para mejorar lo que ya se está haciendo.

Para ello hemos recogido los datos de los pacientes en los que se activó el PTM en 2021 (2) y 2022 (1), obteniendo el servicio responsable de la activación, la etiología de la hemorragia, el resultado de la actuación y el registro de uso de los distintos hemoderivados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De nuestra pequeña muestra hemos obtenido los siguientes datos: La activación del PTM ha sido realizada por Anestesia y UCI.

- La etiología de la hemorragia fue de predominio gastrointestinal.
- En todos los casos estuvo indicada la activación del PTM.
- Solo un paciente falleció.

Con estos datos podemos deducir que la activación el PTM no es un fenómeno frecuente en nuestro hospital, ya que solo ha ocurrido 3 veces en 2 años. No obstante, podemos afirmar que los criterios de activación están bien implantados, ya que en todos los casos estaba indicado. No hemos detectado problemas en la coordinación entre banco de sangre, hematología y los servicios solicitantes; el trabajo multidisciplinar fue exitoso y fluido.

Debido a la escasa casuística en nuestro hospital, podríamos plantearnos si realmente el PTM es un protocolo necesario, y para ello debemos tener presente cuál es su finalidad; *determinar un proceso organizativo en el manejo de la transfusión masiva, aumentar la seguridad y reducir la morbimortalidad de los pacientes expuestos a grandes cantidades de hemoderivados en corto tiempo, gracias a un abordaje multidisciplinar y coordinado ante una situación emergente con alta mortalidad*. Tras esta definición y tras observar el resultado del PTM en estos 2 últimos años, podemos concluir que es un protocolo necesario y que, debido a su escasa aplicabilidad, deberíamos dar sesiones formativas para recordar cuándo y cómo activarlo.

Conclusiones

La hemorragia masiva es poco frecuente, pero cuando ocurre puede acabar con las reservas disponibles en banco de sangre rápidamente. Por ello es crucial un PTM, una buena coordinación entre las partes implicadas y sesiones recordatorias para ello.

En nuestro hospital el protocolo está vigente desde 2015. En los últimos 2 años se ha activado en 3 ocasiones, estando todas ellas indicadas, con un adecuado funcionamiento.

MEJORANDO LA ASISTENCIA A CONSULTAS

MARIA LUISA CHECA AMARO; RAUL OVEJA FERNANDEZ; SUSANA LORENZO MARTINEZ; ANA MARIA VILLACAÑAS ROMERO; ANA BELEN PASTOR MAGRO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17275

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El alto volumen de inasistencia a consultas externas en el hospital hace necesario confirmar la cita 7 días antes con los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar e implantar un sistema para que los pacientes puedan confirmar su asistencia a consultas, anular las citas que ya no son necesarias y reprogramar las citas cuando no van a acudir.

Material y método

Ámbito: Hospital del SERMAS de segundo nivel, con una población de referencia de 171.000 habitantes, con 324.470 citas en el año 2022, de las cuales 31.821 no acudieron (9,6%).

Periodo de estudio: enero-abril 2023.

Se ha diseñado una plataforma de comunicación interactiva y multicanal con los pacientes, que establece contacto vía telefónica, permitiendo al paciente, 7 días antes de su cita, las siguientes alternativas:

- Confirmar que acudirá a la cita
- Confirmar que no acudirá y anularla
- Confirmar que no quiere venir ese día, y cambiar la cita
- Paciente ilocalizable

Para cada una de las citas, el sistema identifica al paciente, sus datos personales, la cita, agenda y prestación. Quedan excluidos de la base de datos, los pacientes mayores de 80 años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha llevado a cabo un proceso de mejora, de forma que las citas a las que el paciente no acudirá, son anuladas y los huecos libres que quedan, se adelantan citas de pacientes con espera superior a 90 días.

Así mismo, se reprograman aquellas citas en las que los pacientes confirman que quieren acudir, pero en otra fecha.

La implantación de este sistema de confirmación de cita, ha permitido:

- Disminuir la inasistencia a consulta, un 30% de media en el periodo de estudio
- Actualizar los datos de contacto del paciente de la aplicación (localizados)
- Monitorizar la espera media y máxima en consultas externas, para plantear nuevas acciones de mejora.

CUÁNTA MEJORA ESPERAR CUANDO UN CONTRATO DE GESTIÓN PIDE LA REALIZACIÓN ACCIONES DE MEJORA EN INDICADORES CLAVE

MARÍA DOLORES CONEJOS MIQUEL¹; MARÍA VICTORIA BENITO MARTÍNEZ²; JULIÁN JIMÉNEZ CARRAMIÑANA¹; MARÍA SOLEDAD BARTOLOMÉ CASADO¹; MARIANELA BAYÓN CABEZA¹; MARISA ALCÁZAR GONZÁLEZ¹

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERMAS.²HOSPITAL 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17376

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos estratégicos anuales de la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad Autónoma se despliegan en forma de objetivos e indicadores que se incluyen en los distintos Contratos de Gestión.

En 2022 se incluyó un objetivo en el Contrato de Gestión de los Centros de Atención Primaria en el que se ponía como meta la realización de 3 acciones encaminadas a mejorar alguno de los resultados clave de Atención Primaria (AP). Los Directores Territoriales de los centros seleccionaron la mejor de las tres acciones de cada centro y la elevaron a categoría de buena práctica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestros objetivos son:

- Cuantificar la mejora experimentada de las buenas prácticas seleccionadas, globalmente y por tipo de indicador
- Comparar la mejora obtenida en los indicadores seleccionados con la mejora media de todos los Centros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma

Para lograr los objetivos se procede a:

Agrupar los indicadores clave de las buenas prácticas seleccionadas en indicadores de seguridad del paciente, adecuación y efectividad clínica.

Depurar los indicadores no considerados clave para la organización.

Clasificar las acciones de mejora agrupándolas en categorías de acciones similares.

Analizar el resultado en % de mejora al cierre de 2022 respecto al inicio del año: globalmente, por tipo de indicador y por cada indicador seleccionado.

Análisis combinado de la mejora en función del tipo de indicador – tipo de acción emprendida. Análisis comparado de la mejora con el % mejora global en la Comunidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Al cierre de 2022 la mejora promedio global de los indicadores de los centros que realizaron una buena práctica (BP) fue del 35,3%. La mejora promedio en esos mismos indicadores a nivel de la Comunidad fue del 21,6% (a falta de depurar un indicador).

Los indicadores de adecuación con una BP experimentaron una mejora del 24,6% frente a la mejora promedio de 0,4% en la Comunidad.

Los indicadores de efectividad clínica con intervención mejoraron un 35,6% Vs el 23,1% de promedio en la Comunidad.

Prácticamente no hubo diferencias en los indicadores de seguridad del paciente (36,6% vs 36,2%) a falta de depurar los datos de uno de ellos.

Las herramientas e intervenciones que mejores resultados globales ofrecieron fueron: la monitorización del indicador en la plataforma de seguimiento informático (43,1% mejora), la colaboración con el servicio de farmacia (39,7%) y la realización de dos o más acciones de forma simultánea (39,4%).

Conclusiones

Se puede concluir que incluir en un contrato de gestión un objetivo en el que se solicita realizar intervenciones para mejorar los indicadores clave de la organización tiene un gran impacto en los resultados.

PLAN DE MEJORA DEL DESCANSO DE LOS RESIDENTES EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

JOSE MANUEL FELICES FARIAS; ALBERTO NIETO LÓPEZ; TOMAS RODRIGUEZ LOCARNO; JOSE ANTONIO GALIAN MEGIAS; ELISABETH MONZO NUÑEZ; JOSE MANUEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17506

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La fatiga y la acumulación de horas de trabajo sin descanso han demostrado ser uno de los factores que más aumentan los errores médicos y el burnout de los profesionales de la Medicina. La atención continuada durante las guardias de un hospital de tercer nivel exige a los residentes mantener su actividad durante largos períodos de tiempo en los que el descanso que puedan tener resulta fundamental para evitar errores debidos a la fatiga. Sin embargo, la posibilidad de descanso durante las guardias en un hospital de estas características es escasa y por ello, optimizar la calidad del descanso que puedan tener los residentes durante las guardias es clave para ofrecer a los pacientes la mejor atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos del estudio son:

- Conocer la calidad y condiciones del descanso de los residentes de un hospital de tercer nivel.
- Detectar potenciales mejoras y permitir una eficiencia óptima de las horas de descanso que los residentes puedan tener durante sus guardias.

Para ello, el Servicio de Docencia y Formación elaboró un censo de los residentes de guardia en el hospital dividido por especialidades para determinar el mínimo y el máximo número de residentes que pueda haber en un día de guardia. Además, se diseñó una encuesta en la que se recogieron las condiciones de la habitación en la que duermen los residentes y se obtuvo información sobre el número de camas, el acceso a aseo propio, la privacidad, las condiciones lumínicas y de ruido y la localización de la habitación. Por último, se hizo una visita a todas las habitaciones de los residentes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis de los datos recogidos permitió conocer los recursos de descanso para los residentes de los que dispone el hospital y los que necesita. A nivel cuantitativo se evidenció sólo una especialidad con déficit y a nivel cualitativo se detectaron 8 especialidades cuyas habitaciones precisan de mejora en algunas de sus condiciones para optimizar el descanso de los residentes.

El Servicio de Docencia y Formación ha puesto a disposición de la Dirección del Hospital esta información, para elaborar conjuntamente un Plan de mejora del Descanso de los residentes que ayude a optimizar la inversión y los esfuerzos en la mejora de las habitaciones que lo necesitan, ofreciendo a los residentes una calidad óptima del descanso y, en consecuencia, seguir aumentando la calidad asistencial de nuestro hospital.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LOS RESPONSABLES DE CALIDAD

ESTHER BADIA PERICH; VICTORIA SABATE CINTAS; NURIA EMILIANO GRIELL; MARIA JOSÉ TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. ICS// CATALUÑA

ID: 17543

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Implantar un sistema de gestión de calidad en un ámbito territorial como el nuestro (80 Unidades productivas) es necesario desarrollar una metodología de trabajo que garantice resultados en salud, seguridad al paciente y una satisfacción del cliente excelente. Aplicar metodología de trabajo y evaluación, de forma uniforme y accesible a todos los profesionales, requiere del soporte de expertos y de herramientas de apoyo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: Mejorar el soporte, desde la Unidad de calidad territorial, a los responsables de calidad de todo el territorio, para facilitar el despliegue del sistema de gestión de calidad.

Objetivo secundario: Acompañar en el uso de las herramientas de apoyo y aumentar la accesibilidad de las mismas.

Metodología: Definición de un Manual de Calidad que facilite nuestro sistema de gestión, la gestión por procesos e integre metodología y herramientas de soporte. Procedimiento de acogida a los nuevos Responsables de Calidad (RQ) y tutorización con visitas presenciales de soporte y seguimiento en el centro de trabajo. Formación continuada individualizada y en grupo sobre metodología de calidad, cultura de seguridad del paciente, análisis de incidentes de seguridad, segundas víctimas y sistemas evaluación. Talleres formativos de los estándares del Modelo de Acreditación. Consultorías virtuales semanales y acceso telefónico fácil a la unidad. Herramientas de apoyo: Mapa de procesos, portal documental, catálogo de objetivos, cuadro de mando por procesos, carpetas compartidas para trabajo conjunto, plantillas para documentos y sistema de codificación, plan de calidad, ficha objetivo de mejora, ficha acciones de mejora, informes cualitativos, gestor de incidencias de SP por proceso (GesLin) y programa seguridad del paciente (ProSP)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Manual de calidad y procedimiento de gestión por procesos actualizados y conocidos Mapa de procesos actualizado e implantado en el 100% EAP

100% RQ con acogida realizada, tutorización y visita de seguimiento presencial 100% RQ formados en metodología de calidad y seguridad del paciente

100% RQ formados en herramientas de SP (GesLin, ProSP) con implantación en el equipo 99% RQ y directivos formados en el modelo de Acreditación

100% consultorías virtuales con RQ conectados para consultas

80% EAP con Plan de Calidad vigente y Objetivos de mejora alineados al plan estratégico de la organización 80% EAP con informe cualitativo de cierre de año

Conclusiones

La Unidad de Calidad territorial ofrece una excelente acogida a los responsables de calidad y una buena formación continuada que facilita el desarrollo de sus funciones. Los seguimientos presenciales en los equipos son recibidos como una visita de soporte para la gestión y una oportunidad para la mejora continua. Todos los equipos conocen y han implantado las diferentes herramientas de apoyo con resultados excelentes. El portal documental y las carpetas compartidas son básicas para la gestión de la calidad y la seguridad del paciente.

ISO 9001 Y LEAN HEALTHCARE: INTEGRÁNDOSLOS PARA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

CONCEPCIÓN FARIÑAS-ÁLVAREZ; VIRGINIA FLOR MORALES; ANA RUIZ RUIZ; GEMA VALVERDE SANJUAN; SUSANA MOYA MIER; SUSANA CASADO COBO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17754

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Lean es una forma de pensar para la mejora continua, basada en crear el máximo valor posible para el cliente con el menor consumo de recursos, y contando con los profesionales. Al mismo tiempo, la certificación ISO 9001 conlleva la implementación de una sistemática de trabajo basada en la mejora continua y la gestión del riesgo. Por ello, ambas estrategias pueden ser compatibles

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Orientar los procesos del Bloque Quirúrgico (BQ) hacia la mejora continua, incorporando la cultura Lean en la organización mediante la implantación de un sistema de gestión de la calidad (SG) ISO 9001:2015.

Pacientes y métodos

Ámbito: hospital universitario de tercer nivel, con 32 quirófanos y más de 23.000 intervenciones/año. Alcance: desde la llegada hasta la salida del BQ. Se inició la mejora del proceso con LEAN en febrero-2018 y se obtuvo la certificación ISO 9001 en junio-2021. Se creó un Comité que incluyó a la dirección quirúrgica: Grupo Lean del BQ. Se formó en Lean a profesionales. Para la mejora continua se usa la metodología DMAIC y diversas herramientas Lean. Inicialmente se elaboró el Value Stream Mapping (VSM), con participación de trabajadores de todas las categorías. Se construyó el Customer Journey de pacientes. Se realiza el seguimiento de las oportunidades de mejora (OM) y objetivos mediante matriz de riesgos y 3C- Kaizen. Los riesgos se identifican a partir de las incidencias (registro en check-list quirúrgico y preanestesia), el análisis del contexto y la comunicación, y los indicadores. El SG consta de 7 bloques: 1. Organización, definición de competencias y responsabilidades; 2. Criterios homogéneos de funcionamiento. 3. Optimización de la coordinación entre profesionales del equipo; 4. Coordinación con profesionales de apoyo; 5. Experiencia de pacientes-familiares 6. Sistemas de información/comunicación. 7. Recursos humanos/materiales. 8. Sistema de medición.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se formaron 39 personas en Lean (satisfacción global: 8,8). Participaron 148 trabajadores y 20 pacientes en los workshops. Ha habido 2 ciclos de auditorías externas, ambas sin desviaciones. Inicialmente en el VSM se identificaron 335 OM (desperdicios), que se agruparon en 15. En 2023 hay 40 OM abiertas y desde 2018 se han cerrado 23, destacando: traslados UCI-BQ, preparación paciente quirúrgico urgente, mejora protocolo multirresistentes, protocolización disponibilidad quirófano de emergencias en horario de mañana, reprogramación quirúrgica, gestión de pacientes COVID, protocolo de acogida, mejora tiempos entre cirugías. Los indicadores de actividad y calidad muestran tendencias positivas. La satisfacción de los pacientes es superior a 9.

Conclusiones

El sistema de gestión de la calidad implantado en el BQ de acuerdo a ISO 9001:2015, apoyado con la creación de una cultura de mejora continua y herramientas Lean, ha permitido identificar un elevado número de OM. Todo ello con elevada participación y motivación de los profesionales.

GESTIÓN DE RIESGOS EN EL LABORATORIO DE UN HACLE

MARIA JOSE MERINO PLAZA; ANTONIO ANGUITA GARCIA; LUCRECIA ÁLVAREZ BROSETA; PILAR JULIAN RUIZ; TERESA MONTILLA ROMERO; DARIO BERNAD DOBLAS

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14488

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Para realizar la transición a la norma ISO 9001:2015, fue necesario adaptar los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) para cumplir con sus requisitos. Uno de los principales cambios de la norma, que afecta al sector sanitario, es la necesidad de adoptar un pensamiento y enfoque basado en el riesgo.

El AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) es una herramienta de evaluación de riesgos muy utilizada para el análisis de fallos potenciales que es útil para el análisis de los riesgos en el ámbito sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar y actualizar los principales riesgos que pueden afectar al SGC y a la conformidad del servicio en el laboratorio de un HACLE, para poder planificar el sistema en base la información obtenida.

Metodología

- Identificar y actualizar periódicamente las partes interesadas y sus requisitos.
- Elaborar y mantener actualizado un Catálogo de riesgos, utilizando la técnica de generación de ideas "Brainstorming" para identificar los riesgos más frecuentes en el laboratorio, su gravedad, sus causas y las posibles acciones que deberían llevarse a cabo para prevenir/evitar su aparición.
- Mantener actualizado el Mapa de Riesgos operativo, identificando y describiendo cada uno de los riesgos potenciales, sus agentes generadores y los planes de contingencia propuestos en cada caso, para abordar los riesgos identificados y/o corregir las causas que los provocan.
- Emplear el AMFE como herramienta para priorizar, mediante el Índice de Prioridad de resolución de riesgos (IPR), el abordaje de los riesgos potenciales en base a los resultados obtenidos en el análisis de riesgos realizado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- Definición del catálogo de riesgos en el que se identificaron 43 posibles modos de fallo relacionados con 7 grupos de interés.
- Realización de un AMFE en el que se analizaron y priorizaron 27 modos de fallo, mediante el cálculo de su IPR, identificándose para cada uno de ellos sus distintas causas y posibles acciones preventivas y planes de contingencia.
- Establecimiento de Indicadores de seguimiento.
- Creación de un Sistema de Mejora mediante el análisis causa-raíz de los incidentes más graves para establecer estrategias adecuadas para su manejo.

Conclusiones

La versión de la norma ISO 9001:2015 incluye como requisito el abordaje de los riesgos y oportunidades de la organización, lo que exige un enfoque más preventivo y mejor planificado para mitigar su impacto, mediante el análisis de la situación y la elaboración de planes de contingencia.

Los Mapas de Riesgo permiten orientar con eficiencia las acciones, al definir prioridades y al proponer medidas para minimizar los riesgos.

La elaboración del AMFE nos ha permitido evidenciar en las auditorías de calidad, que la organización ha analizado, considerado y en su caso, adoptado medidas para afrontar los riesgos que pueden afectar al nivel de calidad, a la capacidad del SGC para obtener los resultados esperados o cualquier factor que pueda influir en la satisfacción del cliente.

ADAPTARSE O MORIR. GESTIÓN DE UN PROGRAMA REGIONAL DE AUDITORÍAS INTERNAS EN MODELOS INTEGRADOS DE GESTIÓN

M^a ÁNGELES TÉBAR BETEGÓN¹; SILVIA GÓMEZ FERNÁNDEZ¹; ÓSCAR HERRÁEZ CARRERA²; MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ¹; ANDRÉS TENDERO ALARCÓN³; M^a BEGOÑA FERNÁNDEZ VALVERDE¹

¹SESCAM, ²HOSPITAL MANCHA CENTRO ALCAZAR DE SAN JUAN, ³HOSPITAL VILLARROBLEDO// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15262

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Coordinación Regional de Gestión de la Calidad (CRGC) lidera la implantación de modelos integrados de gestión (MIG) en el Servicio de Salud (SS). Hasta 2022 había 146 servicios certificados con el modelo ISO 9001:2015. En 2023, se realizó un diagnóstico de expectativas de implantación de MIG, siendo priorizado el MIG ambiental ISO 14001 solicitado por 14 gerencias y servicios centrales del SS. Ambos MIG requieren la realización de auditorías internas (AI) que en este SS se realizan por sus propios profesionales cualificados a través de un Programa Regional Centralizado de AI (PRAI).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Compartir la experiencia de implantación de un proceso de gestión regional de auditorías combinadas ISO 9001-ISO 14001 (PGRAI) que tiene como alcance las 17 organizaciones del SS.

Objetivos Específicos

- Adaptar el PGRAI para garantizar la implantación y mantenimiento de MIG en el SS en base a las necesidades de grupos de interés.
- Asegurar la formación de auditores en auditorías combinadas de MIG.

Metodología

1. Actualización y estandarización del PGRAI.
2. Gestión de la convocatoria de Auditores Internos de MIG.
3. Programa de formación y mentorazgo para la adquisición de competencias en auditoría combinada de MIG y acreditación de Auditores Jefe.
4. Planificación y despliegue del PRAI.
5. Adaptación de sistemas de información para la gestión de competencias de auditores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Se revisaron 13 documentos, diagramas de flujo y registros, para la estandarización de PGRAI.
2. Los auditores jefe de la 9001 asumieron la auditoría de requisitos comunes de 9001-14001. 52 profesionales se presentaron voluntarios para su formación como auditores ISO 14001. 24 nuevos profesionales interesados.
3. Formación en auditoría de requisitos comunes 9001-14001. Se realizaron dos talleres formativos con 61 asistentes. Satisfacción global media 4,4 sobre 5 y evaluación media de conocimientos adquiridos 8,4 sobre 10.
4. Formación en auditoría de requisitos específicos 14001, a través de la contratación de 7 talleres (49 horas) con 52 profesionales convocados.
5. Acompañamiento de 11 auditores en formación en auditoría de residuos e infraestructuras. 44 profesionales acudirán a la formación centralizada para la acreditación europea de auditores jefe.
6. PRAI desarrollado en 3 fases: aspectos comunes MIG 119 jornadas (J), aspectos específicos 7J, infraestructuras y residuos 7J. En total 133 J.
7. Se han incluido variables en la base de datos para monitorizar las competencias y experiencia en realización de auditorías combinadas, lo que permite el control regional del PGRAI y el reconocimiento institucional de los auditores.

En conclusión, se ha conseguido adaptar el PGRAI y la gestión de competencias de auditores internos para garantizar la implantación de MIG, lo que contribuye desde la macrogestión de la calidad a la mejora de la asistencia sanitaria en el SS.

LA CERTIFICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA ELEVAR LA CALIDAD EDUCATIVA DE LOS CURSOS DE LA HEALTHCARE TRANSFORMATION ACADEMY

MIREIA CANO IZQUIERDO¹; DANIEL MORENO MARTÍNEZ²; ORIOL ESTRADA CUXART²; NÚRIA CASTANY VIÑAS³; MARTA JUAN PARRA³; MERITXELL DAVINS RIU²

¹HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL, ²GERÈNCIA METROPOLITANA NORD, ³HOSPITAL VALL D'HEBRÓN// CATALUÑA

ID: 15272

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Healthcare Transformation Academy (HealthcareTA) es un proyecto educativo que busca abordar la necesidad de formación específica en competencias y habilidades transversales en diversos ámbitos para los profesionales del sistema sanitario. En colaboración con hospitales europeos de referencia, esta iniciativa se ha convertido en uno de los proyectos más importantes en el ámbito educativo del European Institute of Innovation & Technology (EIT) Health, contando con la participación de 20 instituciones internacionales. La academia ofrece una amplia gama de cursos, que incluyen tanto niveles introductorios como avanzados, abordando diferentes áreas de interés.

Después de dos años de éxito, la HealthcareTA busca garantizar la calidad de sus cursos mediante la acreditación, reafirmando su compromiso con la excelencia y elevando la calidad de la formación para todas las categorías profesionales que trabajan en el ámbito sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es asegurar una calidad óptima de los cursos que ofrece la Academia y promover la excelencia académica, a través de la creación de una estrategia de acreditación.

Para lograr este objetivo, los miembros líderes del proyecto han llevado a cabo sesiones de cocreación para identificar y evaluar el valor de los diferentes mecanismos de acreditación disponibles a diferentes niveles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado es una estrategia de certificaciones a 3 niveles:

Regionales: la HealthcareTA busca obtener certificaciones específicas para cada región. Estas certificaciones son especialmente útiles en países donde los profesionales de la salud pueden obtener puntos o créditos de formación continuada al completar cursos acreditados.

Europeas: la HealthcareTA aspira a obtener certificaciones reconocidas en toda Europa. Esto implica cumplir con los estándares y criterios establecidos por organismos europeos de calidad educativa y sanitaria. Una de las certificaciones europeas destacadas es la EACCME, que respalda la calidad de los cursos de formación médica continua en toda Europa. Certificaciones por EIT Health: como principal entidad financiera del proyecto tiene la opción de certificar la calidad de los cursos. Esta opción es esencial para profesionales que trabajan en la sanidad pero no son profesionales sanitarios.

Estas certificaciones se basan en criterios rigurosos que evalúan la excelencia académica, actualización de contenidos, metodologías de enseñanza y satisfacción de los participantes.

En conclusión, el compromiso de la HealthcareTA con la calidad educativa se evidencia en su búsqueda de certificaciones regionales e internacionales. Estos logros fortalecen la confianza de los profesionales sanitarios y las organizaciones en la academia. Con la obtención de estas certificaciones, la HealthcareTA pretende fortalecer su reputación y credibilidad en la formación continua en competencias transversales de los profesionales de la sanidad.

EL RETO DE IMPLANTAR EL NUEVO MODELO EFQM EN UN HOSPITAL

M^ª MERCEDES ORTIZ OTERO; OLGA MARINERO ROJAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15492

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La implantación del Nuevo Modelo EFQM 2020, es un reto para todas las organizaciones, y especialmente para los hospitales.

El Hospital Universitario de Fuenlabrada, es un centro que lleva aplicando el Modelo EFQM desde los inicios de su actividad, con varios reconocimientos de +400 puntos. La aplicación e implantación del nuevo Modelo 2020, nos ha hecho reflexionar sobre la cultura de mejora e innovación, aplicando una metodología nueva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Entender los requisitos del Modelo EFQM y cómo deben ser aplicados en el hospital.

Sensibilizar a los equipos de trabajo respecto a cómo el Modelo EFQM puede apoyar a la transformación.

Realizar un diagnóstico completo del Hospital similar a un proceso de evaluación para determinar el nivel de alineamiento con el Modelo EFQM y estimación de puntuación.

Realizar un informe de GAP y de prioridades para ser utilizado por el Hospital de forma estratégica.

Metodología

Fase 1: Sensibilización sobre el Modelo EFQM 2020 y posibles metodologías de aplicación.

- Tratando de sensibilizar al Equipo de Gestión y a la alta dirección del beneficio e impacto del uso del Modelo EFQM.
- Formación a los profesionales sobre:
- Introducción al Modelo EFQM. Estructura del Modelo EFQM.
- Retos y Fortalezas del Modelo en una organización pública.

Fase 2: Evaluación con Informe de GAP.

- Analizar todos los enfoques de gestión del Hospital U. de Fuenlabrada y entender las metodologías y estrategias que utiliza en su sistema de gestión.
- Realizar un informe de puntos fuertes y áreas de mejora de cómo el Hospital U. de Fuenlabrada de forma estratégica.

Modelo EFQM.

Fase 3: Programa de Talleres y Plan de Acción.

- Formar y establecer metodologías relacionadas con el nuevo enfoque EFQM que se aplica en la Visión 2025. Establecer los retos estratégicos

Programa de Talleres vinculados a los GAPs detectados en FASE 2. Autoevaluación.

- Informe de Autoevaluación / GAP de alto valor. Incluye puntos fuertes, áreas de mejora e informe de buenas prácticas.

Cierre de Plan de Acción.

- Cerrar el plan de acción determinado para poder obtener el reconocimiento Memoria EFQM.
- Utilizar la metodología de Digital EFQM dentro del proceso de Puntos Fuertes y Áreas de Mejora.
- Redactar la memoria EFQM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se ha revisado el Propósito y también se ha revisado la Visión del hospital, adaptándola al nuevo Modelo EFQM.
- Definidos los Grupos de Interés principales.
- Establecido el Ecosistema.
- Correlación de las Líneas Estratégicas del hospital con indicadores medibles.
- Alineamiento de la LE con los ODS.
- Se han reforzado los valores y la cultura del cambio de la organización, con los conceptos de pertenencia, profesionalidad y singularidad.
- Revisión de nuestro mapa de procesos.
- Se han revisado las propuestas de valor, con los distintos grupos de interés: personas, pacientes, partners y sociedad.

EVALUACION DE REDES EUROPEAS DE REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS

PATRICIA PALOMERA RUFO¹; ALBA GÓMEZ GONZÁLEZ¹; ALEJANDRO SAN NICOLÁS MEDINA²; VICTORIA MARTINEZ SEIJAS¹; MARTA SAINZ RUIZ¹

¹IDOM, ²INSTITUTO DE EXCELENCIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15610

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las 24 Redes Europeas de Referencia (RER) son redes virtuales de unidades de referencia en más de 300 hospitales en Europa. Su misión es compartir el conocimiento para mejorar el acceso de los pacientes europeos con enfermedades raras a una atención especializada y de calidad.

La Decisión 2014/287/EU establece la evaluación cada cinco años de su rendimiento y contribución a la atención de los pacientes con enfermedades raras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El consorcio IDOM-ACSA ha sido elegido por la Comisión Europea para el desarrollo de la primera evaluación del funcionamiento de las RER con los siguientes objetivos:

1. Evaluar las 24 RER y 840 unidades en 261 hospitales en 26 países europeos
2. Aplicar por primera vez la metodología establecida por la Comisión para la evaluación de los criterios operacionales definidos para RER y sus miembros
3. Realizar el proyecto en 10 meses

Este proceso implica la verificación de criterios operacionales diferentes para RER y unidades, agrupados en las siguientes temáticas: gobernanza, atención centrada en el paciente, atención clínica, calidad y seguridad del paciente, contribución a la investigación, capacitación de los profesionales y trabajo en red.

Las diferentes fases del proceso han sido:

- Tareas preparatorias: diseño de la PMO, reclutamiento y entrenamiento los evaluadores, asignación de las evaluaciones y adaptación de la plataforma.
- Evaluación técnica: autoevaluación, revisión documental, entrevistas con RER y representantes de pacientes, auditorías en una muestra de las unidades, emisión de informes borrador.
- Emisión del informe final: envío de comentarios, presentación y revisión de un plan de mejora en resultados no satisfactorios y emisión de informe final de RER, unidades y sistema de RER.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultados principales:

- Contratación de 186 profesionales de 27 nacionalidades europeas como evaluadores
- Diseño de un código informático para la asignación de evaluadores para evitar el conflicto de intereses
- El 100% de las RER y el 94,5% de las unidades completaron la autoevaluación a tiempo
- Realizadas 24 entrevistas con los equipos de las RER y con los representantes de pacientes
- Realizadas auditorías presenciales a 193 unidades
- Resultados preliminares: el 100% de las RER y el 70% de las unidades han conseguido un resultado satisfactorio, siendo el uso del CPMS para la discusión virtual de casos la principal área de mejora

Como conclusiones principales se considera necesario:

- Revisar los criterios para evaluar la contribución de las unidades
- Analizar barreras legales nacionales para la revisión de historias clínicas y la entrevista con pacientes durante las auditorías
- Establecer los requisitos para aceptar de evidencias en un idioma diferente al inglés
- Adaptar la entrevista a pacientes a individual para proteger la intimidad del paciente
- El periodo establecido de dos meses para el envío de comentarios ralentiza y dificulta el proceso de envío de planes de mejora.

CENTRO COMPROMETIDO CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS®, UNA ESTRATEGIA SOSTENIBLE PARA SU IMPLANTACIÓN

LOURDES SAINZ DE LOS TERREROS SOLER; SHEILA MERINO PEREZ; PATRICIA TORRERO GONZALEZ; ELENA GONZALEZ RODRÍGUEZ; SILVIA ÉVORA LEBRERO; RAUL BRAVO INFANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17025

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Diferentes estudios refieren que entre el 30-40% de los pacientes no recibe cuidados basados en la evidencia científica y hasta un 20-25% de los cuidados, son innecesarios o potencialmente dañinos. Las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GBP) son una herramienta para proporcionar una asistencia basada en la evidencia. El programa de Implantación de GBP en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®) supone un instrumento para integrar de forma efectiva la evidencia en la práctica clínica diaria, pero su implantación requiere una planificación que asegure la sostenibilidad del proyecto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar una estrategia para implantar, evaluar, y monitorizar GBP que trascienda a todos los profesionales de la organización y perdure en el tiempo.

Para alcanzar el objetivo se creó un grupo coordinador, de este grupo emanan a su vez cuatro equipos de implantación que serán los encargados de implantar las cuatro GBP seleccionadas en todos los Servicios del Hospital.

Así mismo, se diseñó una estrategia que hiciera sostenible el proyecto, y que basó en: estrategia de comunicación, la participación activa multidisciplinar de los profesionales, formación continuada, y el desarrollo de una metodología de evaluación eficiente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el grupo coordinador se incluyeron al líder del proyecto, los responsables de la implantación de las 4 GBP elegidas, y a la coordinadora de calidad del centro. La composición del grupo coordinador, del que emanan los equipos de implantación, ofrece la ventaja de crear sinergias entre los equipos de trabajo y las comisiones clínicas, provocando un "efecto cascada". Desde este grupo se han desarrollado las siguientes acciones:

- Creación de canales de comunicación para la captación de profesionales, y que permiten a los profesionales conocer los resultados del proyecto. De esta forma se ha realizado un espacio en la intranet, cartelería, salvapantallas, y la presentación del proyecto en 14 comisiones clínicas del centro, y en sesiones de servicios. Actualmente contamos con 120 profesionales de diferentes categorías impulsando el proyecto.
- Elaboración del plan de formación continuada que cuenta con al menos 2 ediciones semestrales de cursos de herramientas para la implantación de GBP, en el que se han formado 116 profesionales hasta la fecha. Así como, otros cursos/sesiones propios de cada una de las GBP a implantar, en los que han participado 137 profesionales. Definición y desarrollo de cuadro de mandos de los indicadores de las 4 GBP para poder medir la evolución del proyecto, y establecer acciones de mejora. Es necesario terminar de desarrollar una metodología de evaluación que permita distribuir los recursos de forma eficiente.
- La implantación que continua activa, pretende provocar la integración de la evidencia en la práctica clínica. Sin duda, una vez finalizado el proyecto nos brindará el reconocimiento CCEC® pero, además mejorará la calidad de nuestra atención, y muy particularmente la seguridad de nuestros pacientes.

¿SIRVEN LOS ESTANDARES DE CALIDAD SANITARIA (ECS) PARA ACERCARNOS A LOS CENTROS DISPERSOS?

DIEGO MOYA ALCOGER; XAVIER FARRUS ESTEBAN; MARTA TORRES MAGAN; MANUEL PLANA ALMUNI; RAFAEL MANZANERA LOPEZ.

MC MUTUAL// CATALUÑA

ID: 17125

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Plan de calidad sanitaria de MC Mutual, señala como un objetivo prioritario el de la Proximidad, teniendo en cuenta las características de los 88 centros ambulatorios distribuidos por todo el territorio en la gestión central, y siendo cercano a los profesionales sanitarios y gestores de primera línea. Los ECS facilitan esta labor.

El modelo se orienta a realizar un bechmarking entre centros, lo que favorece un aprendizaje continuo que permite la detección y estandarización de las mejores prácticas, ya que al definir criterios, medirlos, y garantizar su cumplimiento, y todo ello en forma documental y liderado por los propios centros (líderes clínicos y de gestión), disponemos de un elemento clave para disminuir la variabilidad en la práctica asistencial y evaluadora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar la mejora de la calidad asistencial a través de estándares de calidad sanitaria en centros ambulatorios de una mutua colaboradora con la seguridad social.

Metodología

Se han desarrollado 50 estándares de calidad sanitaria, de los que se han puesto en marcha 16 para inicio del proyecto, estándares que abarcan todas las dimensiones de la calidad sanitaria.

El desarrollo del modelo es progresivo, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia.

El modelo se elabora a partir de diferentes fuentes de información: indicadores tradicionales, auditoría de historias clínicas, auditoría presencial y método de auto declaración.

A partir de la puntuación obtenida, los líderes clínicos y de gestión, junto con el Referente de Calidad Sanitaria del centro, deberán elaborar un plan de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El cumplimiento global de los estándares ha mejorado en el 2022 respecto al 2021, 83% vs 85%. La mejora en el cumplimiento de algunos estándares se debe a la implantación de estrategias específicas. Así, se han realizado informes locales de cumplimiento de la historia clínica que evidencian una mejora en los registros. El registro de la conciliación de la medicación ha mejorado un 30% (45% vs 60%), también el registro de seguimiento de la actuación de fisioterapia que ha mejorado un 60% (55% vs 80%). La continuidad de las auditorías de los carros de emergencia y de respuesta a la RCP en forma de simulacros, han tenido un impacto positivo en cumplimiento de este estándar(90%vs100%).En los estándares con capacidad para mejorar de forma global, se definen actuaciones concretas como el incremento de la oferta formativa en radiología en 2023, ya que el estándar ha disminuido un 20% (76%vs 60%).

Conclusiones

La implantación del Modelo de ECS para centros ambulatorios aporta cultura de seguridad, medición sistemática y mejora continua en los procesos asistenciales y evaluador es de nuestra organización.

El uso de los resultados para cada centro, su análisis, la utilización de las herramientas de mejora de la calidad sanitaria diseñadas y su nueva medición constituyen el cierre en el ciclo de mejora continua, más cercano a la realidad de cada uno de los centros.

ACREDITACIÓN GEDA. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN URGENCIAS

JAVIER DIAZ GUISTADO; RAQUEL SILVESTRE NUÑEZ; ESTHER FERNANDEZ MARTIN; LAURA ELENA COTANO ABAD.
HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17216

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La creciente demanda de atención urgente por parte de la población general y el incremento en la prevalencia de pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas obliga a plantearse la necesidad de buscar alternativas a los modelos asistenciales vigentes que enfoquen la atención de este tipo de pacientes en unidades más específicas propiciando un abordaje integral del enfermo geriátrico.

La acreditación de los servicios de urgencias según los criterios del programa GEDA conlleva la implementación de actuaciones para mejorar la eficiencia de los cuidados teniendo en cuenta los deseos de los pacientes, la integración de procedimientos específicos para priorizarlos en la asistencia y la incorporación de profesionales especialistas en geriatría en los equipos de urgencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Obtener acreditación según los criterios de la Geriatrics Emergency Department Accreditation Program (GEDA).
- Mejorar la atención de los pacientes geriátricos en el servicio de urgencias hospitalarias.

Metodología

Se aspira a alcanzar el nivel 3 que se traduce en excelencia en el cuidado de personas mayores representado por una o más iniciativas geriátricas específicas que elevan el nivel de calidad asistencial y avala adaptación de las estructuras físicas destinadas a mejorar la atención.

Un grupo multidisciplinar define siete líneas estratégicas y a partir de las categorías definidas, se idean propuestas de mejora y se priorizan según su efectividad, eficiencia, factibilidad y aceptabilidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El proceso llevado a cabo para la acreditación de la GEDA además del reconocimiento culmina con:

Integración en la plantilla de urgencias de personal médico y de enfermería especialista en geriatría. Referentes con formación y capacidad formativa. Iniciativas recogidas en el Age-Friendly Health Systems Program. Definición de prácticas innecesarias, vías clínicas, circuitos rápidos. Indicadores específicos. Dotación de dispositivos para favorecer orientación, movilización y seguridad.

Conclusiones

Los servicios de urgencias adaptados para ofrecer una atención de calidad al paciente geriátrico brindan cuidados de excelencia, e incluyen intervenciones de enfermería dirigidas a evitar consecuencias graves en la población anciana. Para ello es necesario dar una cobertura que garantice atención de las necesidades clínicas, funcionales, sociales y mentales de los pacientes, considerando sus preferencias y las de sus allegados a través de un equipo multidisciplinar especialista en geriatría.

La acreditación GEDA reconoce aquellos centros que cumplen o exceden los estándares en el abordaje de las personas mayores que acuden a urgencias, validando la incorporación de iniciativas específicas de atención geriátrica.

AGILIZAR EL ANÁLISIS DE CONTEXTO Y VISUALIZAR EL ANÁLISIS ESTRATÉGICO SEGÚN LA NORMA ISO 9001:2015

CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ¹; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA¹; ANDREA ELIZABETH EGAS ZAMBRANO¹; ÁLVARO GALIANA MORÓN¹; ADOLFO GÓMEZ GRANDE¹; FRANCISCO RODRÍGUEZ GARCIA²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, ²ASECAL – CONSULTORA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17425

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde el Sistema General de Gestión de la Calidad se decidió facilitar el análisis del contexto y actualizar la herramienta de análisis empleada hasta el momento. El modelo de negocio de una empresa refleja las ideas de lo que quiere construir, es decir, recoge el contenido, la estructura y las acciones dirigidas a crear valor y aprovechar las oportunidades de negocio. Traducido al entorno sanitario el modelo de negocio refleja de qué manera la organización va a crear valor y aprovechar las oportunidades para dar una asistencia sanitaria de alta calidad (excelencia). Por otro lado, la metodología A3 en donde el propietario del problema debe seguir los distintos pasos hasta llegar a la implementación de una solución adecuada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Ofrecer una herramienta agile de análisis de contexto que visibilice los resultados del mismo mediante la adaptación del *Business Model Canvas* (BMC) originalmente propuesto por Osterwalder y Pigneur al entorno de la gestión de la calidad de una organización sanitaria. Los nueve puntos del modelo de negocio se adaptaron a: Tipos de pacientes, retorno de la inversión, procesos operativos, Flujo de pacientes, aporte de valor, partes interesadas, conservándose la relación con los clientes, la estructura de costes y los recursos.

Adoptando la filosofía del método A3 se adaptaron los pasos a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 se consideró como Antecedentes o definición del problema el análisis estratégico o DAFO que se representa en el lado izquierdo del A3, se analiza la Situación actual mediante el análisis del contexto con el BMC, se establecen los objetivos y las acciones de mejora además de un resumen del análisis causa raíz con los riesgos y oportunidades identificadas.

Generando de esta manera un documento de una sola página en el que se recogen todos sus elementos fundamentales, para dar respuesta a los requisitos de la norma ISO 9001 se asoció el análisis de contexto con un análisis DAFO visual y con los resultados de satisfacción de los clientes, los objetivos anuales del SGGC, las acciones de mejora derivadas del análisis y los riesgos y oportunidades más importante identificados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De esta manera, toda la información fundamental del SGGC de la institución es accesible y muy visual. La herramienta empleada como caso de uso del análisis de contexto del SGGC ha sido bien valorada por los auditores externos de la entidad certificadora de la institución. El 100% de los profesionales que respondieron a la encuesta manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con los formatos comunes del SGGC. No se han desarrollado hasta el momento ningún mecanismo para establecer valores de priorización de las áreas de mejora. Es una herramienta sencilla que permite una presentación ágil y una discusión adecuada durante las reuniones con los referentes de calidad de los servicios certificados y en la reunión de revisión del sistema por la dirección, permitiendo una actualización rápida.

IMPACTO DE LAS AUDITORIAS PRESENCIALES EN LA EVALUACIÓN DE REDES EUROPEAS DE REFERENCIA DE ENFERMEDADES RARAS

PATRICIA PALOMERA RUFO¹; IÑIGO DE ULIBARRI GROGIN¹; INES MARÍA ALONSO PORTO¹; MARTA SAINZ RUIZ¹; ALEJANDRO SAN NICOLÁS MEDINA²

¹IDOM, ²INSTITUTO DE EXCELENCIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17647

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las 24 Redes Europeas de Referencia (RER) son redes virtuales de unidades de referencia cuya misión es compartir el conocimiento para mejorar el acceso de los pacientes europeos con enfermedades raras a una atención especializada y de calidad. La Decisión 2014/287/EU establece la evaluación cada cinco años del rendimiento y contribución a la atención de los pacientes con enfermedades raras de las 24 RER y las 840 unidades (HCPs) que pertenecen a dichas redes.

La metodología de dicha evaluación incluye una autoevaluación por parte de los HCPs y una revisión documental y la realización de auditorías presenciales por parte de un equipo de evaluadores.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es conocer el impacto que ha tenido la realización de auditorías presenciales en 193 HCPs, seleccionados aleatoriamente, a través del análisis y comparación de los datos y resultados obtenidos antes y después de la auditoría.

Se ha seguido la siguiente metodología para la consecución de dicho objetivo:

- Selección aleatoria de 193 HCPs para la realización de una auditoría presencial
- Asignación de evaluadores para la realización de cada auditoría
- Formación a evaluadores y centros auditados
- Acompañamiento para la ejecución de las diferentes fases de la auditoría: revisión de historias clínicas, entrevista a profesionales y a pacientes.
- Recopilación y comparación de los resultados obtenidos antes y después de la auditoría
- Recopilación de comentarios y sugerencias por parte de evaluadores y HCPs a través de un cuestionario de satisfacción

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 38,38% del total de HCPs auditados (193) y 8,8% del total de HCPs evaluados (840) han mejorado su resultado a Satisfactorio tras la auditoría presencial.

En el 91,7% de las RER el número de HCPs auditados con resultado Satisfactorio ha mejorado tras la auditoría presencial.

Las áreas de "Atención centrada en el paciente" y "Calidad y seguridad" han mejorado la evaluación tras la auditoría con un incremento del 20,17% y 18,1%, respectivamente.

Más del 70% de los evaluadores y HCPs están satisfechos con la metodología y desarrollo de las auditorías presenciales

Las principales conclusiones obtenidas son:

El proceso de auditorías ha impactado positivamente en el resultado de la evaluación en aquellos HCPs auditados

El proceso de auditoría ayuda a comprender la situación de los centros y a evaluar de forma más efectiva las evidencias

El 36,9% de los elementos de medida deben ser revisados para adaptar la evidencia en el caso de no programarse auditoría Evaluadores y HCPs sugieren:

- Incrementar el tiempo de preparación para las auditorías.
- Evitar la barrera idiomática las entrevistas con pacientes y la revisión de historias clínicas.
- Solventar problemas éticos o de confidencialidad de pacientes durante la entrevista con pacientes y revisión de historias clínicas.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA "ATENCIÓN LÍQUIDA"

MARÍA JÓDAR REVERTE¹; LAURA CARRILLO LOPEZ²; ANA MARÍA MARTÍNEZ LAX²; MIGUEL ANGEL CONESA CARRILLO²; CRISTINA MARTINEZ GALERA²; GORKA SÁNCHEZ NANCLARES³

¹DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA. PROYECTO PHARAON,²SERVICIOS CENTRALES. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, ³SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14938

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro actual modelo sanitario, reactivo y presencial, compromete la sostenibilidad del sistema público de salud a causa del imparable envejecimiento de la población. El proyecto PHARAON, dentro del marco europeo Horizonte 2020 pretende, en este sentido, mejorar la vida de nuestros mayores en aspectos sociales o sanitarios a través de las nuevas tecnologías. El piloto se dirige a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, dada su alta prevalencia, morbimortalidad y alto coste, planteando la "atención líquida" como posible mejora, un modelo de atención proactivo, basado en signos objetivos predictivos de complicaciones y personalizado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar como la "atención líquida" mejora calidad de la asistencia sanitaria en usuarios con insuficiencia cardíaca.

Durante 12 meses participan 130 usuarios con insuficiencia cardíaca, los cuales tienen acceso a una aplicación móvil que recopila datos de varios dispositivos (báscula, tensiómetro, smartband y sensores de ambiente, presencia y consumo eléctrico). Se ha establecido un centro de tele-asistencia (call center) compuesto por cinco enfermeros especialistas en atención familiar y comunitaria, los cuales, pueden visualizar diariamente los datos recopilados y configurar alarmas personalizadas para detectar desviaciones en el estado de salud y hábitos de vida. En caso necesario, pueden intervenir de manera remota o con visitas domiciliarias y facilitar la comunicación con otros niveles asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde el comienzo se han llevado a cabo un total de 68 visitas domiciliarias a los pacientes cuya situación les impide desplazarse, tanto para formarlos en el proyecto como para evaluar sus necesidades. También hemos realizado 184 contactos telefónicos por el seguimiento de su patología, por alarmas generadas por su estado de salud y por incidencias relacionadas con las tecnologías.

Desde marzo que finalizó el periodo de formación de los participantes y la instalación de los dispositivos se han resuelto 52 incidencias relacionadas con su estado de salud, 35 (67,30%) de ellas asociadas a problemas de insuficiencia cardíaca y 17 (30,69%) a otras causas. En 21 (40,38%) ocasiones se ha derivado al paciente a su médico de atención primaria, 8 de las cuales han derivado en cambios en el tratamiento farmacológico. Además, se han realizado 2 (3,84%) derivaciones a servicios sociales y 29 (55,76%) han sido solventadas por el call-center, 6 de ellas con ajuste del tratamiento diurético.

Este nuevo modelo de asistencia sanitaria permite detectar de forma temprana desviaciones del estado de salud. Igualmente descongestiona los diferentes servicios sanitarios evitando visitas y consultas que pueden solventarse de forma remota y mejora la accesibilidad del paciente a los servicios sanitarios. La actuación del call-center evita las posibles desigualdades ocasionadas por la brecha digital generando así una situación de equidad.

PROYECTO eSalut: TRANSFORMACIÓN DIGITAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LOS RESULTADOS EN SALUD

MERITXELL DAVINS RIU; PATRICIA VALERO VALDELVIRA; PABLO ALEGRE CABRERA; JORDI TABOADA BERNAL; RUTH GUARCH GONZALEZ; MERCE BONJORN DALMAU

GERENCIA METROPOLITANA NORTE. GRUPO INVESTIGACIÓN INEDIT IGTP// CATALUÑA.

ID: 15231

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El proyecto representa un cambio de paradigma en el cuidado de todas las enfermedades, donde la tecnología de telemedicina es el medio para mejorar la experiencia del usuario y los resultados de salud. Es necesario un nuevo modelo asistencial con una reingeniería de los procesos para poder mantener la calidad y seguridad asistencial

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Aumentar los resultados de Salud (PROMS) y la calidad de vida de los pacientes y cuidadores
- Incrementar la Eficiencia, la Calidad y la Seguridad del sistema sanitario
- Mejorar la experiencia de los pacientes (PREMS)

Material o Métodos

Proyecto innovador centrado en el paciente que realiza una transformación del modelo asistencial a través tres pilares: Telemonitorización, Empoderamiento del paciente y Comunicación. Se lleva a cabo una reingeniería del proceso para su implementación, con enfoque masivo pero totalmente personalizado gracias a una biblioteca con más de 400 formularios, 450 consejos, 49 ejercicios y 20 retos. La ejecución e implementación se basan en una metodología específica para cada caso de uso, que consta de tres fases: definición y reingeniería del proceso, construcción e implementación/evaluación. Las reuniones se realizan utilizando la metodología Agile. La evaluación abarca aspectos clínicos, eficiencia del sistema y experiencia del paciente. Los resultados clínicos varían según cada caso de uso, mientras que la eficiencia del sistema se evalúa mediante ahorro de visitas, reducción de ingresos hospitalarios, disminución de cirugías, entre otros indicadores. La evaluación de la experiencia del paciente se realiza de manera cuantitativa y cualitativa utilizando la escala uMARS, y se busca una mejora continua a través de la evaluación de diferentes indicadores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Desde su inicio a finales de 2020, el proyecto ha contado con la participación de 70 profesionales en 24 casos de uso, abarcando áreas como cirugía cardíaca, neoplasia colorrectal, prótesis de rodilla, hospitalización a domicilio, ictus, VIH, entre otros. Se están desarrollando otros 20 casos de uso adicionales. Actualmente, 440 pacientes utilizan el nuevo modelo asistencial. El proyecto promueve la medicina preventiva y anticipativa, así como el triaje de las visitas. Los resultados de la experiencia del paciente muestran una puntuación media objetiva de 4.08 sobre 5 según la escala uMARS, destacando la funcionalidad con la puntuación más alta y la información con una alta credibilidad de 4.9 sobre 5.

Conclusiones

eSalut es un macro proyecto de transformación digital en la asistencia sanitaria que involucra a todos los actores y aborda numerosos casos de uso. Se utiliza una única aplicación adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. Donde la evaluación y la mejora continua es su base fundamental gracias a los PREMS i los PROMS. Debemos realizar la transformación de la asistencia y evaluarla para conseguir tener una sanidad puntera y la mejor experiencia de paciente posible.

BENEFICIOS DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL EN EL PACIENTE OFTALMOLÓGICO. TRES AÑOS DE APLICACIÓN ININTERRUMPIDA

DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ¹; JAVIER SORNICHERO MARTÍNEZ¹; JOSÉ MARÍA LÓPEZ LÓPEZ¹; SARA SÁNCHEZ LÓPEZ²; IGNACIO LOZANOGARCIA¹; ALBA GARCÍA MARCO¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15332

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID-19 provocó un cierre casi total tanto en consultas de atención primaria como de especializada. Aumentó el número de pacientes en espera, el tiempo de demora y las pérdidas de seguimiento. En nuestro servicio de oftalmología apostamos por un modelo de Interconsulta No Presencial de Atención Primaria (INPAP) así como Interconsultas de Propio Servicio (ITCPS) para mantener la asistencia a pesar de las restricciones. El modelo también ha permitido establecer un sistema de control y derivación evitando dobles visitas, reduciendo el volumen de pacientes por agenda y brindando una mejor calidad asistencial hasta el día de hoy.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En abril de 2020 se le propuso a atención primaria que nos realizaran INPAPs para las consultas oftalmológicas. El servicio de informática de nuestro hospital nos dio acceso remoto al programa de gestión de pacientes usado en el hospital (SELENE). De esta manera, consultábamos diariamente las peticiones realizadas desde primaria emitiendo una respuesta. Se elaboraron criterios clínicos de derivación, que fueron transmitidos a todos los centros de salud de Cartagena, así como la información necesaria que debía adjuntarse en cada petición. Todas las peticiones son respondidas por un oftalmólogo, que determina si la cita presencial está justificada o no, y en caso de estarlo establece dónde y cuándo debe ser citado en función de la prioridad. Hay distintas respuestas posibles a las INPAPs:

- Requerimiento de más información para responder: La información aportada es insuficiente para emitir una respuesta adecuada a la petición.
- Proponer directamente un tratamiento: se especifica el tratamiento y posología, así como qué hacer en caso de que dicho tratamiento no resulte efectivo.
- Cita no justificada: cuando la petición no cumple ningún criterio de cita presencial, explicando detalladamente los motivos.
- Cita presencial en consultas de cupo: Se da cita presencial en un lapso de tiempo especificado por el propio oftalmólogo en consulta de oftalmología general (ambulatorio).

Cita presencial en consultas especializadas: Si el motivo de consulta es lo suficientemente específico como para que no pueda ser resuelto en las consultas de cupo, se le cita directamente en la sección correspondiente del servicio en consultas del Hospital directamente, sin necesidad de pasar previamente por el ambulatorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Solo con la aplicación de este modelo se redujo el volumen medio mensual de pacientes en espera un 82% con respecto a las cifras previas a la pandemia, pasando de 3144 pacientes al mes en 2019 a 565 en 2023. El tiempo medio de espera también se redujo en un 77'38%, de 77'6 días en 2019 a 17'6 en 2023. El modelo de INPAP mejora la eficiencia en la gestión del paciente oftalmológico, siempre y cuando dicho modelo este apoyado en protocolos bien estructurados y sólidos criterios de derivación que faciliten una correcta toma de decisiones.

EL "MANCHESTER" JUEGA EN UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL CAMPO DE MADRID

RAQUEL ABEJÓN MARTÍN¹; ZITA QUINTELA GONZALEZ¹; ANGEL BERMEJO RODRIGUEZ¹; PATRICIA FERNÁN PÉREZ²; MARIO MARTÍN GONZÁLEZ³; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS¹

¹SUMMA112, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, ³ONT// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17192

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Pandemia COVID19 supuso una transformación disruptiva en instituciones y en roles de profesionales sanitarios.

Nuestro Centro Coordinador de Urgencias (SCU) recibió del 9 al 31/03/2020 unas 86.000 llamadas, 75.000 relacionadas con la COVID19 estando al borde de la saturación. Se evidenció la necesidad de desarrollar nuevos roles profesionales como la incorporación de las enfermeras coordinadoras a la atención a la demanda garantizando la seguridad del paciente (SP) y la calidad mediante una herramienta adaptada y validada

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Garantizar la resolución de la demanda con la incorporación de las enfermeras SCU dentro de un proceso estructurado garantizando la SP, efectividad de la asistencia, la eficiencia y la mejora continua

Metodología

Grupo de trabajo: equipo directivo (ED) y enfermeras coordinadoras.

FASE (F) SELECCIÓN DE HERRAMIENTA: Revisión bibliográfica de modelos de gestión telefónica Definición requisitos. Selección del Triaje Telefónico Manchester (TTM)

F. CONSTITUCIÓN DE GRUPO DIRECTOR (GD) Y CRONOGRAMA: Incluía miembros ED, supervisores, enfermeras, médicos. Inicio de reuniones con el Grupo de TM (Español y Portugués) para adherirnos a los estándares internacionales.

F. ADAPTACION A NUESTRO MEDIO: Grupo de trabajo multiprofesional con informáticos. Diseño de la herramienta informática para aplicación del triaje y su registro.

F. FORMACION Y DIVULGACION DE LA HERRAMIENTA: Talleres para formar instructores, enfermeras y auditores.

F. IMPLANTACION: Se inicia la implantación y las auditorías en noviembre del año 2021.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Más de 130 enfermeras se formaron a través de instructores y 8 miembros del equipo de trabajo fueron formados como auditores

De enero a diciembre del año 2022 las enfermeras de la Mesa de Coordinación han atendido 200000 incidentes (21,88% del total del SCU) utilizando el TTM. Los datos de resolución no difieren de los de los médicos coordinadores.

Motivo de consulta más frecuente: "Adulto con MEG" (32,1%) y menos: "Problemas en las extremidades" (1,9%) Al 27,7% de los casos se les asignó prioridad emergente, al 40,6% urgente y al 31,7 urgente demorable.

Resolución más frecuente: "Consejo Sanitario" (43,9%) y la "Asignación de recurso/acudir al hospital por sus medios" (20,37%).

Recurso más propuesto: SVB (35,96%).

En las más de 700 auditorías realizadas no se han evidenciado incidentes adversos en la utilización del TTM. Los datos de resolución no difieren con los de los médicos reguladores.

Conclusiones

La implantación del TTM ha supuesto la incorporación de un nuevo perfil profesional para dar adecuada respuesta a la demanda asistencial preparando la organización ante contingencias futuras.

Se evidencia la robustez, seguridad y efectividad y mejora continua del sistema implantado a través de las auditorías La participación de los propios profesionales facilita la implantación y formación.

Los buenos resultados y la experiencia en la implantación facilita la exportabilidad en otros ámbitos.

METODOLOGÍA LEAN APLICADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE NUEVA CONSTRUCCIÓN: PRE-, DURANTE Y POST-APERTURA

ROSA M^a SABATER-RAGA; ELOÍSA MICÓ-REYES; LAURA LAHUERTA-VALLS; LAIA CRUELLS-FRANCISCO; LOURDES GABARRÓ-JULIÀ; ANDREU ALOY-DUCH

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17192

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El servicio de urgencias hospitalario (SUH) es una de los principales dispositivos sanitarios de entrada de pacientes con patologías complejas, agudas, graves o leves. Esta variabilidad dificulta, en ocasiones, realizar una atención diagnóstico-terapéutica correcta.

El Lean Healthcare es una metodología de mejora que pretende dar valor a los pacientes, disminuyendo las actividades ineficientes de los procesos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos.

Describir las acciones de mejora implementadas con la metodología LEAN en los procesos asistenciales durante la preparación, traslado y post-apertura de un nuevo servicio de urgencias construido en un hospital general de referencia, para conseguir una organización más transversal, participativa, empoderada y corresponsable de los profesionales, con una mejora de los indicadores de calidad y de la experiencia del paciente en el centro.

Metodología

La implementación de la metodología LEAN fue dirigida por la Dirección de Calidad y Planificación. Características:

- Núcleo LEAN líder: mandos de urgencias (URG), traumatología (COT), cirugía (CIR), pediatría (PEDIA), y direcciones (médica, enfermería, clientes y calidad).
- Equipos LEAN interdisciplinarios y mixtos: médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos.
- Áreas de intervención: médica, COT, CIR, PEDIA, psiquiatría, obstetricia, medicina intensiva, radiología, farmacia y laboratorio.
- Equipos de soporte: mantenimiento, servicios generales y compras.

Los equipos LEAN definieron nuevos procesos y circuitos. Las áreas de mejora se categorizaron en: 1., aquellas de resolución no inmediata y demorable del SUH; y, 2., resolución inmediata e imprescindible.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- En septiembre-2023 se crearon 8 equipos LEAN de profesionales de base. Se realizaron mínimo de dos sesiones por equipo de 5 h de duración (80 h en total) en donde se detectaron 176 posibles acciones de mejora globales, de las que eran inmediatas e imprescindibles 120 (67%) resolviéndose 115 (96%); y se demoraron post-apertura 56 (31%) o "no inmediatas".
- Se realizaron 23 visitas formativas guiadas de 1 h con los profesionales expertos de cada área, y 10 sesiones formativas de 2 h sobre circuitos y equipamientos; con un total de 43 horas.
- Se realizaron visitas con 25 pacientes antes de la apertura, para evaluar los circuitos y la estructura.
- El traslado se organizó aplicando un A3 y diagrama de flujo; y post-apertura se realizan 2 reuniones semanales
- interdisciplinarios.
- El LEAN se materializó en un Programa Estratégico Funcional del SUH y en la Normativa de triaje.

Conclusiones

Con la aplicación de la metodología LEAN, se da valor al trabajo en equipo y se objetiva la capacidad de los diferentes grupos de trabajo para llegar a un consenso consiguiendo el objetivo común.

Los profesionales pudieron expresar sus opiniones y la aportación, tanto en la detección de problemas como en la búsqueda de las posibles acciones de mejora a realizar, fue básica para conseguir una exitosa apertura del nuevo servicio de urgencias.

PUNTO ENCUENTRO PRIMARIA

ANA BELÉN RAMÍREZ PUERTA; SONIA RUA SANZ; JUAN ANTONIO SARRIÓN BRAVO; MAURICIO SAINZ-MAZA APARICIO; GEMA VAZQUEZ SALADO; IGNACIO SEVILLA MACHUCA

GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17339

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) es consciente de la necesidad de innovar y mejorar la comunicación interna y avanzar en otros modelos de difusión de información entre los profesionales asistenciales y otros agentes de la institución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Crear un espacio compartido para los profesionales, PUNTO DE ENCUENTRO PRIMARIA, donde los profesionales de la GAAP puedan intercambiar experiencias, trasladar proyectos puestos en marcha, compartir píldoras formativas y así crear un espacio con contenidos de cuidado al profesional.

Se crea un comité científico y organizador para el diseño y planificación del espacio: profesionales asistenciales, técnicos, directivos y del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAAP. Se definen 4 temáticas principales para los contenidos: proyectos/experiencias profesionales, píldoras formativas, cuidar al profesional y gestión del tiempo.

Se programan sesiones (webinarios) para emitir en directo mediante la plataforma Zoom, dirigidas a todos los profesionales de la organización: asistenciales y gestión, sanitarios y no sanitarios. Éstas se realizan en formato entrevista: preguntas/ respuestas planteadas al invitado por un moderador (técnico de la GAAP) previamente puestas en común, con un enfoque dinámico e informal. Se inician con una planificación semanal (miércoles), de 14 -15 horas (primeros 30 minutos para la entrevista y resto para resolver dudas de los asistentes).

Se dispone al uso de los profesionales un destacado en la intranet de la GAAP, informando de la programación: fecha, título y ponente; y se habilita un acceso a los directos. Antes de cada sesión se difunde un recordatorio por correo corporativo a todos los profesionales y salta una ventana emergente informativa (PopUp) al encender los ordenadores, de centros de salud y servicios centrales, 2 días previos a la sesión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El PUNTO DE ENCUENTRO PRIMARIA comienza su andadura el 15 de junio de 2022 con un descanso estival, retomando su actividad en el mes de septiembre.

Durante el primer año hemos realizado una total de 15 sesiones (8 en 2022 y 7 en 2023). Con 1361 puntos de conexión, 44909 minutos de conexión totales, un promedio en la duración de las sesiones de 52 minutos, y con un total de 185 preguntas formuladas por los asistentes. Las visitas realizadas en la intranet del destacado han sido más de 10.000. Se presentarán datos de descargas de videos y podcast en el congreso.

Este proyecto ha despertado interés tanto a profesionales como a invitados y ha resultado innovador por su formato entrevista, videos y podcast que permiten su descarga y visualización de forma asíncrona.

La GAAP es consciente de la dificultad que tienen los profesionales para conectarse a los directos cada semana, por ello se decide modificar la periodicidad y hacer sesiones mensuales.

Se habilita un buzón de sugerencias en intranet para propuestas de mejora y nuevos contenidos. Se plantea la necesidad de hacer evaluaciones breves a los asistentes.

IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ASISTENCIALES INTEGRADAS CENTRADAS EN LA PERSONA Y HABILITADAS DIGITALMENTE - JADECARE

YHASMINE HAMU

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD BIOSISTEMAK// PAÍS VASCO

ID: 17600

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población, junto con la creciente incidencia de enfermedades crónicas y la multimorbilidad, incrementan la necesidad de una asistencia sanitaria personalizada más completa y eficiente basada en soluciones innovadoras. Es por ello que resulta tan necesario llevar a cabo una transformación de los sistemas sanitarios en Europa que incluya el diseño, desarrollo e implementación de soluciones digitales innovadoras, que garanticen la sostenibilidad de los sistemas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En este marco, JADECARE, "Joint Action on digitally enabled integrated person-centered care" Acción Conjunta financiada por la UE, (1 octubre 2020-30 septiembre 2023) tiene como objetivo contribuir a desarrollar sistemas sanitarios innovadores, eficientes y sostenibles. Aporta la experiencia para emprender reformas de los sistemas sanitarios abordando la transferencia y adopción de cuatro "Buenas Prácticas originales" (BBPP) exitosas a otros 21 entornos de "Próximos Adoptantes" (PAs).

Las cuatro BBPP transferidas refieren conceptos de atención integrada, condiciones crónicas, multimorbilidad, fragilidad y necesidades complejas, autocuidado, prevención y salud poblacional, enfermedad y gestión de casos.

Para la transferencia de las BBPP se ha diseñado y empleado una estrategia de implementación de tres fases: Pre- implementación (planificación y preparación), Implementación (puesta en marcha y funcionamiento, basada en los ciclos PDSA (Planificar, Hacer, Analizar, Actuar)) y Post-implementación (evaluación de impacto y aprendizaje).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El reto de JADECARE es transferir las innovaciones que han demostrado tener éxito a entornos de salud heterogéneos y complejos adaptando las prácticas a transferir a las necesidades locales, la situación, las capacidades, los recursos, los planes, las estrategias y las implementaciones existentes en los contextos de los PAs de 16 países europeos.

Durante la pre-implementación, los 21 PAs identificaron más de 150 necesidades y definieron 64 intervenciones y planes de acción que han beneficiado a más de 4 millones de habitantes. En la fase de implementación los PAs han completado dos ciclos PDSA y organizado diez talleres temáticos para intercambiar conocimientos y experiencias sobre el proceso de transferencia. La fase de post-implementación sirve para recopilar y analizar la información sobre el proceso de implementación y los resultados mediante la metodología CFIR y las directrices SQUIRE 2.0, respectivamente.

JADECARE impacta en los sistemas sanitarios europeos al implementar soluciones innovadoras de asistencia digital integrada y contribuir a cambiar el modelo de prestación de asistencia sanitaria. Sienta las bases para implantar la atención integrada a gran escala proporcionando conocimientos para transferir experiencias de éxito y crear prácticas innovadoras y adaptadas. Esto también beneficia a los profesionales sanitarios, los pacientes, los cuidadores, la población en general, las autoridades sanitarias y el sector industrial.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL SISTEMA SANITARIO DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

GLORIA OLIVA OLIVA¹; LAURA NAVARRO VILA²; ROSER BOSSER GIRALT²; PILAR ASTIER PEÑA³; MONTSE GENS BARBERÀ³; MANEL RABANAL TORNERO¹

¹DEPARTAMENT DE SALUT. ²SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA CALIDAD Y LA BIOÉTICA. DEPARTAMENT DE SALUT, ³GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 18349

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En un contexto como el sanitario, cada vez se hace más necesario incorporar la experiencia del paciente y darle la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan a su salud y bienestar.

La experiencia del paciente no es hacer al paciente feliz, sino hacer lo que es correcto para el paciente. Significa poner al paciente primero y ello quiere decir, seguridad del paciente, cuidado de alta calidad, satisfacción y cuidado de alto valor.

En nuestra CCAA empezamos a trabajar a finales del 2022 en el desarrollo de un nuevo Plan estratégico de Calidad y Seguridad del Paciente, en el que entre sus líneas estratégicas se quería incorporar la experiencia del paciente y la participación ciudadana para favorecer una atención sanitaria más segura y de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue conocer la opinión y la experiencia del paciente en relación a la atención sanitaria recibida en el último año en la CCAA.

Metodología: se seleccionó el cuestionario (PREOS-PC), validado en nuestra CCAA, y se adaptó para el ámbito público y privado. El acceso a la encuesta se realizó a través del portal de participación ciudadana de la CCAA durante todo el mes de enero de 2023.

La encuesta recogía datos demográficos, frecuencia de uso, autopercepción del estado de salud, comunicación con los profesionales, tipos de problemas de seguridad sufridos, impacto del daño sufrido, valoración global de la seguridad de la asistencia. Además, se preguntaba qué se hace bien para garantizar su seguridad, qué propuestas para mejorarla y de qué forma pueden los pacientes participar en la mejora de la calidad de la atención recibida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron un total de 342 respuestas de pacientes. La mayoría fueron mujeres entre 31-59 años, con una salud entre buena-normal (62%) que realizaban entre 1-5 visitas (54%) en el último año. En general, los profesionales estaban disponibles entre a menudo-a veces (62%) pero no siempre informaban de posibles efectos secundarios de los medicamentos y casi nunca animaban a hablar de las preocupaciones de los pacientes. En relación a los problemas padecidos durante la asistencia, un 41% fue por el diagnóstico, un 13% por medicación y un 12% por pruebas analíticas. Un 37% manifestó padecer algún daño físico y mental en un 30%. Globalmente, la seguridad de su asistencia fue valorada en un 6,2 con una mediana de 8 (0-10).

Conclusiones:

Los pacientes destacaron qué se hace bien: el trato amable, la calidad técnica de la atención, la escucha activa y la accesibilidad de la información de salud a través de la aplicación sanitaria de la CCAA.

Entre las mejoras que solicitaron los pacientes destaca mejorar la accesibilidad de las citas en primaria y con otros niveles asistenciales, también de las pruebas e intervenciones. Otras mejoras a realizar fueron la falta de tiempo para la atención del paciente y más información del proceso asistencial.

Valoraron muy positivamente que se les preguntara sobre su experiencia.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPULSANDO POLÍTICAS PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

CLARA PAREJA ROSSELL¹; GLORIA OLIVA OLIVA²; JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ²; ROSER BOSSER GIRALT²; PILAR ASTIER PEÑA³; MONTSE GENS BARBERÀ³

¹DEPARTAMENT DE SALUT., ²SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA CALIDAD Y LA BIOÉTICA. DEPARTAMENT DE SALUT., ³GERÈNCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 18350

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Departamento de salud (DS) del territorio vela por la calidad y la seguridad del paciente (CySP) de las organizaciones sanitarias (OOSS). Cuenta con un marco normativo de tres pilares: 1) requisitos de CySP para la autorización de apertura de centros sanitarios; 2) modelos de acreditación de hospitales de agudos y de primaria y 3) indicadores de seguridad del paciente vinculados al contrato de gestión con la autoridad sanitaria.

En 2022 el DS inicia el análisis y el diagnóstico estratégico de la CySP en su sistema sanitario para elaborar un plan que guie sus actuaciones y su evaluación y mejora. Paralelamente, inicia un proceso de innovación tecnológica con el diseño de una plataforma de seguridad del paciente (PSP), para facilitar el proceso de monitorización y planificación de la CySP en el territorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir el proceso de elaboración del Plan de CySP en un territorio y alinearlo con el diseño de herramientas para la mejora continua y el aprendizaje de las OOSS.

Metodología

Se crea un grupo de trabajo con profesionales del DS y expertos en calidad. Se define la misión, visión y valores y se procede a un análisis con 4 perspectivas: actividades realizadas desde el DS, profesionales de OOSS, ciudadanía y pacientes y revisión de otros planes nacionales e internacionales.

Se realiza un análisis DAFO y un análisis estratégico a través de un CAME.

El proceso de elaboración ha contado con dos rondas de revisión y participación de los profesionales y una socialización entre los profesionales que trabajan en CySP del territorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Este plan ha contado con la participación de más de 100 profesionales de OOSS. Cuenta con 8 líneas estratégicas, 27 objetivos estratégicos y 134 acciones. La línea 1 se orienta a diseñar políticas y estrategias para promover la CySP; la 2 a promover el liderazgo, la cultura y la participación de los profesionales; la 3 impulsa el desarrollo de políticas de CySP por medio de modelos y herramientas tecnológicas. La 4 se orienta a la evaluación de las estrategias y los resultados de la atención sanitaria para promover la mejora continua y el aprendizaje. La 5 a generar y compartir conocimiento e impulsar la investigación y la innovación en CySP. La 6 a comunicar y difundir la política, las estrategias y los resultados en CySP. La 7 a establecer alianzas y potenciar el trabajo en red a nivel nacional e internacional. Finalmente, la 8 quiere incorporar la experiencia del paciente y promover la participación de la ciudadanía. El plan se desplegará con el soporte de la PSP, que actualmente ofrece a los proveedores un sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente y una aplicación de listas de verificación para garantizar la seguridad del entorno asistencial.

El Plan guiará al DS en el despliegue, evaluación y mejora de sus funciones y en su actualización tecnológica para facilitar a las OOSS un proceso de mejora continua de la atención sanitaria a la ciudadanía.

VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD ANALÍTICA DE LOS RESULTADOS ENTRE DOS ANALIZADORES TRAS RENOVACIÓN TECNOLÓGICA

PABLO GARCÍA HERNÁNDEZ; ADELA CORTÉS GIMENEZ-CORAL; MARTA VALLE GARCIA; SARA CARRERA QUIROGA; JOSE ANTONIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ; MARIA BEGOÑA ÁLVAREZ MUÑOZ

FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 14893

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En nuestro centro se procedió a sustituir el analizador Cobas 6000© (Roche diagnostics) por un analizador Cobas Pro© por renovación tecnológica. Pese a que el cambio de equipos pertenecientes al mismo fabricante no suponía un cambio en los fundamentos metodológicos, se cambió la formulación de algunos reactivos. Fue necesario verificar según la norma

ISO-15189 la veracidad de los resultados obtenidos entre ambos equipos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Realizar un análisis estadístico de intercomparación para asegurar la transferibilidad y calidad de datos analíticos, conforme a los documentos elaborados por la Comisión de Metrología de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio.

Durante 9 días consecutivos se analizaron en paralelo muestras de pacientes en el Cobas 6000© y seguidamente en el Cobas Pro©. Se analizaron un total de 53 marcadores con un total de 20 a 50 muestras para cada marcador, con resultados distribuidos a lo largo del rango de normalidad de cada uno de ellos.

El análisis de datos se realizó mediante análisis de regresión Passing-Bablok con el programa estadístico Medcalc©. Así mismo se evaluó la concordancia de los datos mediante análisis de diferencias de Bland-Altman

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A continuación, se describe para los marcadores solicitados con mayor frecuencia los intervalos de confianza 95% de los estadísticos Intercept A y Slope B:

Analito	Intercept A	Slope B	Analito	Intercept A	Slope B
Glucosa	-2,00 a 0,82	0,97 a 1,00	GGT	-1,00 a 0,05	0,95 a 1,00
Urea	-0,75 a 0,00	1,00 a 1,02	Calcio	-0,22 a 1,18	0,87 a 1,02
Creatinina	-0,02 a 0,05	0,92 a 1,00	PCR	0,00 a 0,16	0,94 a 1,00
Sodio	-13,95 a 15,71	0,89 a 1,10	Ferritina	-1,11 a 0,48	0,98 a 1,01
Potasio	-0,12 a 0,06	0,98 a 1,02	Folato	-0,08 a 0,78	0,98 a 1,16
Bilirrubina	-0,02 a 0,04	1,00 a 1,16	Vitamina B12 *	39,85 a 72,00 *	1,00 a 1,09
Albúmina	-0,13 a 0,23	0,92 a 1,00	CEA	-0,06 a 0,58	0,84 a 1,08
Amilasa	-3,00 a 1,77	0,93 a 1,00	Procalcitonina	-0,01 a 0,00	0,95 a 1,01
AST	-2,00 a 0,70	0,84 a 1,00	TSH	-0,06 a 0,04	0,96 a 1,01
ALT *	-1,00 a 0,00	0,82 a 0,89 *	Vitamina D	-0,81 a 1,31	0,90 a 1,00
ALP	-1,85 a 2,00	1,00 a 1,06			

La regresión de Passing-Bablok indica que no existen diferencias sistemáticas si el Intercept A incluye en su intervalo el valor 0; así mismo, indica que no existen diferencias proporcionales si el intervalo del Slope B incluye el valor 1.

Únicamente la ALT mostró diferencias proporcionales debido a un cambio en la formulación del reactivo (activación con piridoxal fosfato en el Cobas Pro©).

Por su parte, la vitamina B12 mostró diferencias sistemáticas. Dicha técnica emplea un método de detección basada en procedimientos inmunológicos, donde es frecuente observar cambios asociados a la formulación de los anticuerpos monoclonales que intervienen en la reacción, recociendo una región diferente del analito.

Se pueden aceptar la intercambiabilidad de los resultados y aceptar por tanto la transferibilidad entre ambos analizadores, excepto para la ALT y vitamina B12. Para dichos marcadores, se procedió a actualizar los valores de referencia y realizar una notificación a los clínicos peticionarios.

ALGORITMO DE PROGRAMACIÓN AUTOMÁTICA DE PACIENTES PARA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

ADRIÁN GARCÍA ROMERO; ALEJANDRA ABAD GONZÁLEZ; MÓNICA PLAZA OCHOA; PALOMA SANTOS ÁLVAREZ.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15007

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El ámbito quirúrgico de un hospital es uno de los entornos más complejos y difíciles de gestionar del centro. El mayor desafío si hablamos de Calidad Asistencial, suele ser el relacionado con la programación quirúrgica. Decidir qué pacientes entran en qué quirófano qué día tiene enormes implicaciones sobre dos aspectos básicos: la ocupación del recurso quirófano y la lista de espera quirúrgica. La primera determina cuanto de eficiente es el área quirúrgica, debido a que gran parte de los costes de la misma son fijos por mantener el quirófano disponible e independiente del número de intervenciones que se realicen en el mismo (Por ejemplo, disponibilidad de personal y estilización de la instalación). La gestión de la segunda es vital para asegurar la correcta accesibilidad y calidad del sistema, ya que determina los tiempos de espera para diferentes prioridades (oncológica, preferente, normal), servicios y patologías.

Realizar una correcta programación quirúrgica requiere equilibrar cuidadosamente muchos parámetros (tiempos de intervención, material necesario, cualificación del personal, posibles suspensiones de última hora, días de espera de los pacientes, etc.) lo que sobrecarga al personal responsable de la tarea y hace complicado encontrar una solución óptima al problema (Aquella que maximiza la ocupación y a la vez minimiza la lista de espera teniendo en cuenta todas las restricciones comentadas).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar un paquete de algoritmos que, utilizando técnicas estadísticas y de inteligencia artificial, ayude a optimizar la programación quirúrgica. La idea principal es dejar a la decisión humana la programación de aquellas intervenciones de mayor complejidad o delicadeza (oncológicas, procedimientos poco comunes, etc.) de forma que el algoritmo rellene el resto del tiempo de quirófano maximizando la ocupación y minimizando la espera mientras cumple todas las restricciones de personal, equipamiento y procedimientos inherentes al ámbito quirúrgico. Además, estos algoritmos permiten automatizar otra serie de tareas como por ejemplo encontrar un paciente 'similar' a otro para poder realizar una sustitución de última hora si fuese necesaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El despliegue del sistema se ha apoyado en la herramienta de programación quirúrgica desarrollada previamente dentro del Hospital Universitario del Sureste. Se ha realizado un piloto en colaboración con el servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo que ha permitido aumentar la ocupación quirúrgica a la vez que se han reducido las suspensiones por falta de tiempo. Esto último es debido a que el principal problema del servicio previamente a la implantación era la sobreprogramación de los recursos. Además, se ha mejorado de manera importante la eficiencia en periodos vacacionales, en los que la persona que realiza usualmente la tarea debe delegarla en profesionales con menos experiencia en la misma.

INFOGRAFÍAS Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MARIA ISABEL GARCIA CORBALAN; DOLORES BETETA FERNANDEZ; ARTURO PEREDA MAS; MANUEL BAEZA MIRETE; PEDRO SOLER GALLEGO; JAVIER INIESTA ALCAZAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15596

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La normalización de los cuidados es el primer paso para implantar un sistema de Calidad Asistencial. Necesitamos cuidados homogéneos, para lo cual es vital la implicación de los profesionales y que la organización proporcione las herramientas adecuadas, que aseguren el desarrollo y posterior acceso a estos procedimientos normalizados. La rápida evolución de los avances tecnológicos está provocando un desarrollo a dos velocidades diferentes en el ámbito personal y laboral.

En nuestro día a día nos hemos acostumbrado a tener acceso a información de manera inmediata, lo que provoca que el concepto de consulta de protocolos en papel para aplicar cuidados haya quedado superado. Desde nuestro hospital se plantea un proyecto bottom up para normalizar los cuidados, partiendo del diseño de equipos de trabajo entre los profesionales asistenciales y terminado siendo validados por los órganos Directivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos:

1. Reducir la variabilidad de los cuidados proporcionados en un hospital de tercer nivel.
2. Implantar un sistema de mejora de la Calidad asistencial.

Material y métodos:

Desde la Supervisión de Área de Hospitalización y la Unidad de Calidad Asistencial se coordinó un equipo con múltiples grupos de trabajo.

En el inicio del proyecto se definieron los procedimientos que iban a ser normalizados. Estos se distribuyeron entre las diferentes unidades asistenciales de los tres bloques de hospitalización y se creó un grupo de trabajo para cada procedimiento. Posteriormente estos procedimientos se envían a la Unidad de Calidad para detectar posibles errores y adaptarlos a un formato común para publicar en la intranet.

En una segunda fase del proyecto, en la Unidad de Calidad se crea un flujograma que facilite la consulta de manera más visual. En la tercera fase, el grupo coordinador del proyecto, junto a una diseñadora gráfica, ha generado un repositorio de iconos y una estructura institucional para elaborar infografías a partir de estos procedimientos normalizados.

El Proyecto tiene una cuarta fase, aún en desarrollo que buscará facilitar el acceso a estos PNT a través de dispositivos móviles

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han creado 104 PNT elaborados por equipos de trabajo de 34 Unidades Asistenciales diferentes y estamos desarrollando las infografías de todos ellos.

El proyecto está en desarrollo y aún no tenemos resultados en la normalización de cuidados que buscamos. Sin embargo, sí que podemos afirmar que el elegir una estrategia bottom up ha generado una mayor implicación y un aumento de participación por parte de los trabajadores y una mejoría evidente en la comunicación entre los niveles asistenciales y gestores de nuestra organización.

IMPLANTACIÓN DE LA TELERREHABILITACIÓN EN UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

MONICA RODRIGUEZ BAGO¹; JOSE MIGUEL MARTINEZ MARTINEZ¹; EMILI MOLINA VEGA¹; MARIA TERESA SAMPERE VALERO¹; XAVIER FARRUS ESTEBAN¹; ELENA RONDA PEREZ²

¹MC MUTUAL// CATALUÑA

²UNIVERSIDAD DE ALICANTE// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17183

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La emergencia sanitaria impulsó la adaptación de los centros asistenciales al uso de programas de seguimiento de tratamiento de fisioterapia a distancia. Esta adaptación implicó el uso de tratamientos combinados centro-domicilio usando plataformas digitales u otros recursos telemáticos. Tras la fase inicial de la pandemia se realizó un estudio para valorar la implantación de dicha tecnología en nuestra organización y, a finales de 2021, se decidió implantar la tele rehabilitación en toda la organización.

OBJETIVOS y Metodología

Objetivo

Evaluar la diferencia en el número de sesiones presenciales y la duración de la IT según se realice tratamiento combinado centro-domicilio mediante tele rehabilitación usando una plataforma digital o tratamiento totalmente presencial.

Metodología

Se realizó un diseño pre-post en un centro de una mutua colaboradora con la seguridad social. Se comparó el periodo Enero- Septiembre 2022 (tratamiento con tele rehabilitación) versus el periodo 2018 (tratamiento totalmente presencial). Se analizan procesos por contingencia profesional según diagnóstico de Lumbalgia (CIE9: 847.2, 846.0, 724.2), Latigazo Cervical (CIE9: 847.0) y Esguince Grado II Tobillo (CIE-9: 845.0, 845.00, 845.01, 845.02, 845.03, 845.09). El tratamiento combinado del estudio consta de una o dos sesiones de fisioterapia a la semana en centro asistencial y las otras las realiza con un programa de actividad física terapéutica individualizado prescrito por el fisioterapeuta en la plataforma digital. Se obtiene el porcentaje de altas de enero a septiembre de 2022 que: 1) superan la mediana del número de sesiones del año 2018 ("Altas_2022>P50_Sesiones_2018") y 2) superan la mediana de la duración de IT del año 2018 ("Altas_2022>P50_IT_2018").

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El número de altas de 2022 se situó en 7 y 13 para cada diagnóstico. El porcentaje "Altas_2022>P50_Sesiones_2018" y "Altas_2022>P50_IT_2018" estuvo por debajo del 50%, indicando una reducción en el número de sesiones presenciales sin producir un aumento en la duración de la IT. Específicamente, el porcentaje ["Altas_2022>P50_Sesiones_2018" y "Altas_2022>P50_IT_2018"] para la Lumbalgia, Síndrome de Latigazo Cervical (CIE9: 847.0) y Esguince Grado II Tobillo, fue respectivamente [0% y 43%], [31% y 36%] y [14% y 38%].

El porcentaje ["Altas_2022>P50_Sesiones_2018", "Altas_2022>P50_IT_2018"] para la Lumbalgia, Latigazo Cervical (CIE9: 847.0) y Esguince Grado II Tobillo estuvo por debajo del 50% indicando resultados favorables respecto al tratamiento centro- domicilio. Específicamente, fue respectivamente [0%, 43%], [0%, 43%] y [0%, 43%],

Conclusiones

Un tratamiento combinado centro-domicilio con el uso de plataformas digitales, puede ser útil para reducir la sobrecarga de trabajo fisioterapéutico, así como para aumentar la comodidad de los pacientes. También puede reducir el número de sesiones presenciales y por ende el coste medioambiental y económico del transporte.

RENOVACIÓN DEL EQUIPAMIENTO Y PROCESADO DE ROPA HOSPITALARIA DESDE UNA PERSPECTIVA MEDIOAMBIENTAL Y DE CICLO DE VIDA

MARÍA ROSARIO GUZMÁN FUENTES; DAVID SAURA LÓPEZ; CLARA MIRANDA LÓPEZ
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15405

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La disponibilidad de ropa limpia en los hospitales es un proceso que solo se valora desde una perspectiva de seguridad del paciente y de prevención de riesgos laborales e imagen.

La contribución a la huella de carbono, huella hídrica y consumo de sustancias tóxicas, o los insumos y excedentes de alto impacto medioambiental son aspectos poco conocidos.

La renovación del equipamiento de una lavandería de un hospital que procesa 8.500 kilogramos de ropa al día, puede ser una oportunidad para la integración de criterios medioambientales en la contratación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son:

- Contextualizar el proceso de suministro de ropa limpia hospitalaria desde una perspectiva medioambiental.
- Definir los criterios a considerar en los procesos de contratación de equipamiento y productos de lavado.
- Cuantificar los cambios alcanzados en términos de impacto medioambiental aplicando estos criterios.

Tomando los indicadores específicos establecidos en el Sistema de Gestión Medioambiental -huella de carbono, huella hídrica, consumo de productos químicos, consumo de textiles y producción de residuos (norma UNE EN ISO 14001)- se realizó una identificación de los aspectos críticos asociados al proceso y un análisis de la repercusión sobre dichos indicadores de la aplicación de estos criterios en la contratación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los procesos ligados al suministro y disponibilidad de ropa limpia en el sector salud contribuyen de manera importante al impacto medioambiental asociado a la actividad general. Consumo de energía y emisiones directas de carbono, consumo de agua, generación de vertidos, consumo de productos químicos peligrosos y consumo de textiles son los más afectados.

La situación de partida era:

- Contribución al consumo de combustibles y huella de carbono de alcance 1 cercana al 30%.
- Contribución a la huella hídrica hasta el 35%.
- Consumo de productos químicos peligrosos de 65 toneladas/año.
- Consumo de textiles y producción de residuos asociada mayor de 40 toneladas/año.

La colaboración entre los servicios implicados, la definición de criterios de compra en base a los indicadores medioambientales y su aplicación en los procesos de adquisición de equipamiento y de productos de lavado, han permitido reducir el impacto medioambiental del proceso:

- Reducción del orden del 22% de la huella de carbono y consumo de combustibles fósiles.
- Reducción del 15% de la huella hídrica.
- Reducción del 20% del consumo de productos peligrosos y de la peligrosidad de los mismos.
- Reducción de hasta el 10% del consumo de textiles.

La utilización de indicadores medioambientales específicos y la aplicación de criterios de compra que los tengan en cuenta, permiten reducir la magnitud del impacto ambiental del proceso.

La colaboración directa de los servicios de ingeniería, lavandería y medioambiente es crucial para aprovechar con éxito las alternativas que ofrece el mercado.

“NADIE DIJO QUE FUESE SENCILLO” SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL BURN OUT

BLANCA FERRER PINAR (1); FRANCISCO CELDRÁN GIL (2); MARI CARMEN SARABIA BERMEJO (2); LÁZARO CAMPUZANO (2); REMEDIOS GÓMEZ SÁNCHEZ (2); JUAN ANTONIO GARCÍA MENDEZ (2)

¹SUAP ALHAMA DE MURCIA,²061 MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15432

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El estrés crónico y mantenido en el trabajo en profesionales de urgencias y emergencias genera un alto impacto en la persona que lo sufre, en los equipos de trabajo, así como en sus ámbitos familiares.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- 1.-Sensibilizar a los trabajadores de las urgencias y emergencias sobre el burn out y la importancia del “factor grupal” como medida preventiva.
- 2.- Visibilizar la realidad de la practica asistencial y el estrés que puede provocar, así como saber diferenciar entre aspectos puntuales (tener un mal día, estrés, ...) de procesos más complicados (síndrome de desgaste profesional, fatiga por compasión)
- 3.- Facilitar la detección de casos de burn out.

Metodología

- Creación de un grupo de trabajo de profesionales sensibilizados con el tema (“equipo com-pasión”).
- Realización de entrevistas: a trabajadores de urgencias y emergencias que han superado un proceso de burn out; a una psicóloga clínica; y otra en clave de humor sobre el burn out.
- Elaboración de 3 podcasts sobre el burn out.
- Video con entrevista en la que se expone una comunicación informativa sobre el burn out, y se hace referencia a 3 meta análisis.
- Video con imágenes de situaciones de estrés en urgencias y emergencias.
- Cartelería con infografía sobre el burn out.
- Difusión de estos trabajos a través de redes sociales (YouTube, Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp). Generando posteriormente otros productos interactivos e informativos en Instagram (los “jueves de compasión”).
- Se establece un correo electrónico de contacto para trabajadores que deseen más información, soliciten ayuda o colaborar con el proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- La creación del grupo de trabajo (equipo com-pasión) formado por 7 trabajadores de urgencias y emergencias: 3 enfermeros, 3 médicos y 1 técnico.
- Las visualizaciones de los productos generados en YouTube fueron las siguientes: De las entrevistas hubo 492 visualizaciones de la entrevista al enfermero J.A.; 257 al “profesional-X”; 260 a la psicóloga clínica; y 196 de la entrevista en clave de humor. De los podcasts: el 01 99 veces; el 02 79 veces; y el 03 91 veces. El video con la comunicación informativa tuvo 114 visualizaciones, y el vídeo con imágenes de burn out 110. Las visualizaciones corresponden a 11 meses (desde julio de 2022 hasta mayo de 2023).
- El correo electrónico no ha recibido ningún mail. Por lo que decidimos nombrar un “delegado Ubuntu” en cada base para facilitar el acceso a más información y poder solicitar ayuda, que comenzara en julio 2023.

Conclusiones

Se ha sensibilizado a los trabajadores de urgencias y emergencias sobre el burn out así como de la importancia del trabajo en equipo, mediante la emisión de videos, entrevistas y podcasts en redes sociales, y con la colocación de cartelería en las bases. Han quedado registradas las visualizaciones de los productos generados en YouTube. No hemos podido detectar ningún caso de burn out por lo que estamos creando una red de delegados en las bases para su identificación.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y AGENDA 2030 EN UN HOSPITAL: RESULTADOS DEL PLAN DE COMUNICACIÓN

JOSÉ JONAY OJEDA FEO; SUSANA REVERTER VÁZQUEZ; ÁNGEL ABAD REVILLA; SARA GUSTI GIL; JAVIER COBAS GAMALLO
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17402

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son 17 objetivos globales transversales e interconectados para lograr un mundo con mejor desarrollo humano y más sostenible desde el punto de vista medioambiental. Los ODS se establecieron por la Asamblea General de la ONU en el año 2015 y se desean alcanzar en el año 2030; por eso, el plan de acción asociado a su consecución se conoce como Agenda 2030.

La inclusión, en marzo de 2021, de los ODS en la estrategia del hospital y la creación de una Oficina específica dependiente de la Dirección Gerencia ha impactado directamente en el plan de comunicación del hospital, obligando a éste a tener un enfoque global, multidisciplinar e innovador para que el hospital cree valor no sólo para sus pacientes sino también para la ciudadanía, promoviendo sus condiciones de vida y salud, y en definitiva un desarrollo humano equitativo y sostenible que preserve nuestro planeta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se pretende evaluar el impacto y resultados de las actividades planificadas de sensibilización y formación, y de comunicación interna y externa desarrolladas por parte de la Oficina de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030 desde su creación.

Para planificar las actividades, se evaluaron primero las necesidades del hospital en el marco de la consecución de los ODS, teniendo en cuenta partes interesadas, requisitos legales, y los objetivos y metas propios en la gestión de la sostenibilidad del hospital. También se establecieron los canales y frecuencias de comunicación apropiados para cada caso, así como los mecanismos de retroalimentación con las partes interesadas. Una vez realizadas las actividades, se deja registro de todas ellas además de disponer de las respectivas evidencias en las herramientas de comunicación utilizadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se crea el Canal Agenda 2030 para difundir interna y externamente recomendaciones relacionadas con la salud y el medioambiente. Se refuerza la visibilidad de dicho Canal en la página web del hospital, la intranet, y con un perfil específico de twitter. Se planifican las acciones a realizar y se deja registro de las mismas en una cronología específica con todas las acciones que se han realizado en materia de ODS. Se dispone de un buzón de correo específico para la Oficina para atender peticiones realizadas desde dentro y fuera del hospital.

Desde la creación del Canal, se contabilizan 19 campañas de comunicación, las cuales están disponibles en apartados específicos de la web del hospital dada su proyección externa. Se contabilizan hasta mayo de 2023 más de 600 seguidores y 700 tuits en el perfil de twitter. En el contenido de las informaciones publicadas se hace mención específica a la Agenda 2030 y a los ODS individuales relacionados en cada caso. En cuanto a la formación se ha participado en 3 actividades de formación continuada, 3 actividades de sensibilización y 14 sesiones clínicas en servicios y unidades.

La temática de las actividades de comunicación, formación y sensibilización aborda todos y cada uno de los 17 ODS.

PROYECTO CIRUGERES: OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE FRÁGIL. ESTUDIO MULTICENTRICO NACIONAL

MIGUEL RUIZ MARÍN¹; DAVID PARÉS MARTÍNEZ²; VICTORIANO SORIA³; ROBERTO DE LA PLAZA LLAMAS⁴; ISMAEL MARTINEZ NICOLÁS⁵; CIRUGERES WORKING GROUP⁶

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA, ²CATALUÑA, ³HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA// CASTILLA-LA MANCHA, ⁵FUNDACION ALCORCÓN// COMUNIDAD DE MADRID, ⁶MULTICÉNTRICO

ID: 14204

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida conlleva una modificación del escenario en los usuarios de los servicios sanitarios: pacientes de edad avanzada con un porcentaje de ellos afectados de fragilidad, que son sometidos a intervenciones quirúrgicas de complejidad y complicaciones asociadas variables.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este estudio es valorar la incidencia de complicaciones postoperatorias en pacientes frágiles comparados con no frágiles. Objetivos secundarios: prevalencia de pacientes quirúrgicos frágiles, capacidad predictiva de morbilidad de escalas, correlación entre escalas y riesgo de complicaciones.

Estudio observacional prospectivo, multicéntrico "snapshot", con pacientes > 70 años sometidos a cirugía durante 3 meses. Se incluyeron variables administrativas, sociodemográficas, clínicas y relacionadas con cirugía, escalas de fragilidad, valoración del riesgo quirúrgico y complicaciones postoperatorias y características de los centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el estudio participaron 32 hospitales públicos, siendo según tamaño medianos 12 (37,5%), grandes 12 (37,5%), 30 (93,75%) docentes y 24 (75%) de entorno urbano. De ellos, 18 centros (56%) realizaban cribado a pacientes susceptibles.

Se incluyeron 2079 pacientes, mediana edad 78,43 años (RIQ 74-82), mujeres 58,8%.

El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) fue 5,9 (RIQ 4-7), siendo más frecuentes neoplasias 34,7%, diabetes 29%, otras patologías metabólicas 27,8% y el tratamiento crónico más frecuente fueron antihipertensivos (71.5%) y los antidiabéticos orales (24.7%).

Las áreas más frecuentes fueron coloproctología (33.9%) y hepatobiliopancreática (25.5%) y la cirugía fue programada en 1294 (62.2%), mediante CMI en 832 (40%) y oncológica en 641 (30.8%).

La escala PRISMA-7 identificó a 843 pacientes (40,55%), mientras que la Escala de Fragilidad Clínica (EFC) a 1236 (59,45%). La mayor correlación entre escalas se obtuvo entre las escalas PRISMA y EFC.

La predicción de la calculadora del riesgo quirúrgico de cualquier complicación o una complicación mayor fue de 703 (33,8%) y 297 (14,3%) respectivamente.

En relación a las complicaciones, 703 pacientes (33,8%) presentaron complicaciones, siendo \geq III C-D 12,5%. El CCI obtenido fue de 33,84 (RIQ 20,9-39,7). La mortalidad intrahospitalaria fue de 5,5% y a los 30 días de la cirugía inicial de 3,75%.

La estancia postquirúrgica mediana fue 4 días (RIQ 2-9) y reingresaron 114 pacientes (5,48%).

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes frágiles vs no frágiles en el desarrollo de complicaciones y mortalidad con ambas escalas y la mejor capacidad predictiva para mortalidad fue de la calculadora ACS.

Conclusiones

El uso de escalas para detectar fragilidad puede ayudar a modificar su asistencia y hacer frente al mayor riesgo de complicaciones. Herramientas como la calculadora del riesgo quirúrgico del ACS ayudaría a plantear alternativas terapéuticas en elevado riesgo de morbilidad.

GENERAR COMPROMISO POTENCIANDO LA PARTICIPACIÓN: EXPERIENCIA PRACTICA DE DISEÑAR Y PONER EN MARCHA UN PLAN ESTRATEGICO

ANA SEDANO MARTINEZ¹; JORDI CUTRINA ARES²; ANGELA RUIZ FERNANDEZ²; ESTHER PEREZ MARTINEZ²; PAULA GARCIA BALAGUERÓ²

¹UNIO CONSORCI FORMACIO, ²BARCELONA// CATALUÑA

ID: 14501

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Proponer un plan estratégico es un reto que obliga a hacer un ejercicio de reflexión en torno a nuestro propósito y da la oportunidad de revisar el qué y el cómo hacemos, así como tener una mirada sistémica para ser capaces de ofrecer soluciones innovadoras para acompañar a los profesionales y a las instituciones de nuestro sector. El foco y propósito final de nuestra organización es impactar en la salud.

La situación actual, marcada por un escenario post pandemia, y cambios en el sector (nuevos roles, transformación digital...), y de transformación de las maneras de aprender y enseñar (experiencias digitales) hace preciso también un proceso de evolución y cambio en nuestra organización, que conecte más con los asociados como eje vertebrador de proyectos transversales conjuntos.

Un plan estratégico será clave para disponer de un faro durante los próximos tres años. Este plan recoge el nuevo modelo de organización y el refuerzo de la gerencia con la creación de una nueva dirección de innovación y desarrollo para abordar el futuro de la organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Generar compromiso con los profesionales externos, a través de su participación en el plan, para afrontar conjuntamente retos, oportunidades y necesidades; y con los profesionales internos para crear identificación y compromiso con los valores y el propósito de la organización.

Encajando retos de futuro: dinámicas grupales participativas con profesionales de gestión, asistencia y formación donde se construían cajas de cartón con las respuestas, ideas y conclusiones generadas.

Dinámica de reflexión cluster con los profesionales internos obteniendo el resultado final mediante agrupamientos de respuestas.

Entrevistas individuales al equipo y a profesionales en puestos de responsabilidad. Benchmarking con instituciones educativas y revisión de documentación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1 Plan estratégico con 4 ejes y 12 objetivos operativos. 197 profesionales implicados en dinámicas o entrevistas.

Identificación de 68 retos en 5 ejes, 7 colectivos prioritarios para formar, 40 proyectos a poner en marcha, 22 competencias ordenadas por impacto y 35 acciones clave para lanzar desde la organización.

Contar con la colaboración de profesionales externos, internos y colaboradores para definir un plan estratégico permite reforzar el compromiso porque mediante dinámicas novedosas (construir una caja de cartón con las respuestas de los grupos es una excusa para construir situaciones) se escucha lo que piensan, se crean lazos de pertenencia con los equipos, y se concreta en acciones de formación específicas donde ellos vuelven a tener un rol como autores, docentes o tutores. Se crea, de manera conjunta, desde la necesidad a la operatividad de la solución concreta y su implantación. Redefinir el propósito y valores con el equipo es una manera concreta de crear la organización en la que quieren trabajar y reforzar el sentido de pertenencia. Los valores no son una frase hueca, son el espejo de lo que los profesionales dicen que quieren ser y así actúan.

EVOLUCIÓN DEL GRADO DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN HACLE TRAS LA APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA

MARÍA ROSA ROCA CASTELLÓ; ROSA MARTÍNEZ CAPELLA; MARÍA JOSÉ ALIAGA BERNABÉU; DESIDERIA MARTIN PEÑA; ANA LUCAS DOLZ; MARÍA ANTONIA TERRES AGUADO

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14513

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Burnout presenta una elevada prevalencia entre los profesionales sanitarios. Su origen es ocupacional, pero su etiología es multifactorial. Aparece por una respuesta inadecuada a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal, con consecuencias negativas a nivel personal, laboral y organizacional

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Estimar la prevalencia de Burnout
- Analizar su relación con distintas variables
- Elaborar planes de mejora y monitorizar su eficacia

Metodología

- Diseño: Estudio Transversal Descriptivo. Aplicación periódica al personal del test de Maslach (2011-2014-2016-2022)
- Variables predictivas: Sociodemográficas, factores desencadenantes y moduladores del síndrome
- Variables resultado: Prevalencia de Burnout y alto grado de afectación de sus escalas (CE, DP y RP) Asociación entre variables cuantificada con Odds Ratio (OR) (spss 19)
- En 2016 y 2022 se elaboraron Planes de mejora basados en los resultados obtenidos, priorizando mediante QFD's la puesta en marcha de las acciones propuestas

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Índice de participación: 2011: 31,5%, 2022: 43,84% (n=292)

Prevalencia de Burnout: 2011: 14% 2022: 6%. Nivel medio de Burnout en todos los momentos del estudio. Puntuación media de las escalas (2022): CE=20,41, DP=4,99 y CE=40,24

El CE fue ligeramente superior al valor promedio de los estudios nacionales consultados En 2022 las variables sociodemográficas mostraron escasa significación

El principal factor protector fue disfrutar con el trabajo (CE y DP: OR=0,3; RP: OR=0,2). Otros factores protectores frente al CE fueron la satisfacción laboral (OR=0,4) y la responsabilidad sobre dirección de equipos (OR=0,6). El apoyo social fue factor protector para la RP (OR=0,4)

El principal factor de riesgo fue no sentirse valorado por los compañeros (CE: OR=10,2, DP: OR=4, RP: OR=9,2 y Burnout: OR=11,5). Otros factores de riesgo relevantes fueron no sentirse valorado por los superiores (CE: OR=3,7, DP: OR=2,7 y Burnout: OR=5,9), no sentirse valorado por los familiares del paciente (CE: OR=3,2, DP: OR=3,5), depresión (CE: OR=3,1), falta de formación específica (CE: OR=2,4) y trabajar de noches (RP: OR=2,4)

En la puntuación de los QFD's elaborados en 2016 y 2022 para priorizar las acciones de mejora participaron 20 profesionales de distintas categorías profesionales.

Conclusiones

Nuestra prevalencia de Burnout fue similar a la de otros estudios consultados, aunque el componente emocional fue más marcado en nuestro medio. En nuestro estudio, los individuos que disfrutaban con su trabajo y tienen más satisfacción laboral y apoyo social, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables al burnout, mientras que quienes no se sienten valorados por compañeros, familiares y superiores son más susceptibles.

La elaboración de planes de mejora que permitan implantar medidas preventivas y paliativas para reducir el estrés laboral y humanizar la atención sanitaria y la evaluación periódica de los resultados obtenidos permite abordar puntos débiles y mejorar los resultados E, DP y RP.

EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN LABORAL TRAS LA APLICACIÓN DE PLANES DE MEJORA EN UN HACLE

AMPARO MARTÍNEZ ASENSI; MARIA JOSE MERINO PLAZA; ALMUDENA JIMÉNEZ PÉREZ; ROSARIO BUENO MARCILLA; ISABEL FERRE PÉREZ; HERMINIA SANCHIS PEDRO

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14547

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Cada vez se da más importancia al factor humano en las organizaciones. Identificar las causas que influyen en la satisfacción laboral es importante para actuar sobre ellas y mejorar los resultados. Las encuestas son una herramienta útil para conocer la percepción de los profesionales y detectar áreas de mejora

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Identificar las dimensiones con mayor impacto sobre la satisfacción laboral
- Seleccionar indicadores de seguimiento
- Elaborar planes de mejora y monitorizar su eficacia

Metodología

- Diseño: Estudio Transversal Descriptivo. Aplicación periódica de la encuesta de clima laboral de la Osakidetza. (2013-2015-2017-2022)
- Muestreo no probabilístico consecutivo
- Variables predictivas: Sociodemográficas, moduladoras y ratio de profesionales con elevada percepción de las dimensiones que definen la Satisfacción Laboral
- Variable resultado: alta satisfacción laboral, definida como una puntuación \geq percentil 75

Asociación entre variables cuantificada con Odds Ratio (OR) (spss 19)

En 2017 y 2022 se elaboraron Planes de mejora basados en los resultados obtenidos, priorizando mediante QFD´s la puesta en marcha de las acciones propuestas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Índice de participación: 2013: 32,4% 2022: 43,84% (n=292)

Satisfacción laboral media: 2013-2015: 7 2017: 6,7 2023: 7,25

Aspectos mejor valorados: relación con el mando, participación y calidad del servicio prestado Aspectos peor valorados: percepción de la dirección y reconocimiento

En el análisis estratificado, las variables sociodemográficas mostraron poca significación, mientras que una percepción excelente de algunas de las dimensiones consideradas se asoció con una elevada satisfacción laboral. Las dimensiones más fuertemente asociadas fueron gestión del cambio (OR=17,1) formación (OR=11,4) y reconocimiento (OR =10,5)

Las variables moduladoras con mayor influencia sobre la satisfacción laboral fueron apoyo social (OR=22,1), disfrutar con el trabajo (OR=9,5), auto eficacia (OR=7,1) y sentirse valorado por los superiores (OR=6,8)

En el estudio comparativo, los indicadores basados en dimensiones individuales detectaron cambios mejor que la evaluación de la satisfacción global

En la puntuación de los QFD´s elaborados en 2017 y 2022 para priorizar las acciones de mejora participaron 15 profesionales de distintas categorías profesionales

Conclusiones

La elección de indicadores adecuados optimiza la información obtenida en las encuestas

Según nuestros resultados la representación gráfica del porcentaje de profesionales satisfechos para cada una de las dimensiones es el mejor indicador para detectar cambios ya que permite observar la evolución del porcentaje de trabajadores satisfechos respecto cada una de las dimensiones consideradas y priorizar áreas de mejora

La elaboración de planes de mejora con la propuesta de medidas que promuevan el desarrollo profesional y una correcta gestión del cambio y la evaluación periódica de los resultados obtenidos permite abordar puntos débiles, con la consiguiente mejora de resultados.

ESTRATEGIA DE FORMACIÓN EN CALIDAD PARA EL DESPLIEGUE DE AUDITORIAS INTERNAS EN UNA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA

MARÍA ARMENTEROS LECHUGA¹; ANTONIO ALBERTO LEÓN MARTÍN¹; RAMÓN BARRIOS GARCÍA²; LIDIA GARCÍA AGUDO¹; GEMA VERDUGO MORENO¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, ²CENTRO DE SALUD BOLAÑOS// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 14672

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Auditoría es uno de los instrumentos que se dispone para efectuar la Revisión del Sistema por la Dirección, mediante el cual se pueden detectar áreas de mejora sobre las que una organización debe actuar para mejorar su desempeño y poder realizar un seguimiento de las mismas. Nuestra organización tiene implantado un sistema de gestión de la calidad bajo la Norma ISO 9001:2015, en el que están integrados 23 dispositivos. En el proceso de despliegue de la auditoría existen dificultades para lograr la capacitación, compromiso y motivación de los profesionales en el momento de ser auditados. La necesidad de formación en esta área ha sido detectada por el Equipo Auditor y la Unidad de Calidad, argumentada ante el equipo directivo que apoyó su inclusión en el plan anual de formación continuada 2022. Por otra parte esta necesidad ha sido expresada por los profesionales y responsables de Calidad de los Servicios que están incluidos en el alcance del sistema de Gestión de Calidad según norma ISO 9001: 2015 en nuestra organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Adquirir habilidades y competencias propias del profesional auditado en las diferentes fases del proceso de auditoría.

Metodología

La Unidad de Calidad planificó y desarrolló una nueva estrategia de formación en Calidad, con la estructura de taller. En la parte teórica de la actividad se expusieron las principales generalidades de la Norma ISO 9001:2015, como fueron: El proceso de auditorías en el contexto del Sescam, Diferentes fases de una Auditoría: Control Documental, Control Operacional y Seguimiento y Áreas de Mejora. En la parte práctica se llevó a cabo una simulación, diseñando varios escenarios en los que los participantes interpretaron diferentes roles que se pueden dar en Auditoría In situ.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se desplegó una formación de 12 horas dividida en tres jornadas, acreditada con 1.7 créditos asignados por la Comisión de Formación Continuada. Se recibieron 39 solicitudes de participación de las diferentes Gerencias del Sescam y servicios certificados. Al finalizar la actividad los profesionales manifestaron su grado de satisfacción a través de una encuesta con una valoración de 4,80 sobre 5 en la aplicabilidad y una satisfacción global de 4,67.

Conclusiones

La implantación de esta nueva estrategia de formación en Calidad, con un enfoque centrado en el profesional auditado, ha demostrado ser una herramienta eficaz para facilitar el despliegue de auditorías del Sistema de Gestión de Calidad de la Gerencia y en las Unidades y Servicios de la organización.

PROGRAMA DE MEJORA DE COMPETENCIAS PROFESIONALES SANITARIAS MEDIANTE FORMACION VIRTUAL SUBVENCIONADA CON FONDOS EUROPEOS

MARIA NADAL BARANGE; GLORIA SERRANO; MERCÈ PASCUAL; ELISABETH PAGÀ

UCF// CATALUÑA

ID: 15190

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La asignación de fondos europeos con carácter prioritario para los profesionales del sector salud nos hace plantear un proyecto de amplio alcance para mejorar las competencias transversales de profesionales y servir de palanca de su empleabilidad después de la pandemia. Con el objetivo de poder ofrecer una formación basada en las prácticas diarias se cuenta con un grupo de expertos del sector como autores y un grupo de profesionales de innovación educativa.

El éxito del proyecto recae en tres ejes:

- Destinarlo a profesionales con escasa oferta formativa y un alto desgaste después de la pandemia.
- Diseñar experiencias de aprendizaje online con metodologías innovadoras y personalizados a cada puesto de trabajo.
- Lanzar una campaña de difusión y gestión de inscripciones masiva en poco tiempo para alcanzar una gran representación territorial de la comunidad.
- Acompañamiento personalizado del aprendizaje con tutores expertos de contenidos y coordinadores del proceso de aprendizaje.

Todo ello permite que la satisfacción de los participantes obtenida sea de 9/10

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Mejorar las competencias técnicas y transversales de los profesionales sanitarios, como palanca de ayuda en la excelencia de la atención al paciente, mediante un programa de formación virtual subvencionada.

Objetivos específicos

- Disponer de una oferta de amplio alcance gracias a metodología online
- Ofrecer un catálogo de formación a perfiles con poca oferta formativa.
- Crear programas formativos de manera colaborativa con comisiones de expertos/profesionales en activo de diferentes centros y perfiles sanitarios.
- Aplicar metodologías innovadoras de formación en la producción de las acciones con contenidos personalizados.
- Ofrecer una oferta formativa centrada en la práctica diaria.

Metodología

Impartición en modalidad online, que permite la autogestión de los participantes, con tutoría personalizada por expertos y con coordinación pedagógica externa.

Producción de materiales didácticos innovadores: videos explicativos, animaciones interactivas, procesos o prácticas, casos prácticos, simulaciones, aprendizaje a través del juego, actividades autoevaluativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El modelo ha permitido formar a más de 10.000 profesionales sanitarios durante el ejercicio 2022 y un resultado de evaluación cualitativa de 8.75/10.

La implantación de un sistema de elaboración de materiales didácticos con el aval de expertos y la impartición posterior de 34 acciones formativas, 155 ediciones y de 3.569 horas de formación impartidas.

El éxito nos ha hecho apostar en 2023 por la continuidad en programas similares apostando en la modalidad online como ejemplo de alcance territorial máximo con nuevos contenidos formativos de calidad.

CONSULTORÍA REGIONAL AL SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE 1ª LÍNEA QUE APUESTAN POR LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

MARÍA ÁNGELES TÉBAR BETEGÓN; MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ; SILVIA GÓMEZ FERNÁNDEZ; RUBÉN MARÍN SÁNCHEZ; ALEJANDRO PÉREZ ORBIS; BEGOÑA FERNÁNDEZ VALVERDE.

SERVICIOS CENTRALES SESCAM// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15278

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Consultoría en Gestión de la Mejora (CGM) es un proceso certificado de la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora (CRGCM). La CGM consiste en prestar a grupos de interés (GI) (organizaciones sanitarias públicas y privadas, universidades, sociedades científicas), apoyo metodológico en implantación de iniciativas para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria (MCAS). La CRGCM contribuye así al desarrollo de una cultura de mejora en gestión y prestación de servicios sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Asesorar y apoyar a sus GI en la planificación, despliegue y evaluación de iniciativas para la MCAS. Dar respuesta a la demanda de CGM.
- Garantizar una CGM percibida como eficaz y con impacto por parte de los GI.
- Asegurar la satisfacción de los GI con la CGM.

Metodología:

- Recepción y evaluación de viabilidad de solicitudes de consultoría.
- Planificación y realización de CGM.
- Registro y monitorización de la actividad.
- Evaluación de resultados en términos de eficacia, impacto y satisfacción del GI.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2021 se recibieron y resolvieron 60 solicitudes de CGM. En 2022 se recibieron 72 solicitudes, (incremento 20%). Se cancelaron 7 falta de ajuste de agendas o insuficiencia de medios.

Resultados de actividad. En 2021, 4 consultores realizaron 78 actividades de consultoría con 377 horas de duración. En 2022, 7 consultores se realizaron 107 actividades de consultoría (incremento del 37.18%) con 801.22 horas (incremento del 112.46%). Para la realización de esta actividad los consultores computaron 82.53 horas de trabajo fuera de su jornada laboral en 2021 y 319.97 en 2022 (287.7% más).

La CGM requiere desplazamiento a las organizaciones, en 2021 se recorrieron 5617.6 km, en 2022 un total de 10879.4 km (incremento 93.67%).

En 2021 los consultores pernoctaron 24 jornadas fuera de su domicilio aumentando las mismas en 2022 un 62.5%(39).

La satisfacción global media, en 2021 fue de 9.75 y en 2022 fue de 9.66 (sobre 10); La eficacia global media comenzó evaluarse en 2022 siendo de 9.56 sobre 10. La evaluación del impacto es cualitativa en base a la consecución de los resultados previstos, en 2022 el 97% de las CGM tuvieron impacto positivo ante las restantes se abrieron no conformidad es en el sistema de gestión.

Ante el aumento de demanda al proceso de CGM se ha iniciado un programa de formación de formadores denominado Bolsa de Talento de Mentores de Procesos Asistenciales.

En conclusión, existe un incremento continuo de la CGM con resultados positivos en eficacia, impacto y satisfacción por parte de los GI. Esto indica un compromiso cada vez mayor de los profesionales de nuestra región en la gestión de la mejora de la calidad asistencial. Para garantizar la respuesta a esta demanda será necesario incorporar y formar a profesionales como consultores. Para ello se ha puesto en marcha un programa específico.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL SISTEMA SANITARIO: EXPERIENCIA DE UNA DIRECCIÓN DE TRANSFORMACIÓN Y SALUD DIGITAL

MERITXELL DAVINS RIU; PATRICIA VALERO VALDELVIRA; MERCÈ BONJORN DALMAU; PABLO ALEGRE CABRERA; MIREIA CANO IZQUIERDO; ORIOL ESTRADA CUXART

GERENCIA METROPOLITANA NORTE// CATALUÑA

ID: 15347

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de una transformación digital y la salud digital en el sistema sanitario es crucial para mantener o mejorar su eficiencia, calidad y seguridad. Sin embargo, este proceso enfrenta desafíos debido a la limitación de recursos, tanto económicos como humanos. Para lograrlo, se requieren nuevos roles y cambios en las organizaciones.

Este estudio se propuso identificar los perfiles necesarios y determinar quién debería ser el responsable de liderar la transformación digital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Los objetivos incluyen mejorar la eficiencia, calidad y seguridad en las organizaciones sanitarias, fomentar una cultura innovadora y de transformación digital, y promover una perspectiva humanizadora centrada en el paciente. Conseguir tener el talento y la experiencia transformadora dentro de la organización

Material o Métodos

Se implementó una Dirección de Transformación y Salud Digital en un área sanitaria, que abarcaba tanto atención primaria como un hospital terciario (8000 profesionales). El primer desafío fue determinar las dependencias de esta dirección: ¿debía priorizarse la parte técnica o la parte asistencial? Se decidió que debería depender de la parte asistencial, específicamente de la Gerencia y dentro de la Dirección de Estrategia Asistencial e Innovación, con el objetivo principal de acompañar a los clínicos en el cambio.

La formación del equipo fue otro desafío importante, requiriendo un enfoque multidisciplinario. Actualmente, el equipo está conformado por un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta, un periodista, un administrativo y un especialista en comunicación y Design Thinking. En colaboración con los departamentos de sistemas de información, calidad e innovación, así como con los clínicos, se crean grupos de trabajo según las necesidades de cada proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Después de tres años de su creación, el principal macroproyecto eSalut, con una reingeniería de los procesos ha sido consolidado y se ha iniciado el cambio. Más de 100 clínicos, 450 proyectos, más de 20 casos de uso en funcionamiento y 15 más en desarrollo se ha conseguido debido a esta estructura.

Además, se ha realizado formación, se ha diseñado 1 curso propio que se ha dado en la organización y fuera de ella, capacitando a 30 profesionales internos. Para el año 2023, se espera formar a otros 50 profesionales, incluyendo un programa a nivel europeo.

Se han definido 3 tesis doctorales, 4 estudios de CEIC y diferentes comunicaciones en diferentes congresos nacionales e internacionales.

Se ha logrado crear una cultura que valora la experiencia de los profesionales y los pacientes como parte fundamental de la transformación digital en el sistema sanitario.

Conclusiones

En conclusión, la creación de áreas dedicadas a la transformación digital es fundamental para promover el cambio en el sistema sanitario y fomentar una cultura de transformación dentro de las organizaciones, apostando para la integración del talento en la organización.

CICLO DE MEJORA: HERRAMIENTA DE DECISIÓN PARA LA DEMANDA NO DEMORABLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DEL CARMEN CELDRÁN NAVARRO

CENTRO DE SALUD DE MAZARRÓN// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15438

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El cambio de paradigma en la atención primaria de salud plantea la necesidad del rediseño en su modelo asistencial. En este contexto, surge la Gestión Compartida de la Demanda, la cual busca la simbiosis de los profesionales en la resolución de cuestiones no demorables. Ante este escenario, surge la pregunta: ¿Es posible optimizar la citación de la Demanda No Demorable (DND) en atención primaria mediante una herramienta de decisión creada ad hoc?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Principales

- Realizar un ciclo de mejora para la gestión de las citas de DND de los/as profesionales de medicina y enfermería de atención primaria.
- Aportar una herramienta ad hoc que apoye al equipo de atención primaria, y optimice la citación de la DND en las agendas de médicos y enfermeras.

Secundarios

- Analizar los motivos de error más prevalentes en la asignación de citas.
- Contabilizar las citas de DND en los momentos previo y posterior al uso de una herramienta.
- Dotar al equipo de atención primaria de un sistema más equitativo de acceso a las citas de DND.
- Planificar un sistema de monitorización y mejora de esta herramienta. Metodología por fases:
 1. Identificación de la oportunidad de mejora: Brainstroming
 2. Definición de criterios y evaluación del nivel de calidad: Cuantitativa, observacional, descriptiva, nivel de cumplimiento de los criterios antes de la puesta en marcha de la herramienta.
 3. Diseño de la intervención:
 - 3.1. Elaboración de la herramienta ad hoc: Revisión de la literatura más reciente y grupos focales para la adaptación al contexto.
 - 3.2. Formación previa a la puesta en marcha de la herramienta ad hoc: Sesiones formativas de equipo y en pequeños grupos multidisciplinares (médicos/as, enfermeras y administrativos/as) a través de rollplaying/simulación.
 4. Puesta en marcha de la herramienta: Diario de registro de incidencias y adaptación de cambios.
 5. Reevaluación del nivel de calidad: Nivel de cumplimiento de los criterios posterior a la intervención.
 6. Monitorización semestral.

Análisis estadístico con metodología pre-post intervención, para medir la diferencia en el número de citas de DND, así como la magnitud de cambio y su relación con el uso de la herramienta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se creó una herramienta con 15 categorías de cita con decenas de opciones de respuesta.

Los datos obvian la mejora en el nivel de cumplimiento de los criterios, las citas correctas de DND de medicina antes de la mejora fueron del 40.9% y después 83.6%. En el caso de enfermería, el cumplimiento previo fue 22.4% y posterior del 79.1%.

La herramienta ad hoc demostró la diferencia (reducción) en el número de citas diarias de DND tanto en médicos como en enfermeras ($p < 0.05$) y con un tamaño de efecto (d Cohen) moderado para las enfermeras ($d = 0.7$) y grande para los médicos ($d = 1.64$).

Se concluye, que la herramienta puede aportar calidad en la atención de la DND, ya que aboga por una accesibilidad equitativa y uso responsable de los recursos asistenciales, conllevando mayor satisfacción de profesionales y usuarios/as.

AToDOM: INCORPORACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN AP EN PACIENTES CRÓNICOS

MONICA CARRETE¹; LAURA SECANELL¹; NURIA PLAZA¹; JUAN A LÓPEZ²; JUDITH ESTEBAN¹; MAITE FRANCO²

¹CAP VILA OLÍMPICA. CATALUÑA, ²PARC SANITARI PERE VIRGILI// CATALUÑA

ID: 15646

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Es habitual encontrar personas mayores de 75 años que presentan comorbilidad, complejidad, fragilidad i soledad no deseada (Pla salut 21-25). Concretando en la provincia de Barcelona, un 72% de la población mayor de 65 años presenta alguna discapacidad en las actividades de la vida diaria básicas. <https://www.idescat.cat/pub/?id=edad&n=12810>.

Con el objetivo de encontrar modelos de atención que permitan mantener a las personas con necesidades complejas en su domicilio habitual, se crea el programa ATODOM, basado en la incorporación del terapeuta ocupacional en un equipo ATDOM (Atención Domiciliaria) de un Centro de Atención Primaria. Con objetivo de mejorar la autonomía en las actividades de la vida diaria y de la calidad de vida de personas frágiles con proceso crónico y/o necesidades complejas que viven en el domicilio. Dado que la intervención de terapia ocupacional mejora el funcionamiento de las personas mayores frágiles que viven en la comunidad

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se propone un estudio en dos partes:

1. Estudio descriptivo retrospectivo de la población.
2. Estudio basado en un diseño exploratorio, descriptivo y longitudinal.

Objetivos

Evaluar/describir los resultados del programa ATODOM sobre el impacto en la autonomía y calidad de vida (de las personas frágiles con cronicidad y/o necesidades complejas atendidas en el domicilio mediante una intervención basada en la incorporación del terapeuta ocupacional al equipo de atención domiciliaria de atención primaria).

Relacionados con este objetivo del programa se plantean los objetivos del estudio mixto exploratorio, descriptivo y longitudinal que se centran en el objetivo del estudio que es valorar/describir los resultados del programa AToDom sobre la autonomía y calidad de vida en las personas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde el inicio del programa hasta día de hoy se han registrado 83 pacientes con una media de edad entre 88,6 años. En la primera u última sesión se valoran a los pacientes a través de 6 escalas.

A través del índice de Barthel con un 47,1 en la valoración inicial y un 57,7 en la valoración final se observa una mejora significativa de la autonomía en las actividades de la vida diaria, donde se pasa de una dependencia moderada a un grado de dependencia leve por parte del paciente. En la valoración inicial en relación a las actividades instrumentales de la vida diaria valorada con escala Lawton se obtiene un 1,8 de participación y un 2,4 de participación al finalizar la intervención de terapia ocupacional.

En relación al deterioro cognitivo y la orientación obtenida por escala pferifer se obtiene un 1,7 inicial y un 2,4 final, en este caso no se observa mejoría.

El miedo a la caída ha disminuido con un grado de preocupación inicial según la escala FES de 22,7 pasando a 18,9 al final de la intervención.

La percepción de la calidad de vida aumenta pasando de un a 47,7 a un 58,9.

LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL COMO HERRAMIENTA PARA LA TRANSFORMACIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS

LAURA CID BUIZA; JAVIER VILLALÓN COCA; LAURA RUBIO CIRILO; EVA MARÍA SÁEZ MARTÍN; PEDRO ROLLÁN GARCÍA; DAVID BAULENAS PARELLADA.

VITHAS SANIDAD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 16501

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La disparidad de sistemas de información y formas de trabajo era la principal dificultad para realizar una gestión integral en Vithas. Para conseguir ser un grupo con identidad única, se ha realizado un proyecto de innovación en gestión basado en un modelo de calidad único y accesible que permita el benchmarking interno y externo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: mejorar los resultados globales en calidad asistencial y efectividad clínica, mediante un modelo con sistemática de trabajo homogénea.

Objetivos específicos: desarrollar los procesos asignando propietarios y procedimientos comunes; crear un repositorio común y accesible de procedimientos corporativos y locales (alineados con mapa de procesos y acreditación JCI) e información de interés a profesionales; informar en tiempo real el desempeño de los centros (cuadro mando indicadores, notificación incidentes seguridad, riesgos, objetivos, etc.) generando un marco de evaluación y comparación de resultados e indicadores clave de negocio.

Se realiza un diagnóstico inicial y análisis estratégico cuyo resultado es la herramienta de gestión corporativa "Portal de Calidad y Transparencia" que alinea los hospitales con líneas estratégicas. Se crea mediante grupo de trabajo y se pone en marcha dando formación en los hospitales. Además, se desarrolla y despliega el Cuadro de Mando de seguimiento de la actividad y Resultados Asistenciales (CMRA) como sistemática de control y mejora continua para analizar objetivamente la situación e impacto de los cambios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un año después se observa una mejora absoluta de 7,7 puntos porcentuales en el grado de consecución de metas en los indicadores clave evaluados (2021: 50,6%; 2022: 58,3%). Los resultados de procesos clave son: proceso de urgencias 0,0% (2021: 65,8%; 2022: 65,8%), proceso hospitalario: 7,9% (2021: 55,3%; 2022: 63,2%), proceso quirúrgico: 13,2% (2021: 34,2%; 2022: 47,4%), consultas externas: -1,2% (2021: 58,3%; 2022: 57,1%), otros ámbitos:

18,1% (2021: 36,4%; 2022: 54,5%).

Se definen 41 propietarios de proceso y se comparten 1356 documentos comunes para la compañía. Se realizan 11 formularios de trabajo, algunos resultados son: 1098 no conformidades registradas (2022: +150%); 427 acciones mejora registradas (2022: +369%); 839 riesgos asistenciales evaluados y gestionados; 122 objetivos en 2022 (2021: 56); 47 acciones de sensibilización en hospitales; 1630 incidentes seguridad notificados (2022: +118%).

El "Portal de Calidad y Transparencia" ha supuesto un hito transformando la metodología de trabajo, alineándola hacia objetivos comunes y capacitando profesionales a tomar decisiones objetivas con datos contrastados y compartidos.

El CMRA evalúa el despliegue de la estrategia, los resultados a través del Portal, facilita una visión global de compañía e identifica cambios de tendencia para diseñar acciones de mejora.

El éxito de este proyecto es el cambio organizativo global que afecta a la estructura asistencial de Vithas y permite impulsar cambios en la gestión y cultura.

ÁREA DE EVOLUCIÓN DE URGENCIAS: UNA FORMA DE ATENDER MEJOR A LOS PACIENTES Y EVITAR INGRESOS HOSPITALARIOS INNECESARIO

CARMEN MORENO BARBA; MARI LUZ BLANCO LINARES; RAFAEL ANTONIO PEREZ COSTA; CRISTINA AYALA NICOLÁS; SUSANA MARAVILLAS RAIGAL JURADO; FRANCISCO JAVIER SIERRA PREFASI

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17038

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las unidades de evolución de urgencias, ubicadas en los Servicios de urgencias hospitalarios que son asistidas por facultativos de estos servicios, con la colaboración de otros especialistas cuando se precise, son una alternativa a las unidades de corta estancia hospitalarias clásicas y mejoran la asistencia del paciente, disminuyendo el tiempo de estancia, ahorrando pruebas complementarias y evitando ingresos hospitalarios innecesarios

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar la eficacia de la unidad por los ingresos evitados y reconsultas o reingresos de los pacientes dados de alta.

Metodología

Se analizaron todos los pacientes incluidos en nuestra Área De Evolución de urgencias y Cuidados Transicionales (ADEC-T), durante el año 2022. El tiempo máximo de estancia en la unidad fue de 24 horas. Se valoró, edad y sexo, diagnóstico principal, destino final del paciente (domicilio, traslado o ingreso) y reconsulta del paciente en las siguientes 72 horas precisando o no ingreso. Una vez dado el alta, se hizo un seguimiento telefónico de los pacientes para ver su situación clínica y modificar tratamientos si precisaba. Se realizó estudio descriptivo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Ingresaron en la unidad 571 pacientes. La edad media fue de $81,9 \text{ /pm/}$ 13,18. Mediana 85. Moda 89. La edad máxima fue 100 años y la mínima 17. 353 pacientes eran mujeres (61,8%) y 218 hombres (38,2%). El diagnóstico más frecuente fue Insuficiencia cardiaca (24%), seguido de Infecciones respiratorias sin consolidación (12,1%), infecciones del tracto urinario (10,5%), Insuficiencia respiratoria (8,4%), Insuficiencia renal aguda (4%), Neumonía (3,9%), Fibrilación auricular (3,2%) y EPOC reagudizado (3%). Se dieron de alta antes de las 24 horas a 455 pacientes (79,7%), 107 precisaron ingreso (18,7%) y 8 se trasladaron a otro hospital (1,4%). Volvieron a consultar antes de las 72 horas del alta 13 pacientes, de estos precisaron ingreso 9 (1,9% de las altas). Hubo un exitus. 33 pacientes (7,2%) se enviaron a casa con oxígeno domiciliario, 10 pacientes a paliativos domiciliarios (2,2%) y 7 pacientes se derivaron a consultas externas (1,5%). Se realizó llamada de seguimiento a 290 pacientes (62,8% de los pacientes dados de alta).

Conclusiones

1. El área de evolución de urgencias (ADEC-T) es una medida organizativa eficaz que evita muchos ingresos hospitalarios (en nuestro caso 446 ingresos en 1 año) con una tasa de reconsultas y reingresos muy baja.
2. El seguimiento telefónico de los pacientes contribuye a mejorar la asistencia médica, modificar los tratamientos si precisa y favorecer que el paciente mejore en su domicilio.
3. La insuficiencia cardiaca, la insuficiencia respiratoria y las infecciones respiratorias y urinarias son las patologías que más pueden beneficiarse de estas unidades.
4. Las unidades multidisciplinarias de algunas patologías (insuficiencia cardiaca) pueden ayudar a potenciar este tipo de unidades de urgencias.

CÓDIGO POLITRAUMA: MINUTOS QUE SALVAN VIDAS

MARÍA JOSÉ CARRILLO BURGOS; JOSÉ NICOLAS GÁLVEZ; RAFAEL PEREZ COSTA; MANUEL JOSÉ PÁRRAGA RAMIREZ; MARINA CARRIÓN; MARÍA MOLINA CARRASCO

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17098

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los traumatismos representan la tercera causa global de muerte en España. En menores de 40 años es la primera causa de mortalidad y morbilidad y una de los principales motivos de pérdida de años de vida productiva.

Aunque la mortalidad extrahospitalaria ha descendido, no ha sido así en la mortalidad hospitalaria que sigue siendo alta, y lo más importante, evitable o potencialmente evitable.

Diferentes sociedades científicas recomiendan la creación de equipos de trauma multidisciplinares y estables que entrenen y se formen juntos, como solución para disminuir esta mortalidad.

En base a ello, en marzo de 2021 se creó un grupo multidisciplinar de trabajo, formado por los servicios de Cirugía General, Urgencias, Traumatología, Anestesia, Radiología, UCI y la colaboración del 061; con el fin de crear un documento de consenso que incluyera un protocolo de actuación concreto ante este tipo de pacientes. Un año después se logró publicar y difundir dicho protocolo que comenzó a activarse en mayo del 2022.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El Objetivo de este estudio es comprobar el impacto de la aplicación del Protocolo de actuación ante paciente politraumatizado sobre los tiempos de asistencia de este tipo de pacientes.

Para ello se elaboró un estudio de cohortes retrospectivo en función de si se activa o no el código. En él, se han incluido los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del 1 de marzo 2022 al 20 de mayo 2023, que cumplen los criterios de inclusión del protocolo de politrauma antes mencionado obteniendo así una muestra de 106 pacientes.

Se han medido las siguientes variables en términos de tiempo expresado en minutos: Tiempo de inicio de tratamiento, Tiempo de extracción de analítica, Tiempo de realización TAC, Tiempo inicio de cirugía urgente.

Para el análisis estadístico se han comparado las medias de cada variable utilizando el test de T de Student.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Comparando tiempos activando o no el protocolo, la media de minutos en el Tiempo de inicio de tratamiento ha sido de 6.3 ± 0.6 min cuando se activa frente a 14.5 ± 1.9 cuando no se activa con una $p < 0.001$. El Tiempo analítica ha sido 6.8 ± 0.4 min frente a 19.3 ± 2.6 $p < 0.001$. Respecto al Tiempo del TAC ha sido 21.3 ± 1.5 min frente a 46.6 ± 5.1 $p < 0.001$. Por último, el Tiempo de Cirugía urgente ha sido 92 ± 26 min frente a 139 ± 37 $p < 0.4$. Sólo ha habido 7 intervenciones urgentes en esta muestra.

Conclusiones

La aplicación del protocolo en los pacientes politraumatizados ha demostrado mejorar los tiempos de tratamiento inicial y exploraciones analíticas y radiológicas. En cuanto al tiempo de tratamiento quirúrgico, aunque hay mejoría, no es estadísticamente significativa probablemente por lo limitado de la muestra.

ASISTENTES CLÍNICOS (ÁMBITO Y ESPECIALIZADA): IMPLEMENTAR UN NUEVO ROL PROFESIONAL INNOVADOR EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

MARINA CLARAMBO-SEMIS; ANDREU ALOY-DUCH; JOAN CARLES LARREA-BAEZA; MONTSERRAT BENÍTEZ-CONEJO; LAURA LAHUERTA-VALLS; ROSA M^a SABATER-RAGA

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17133

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Un estudio reciente muestra que en Cataluña en los próximos 3 años, faltarán 2.571 médicos y 3.263 enfermeras para dar cobertura a las necesidades de la población, para hacer frente al cambio demográfico y a la demanda actual y futura.

Además, se constata que entre 10 y 24 horas semanales de médicos y enfermeras se destina a tareas administrativas, sin valor clínico, y que impacta en el nivel de satisfacción y realización profesionales. Han aparecido nuevos perfiles profesionales, como los Asistentes Clínicos, de perfil administrativo, que podrían ayudar a descongestionar de tareas administrativas al equipo asistencial, aumentar su productividad y disminuir el burnout existente post-pandemia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Presentar el estudio realizado de implementación de 2 tipos de ASISTENTES CLÍNICOS, el de ÁMBITO (ACA) para hospitalización, ambulatoria y urgencias, y el de ESPECIALIDAD (ACE), con el objetivo de dar, ambos, soporte administrativo y logístico al proceso asistencial.

Metodología

Estudio prospectivo piloto realizado en un hospital general de referencia de 300 camas entre 2021-2022, mediante indicadores pre- y post-implementación. Los ACA y ACE son técnicos en documentación sanitaria o titulados universitarios, formados en los nuevos roles, incorporando 3 profesionales ACA (en las áreas quirúrgicas, UCI y médicas) y 3 ACE (en las unidades de neurología, reumatología/endocrinología, y urología).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Indicadores 2022 ACE:

- Experiencia profesional (encuesta-mayo-2022, > 8/10): 93,8% mejora en la gestión administrativa y accesibilidad; 78% mejora el contacto con el paciente; 65,6% han disminuido sus actividades; 69% mejora del tiempo de consulta.
- Eficiencia: ahorro de 12 horas asistenciales médicas semanales (98% resueltas autónomamente); notificación del alta <9 h (2022/2021) (urología 72,8% vs 66,3%, neurología 20,2% vs 10,7%); consultas con 100% de las pruebas internas y externas visibles; entrega del 100% de los informes de alta <12h en urología.

2. Indicadores 2022 ACA:

- Experiencia paciente/familia: satisfacción 92% (> 8/10): rapidez en acudir al timbre 87,2%; trato correcto del personal 8,9/10.
- Experiencia del profesional (2 encuestas): 100% de satisfacción (reducción de tareas administrativas; agilización ingreso/alta; trámites telefónicos ágiles); satisfacción 8/10 final en el 94%.
- Eficiencia: ahorro de 35 horas enfermeras semanales; hoja de acogida enfermera (2022-2012) (87% vs 76%); test disfagia (35% vs 15%); úlceras nosocomiales (0,66 vs 2); pre-altas (98% vs 95%); espera al alta (3,5 h vs 4,5 h).

Conclusiones

La implementación del asistente clínico como un nuevo rol profesional en la atención especializada, en sus funciones de ACE y ACA de soporte administrativo, ha demostrado una mejora en la eficiencia, en los indicadores de calidad y en la satisfacción en la actividad asistencial de médicos y enfermeras en la atención especializada.

ESTRATEGIA FORMATIVA DEL PROYECTO: ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA POR ENFERMERÍA (APADE)

ANA BELÉN RAMÍREZ PUERTA; AURORA BARBERA MARTIN; MARIA CARMEN FERNANDEZ DIAZ; MAURICIO SAINZ-MAZA APARICIO; BEATRIZ BECERRIL ROJAS; MARCOS JOSE MUÑOZ BALSA

GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17358

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Proyecto APADE de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) pretende potenciar la capacidad de las enfermeras para resolver problemas agudos que demandan los usuarios, y se relacionan con necesidades de cuidados, y su gestión. Se desarrollan 21 procesos. Su difusión e implantación establece una estrategia formativa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Capacitar a las profesionales de enfermería y ampliar sus conocimientos y habilidades para el abordaje de los procesos desarrollados y mejorar su atención.

Se despliega una estrategia formativa 2021-2023 en la GAAP para la difusión del proyecto APADE y los procesos desarrollados dirigida a responsables de enfermería con posterior reversión en sus centros y cursos de capacitación a las enfermeras en valoración, exploración e intervenciones y en su registro en Historia Clínica Electrónica (HCE), con docentes (profesionales asistenciales y de gestión) miembros del grupo de trabajo de la GAAP. La gestión de la formación se hace a través de la aplicación informática FORMAP: Inscripción, anulación, emisión de certificados y evaluación. La oferta formativa se adapta a la evolución de la implantación del proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han impartido para responsables de enfermería:

"Gestión de la demanda: APADE" 7 ediciones (ed.) virtuales del 1er catálogo en 2021 con 278 inscritas y 7 ed. en 2022 del 2º catálogo con 228 inscritas. La valoración global media (VGM) del curso es 7.38 y 7.42 sobre 10, respectivamente, y la valoración de la utilidad para su trabajo habitual (UTH) de 7,72 y 7,62. En la valoración cualitativa resaltan la utilidad para definir las actuaciones de enfermería en cada proceso y la interacción entre iguales. Del 2º catálogo manifiestan insatisfacción por el formato virtual al ser procesos más novedosos en el abordaje por enfermería y con contenidos de exploración física específica.

Para profesionales de Enfermería:

"APADE: Valoración y exploración de enfermería en población adulta" 4 ed. presenciales en 2022 con 235 inscritas y 7 ed. en 2023 con 163 inscritas, la VGM es 7.67 en ambos años y la UTH de 8,02 en 2022 y 7,83 en 2023. Consideran una duración insuficiente precisando profundizar más en cada proceso.

"Intervenciones enfermeras en los procesos agudos de demanda" 4 ed. presenciales en 2022 con 86 inscritas, una VGM de 5.96 y UTH de 6,1. Solicitan un mayor enfoque práctico y en registro en la HCE.

Se planifican en 2023:

"Registro en HCE. APADE" 4 ed. presenciales en junio y septiembre.

"Seguimiento clínico de pacientes crónicos en la consulta de enfermería: Hipertensión y Diabetes" 2 ed. virtuales y "APADE: Valoración y exploración de enfermería en población infantil" 2 ed. presenciales en octubre y noviembre.

Las evaluaciones en las primeras ediciones permiten reconducir contenidos y la organización de los cursos. Los profesionales demandan mayor capacitación y seguir ampliando sus conocimientos y habilidades por lo que la estrategia formativa APADE debe ser continuada en el tiempo.

EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UNA RED EUROPEA DE REFERENCIA

JOSÉ JONAY OJEDA FEO¹; YADIRA BRAVO GALLEGO²; ANA MERINO FERNÁNDEZ²; ANA COLOMA ZAPATERO²; JAVIER COBAS GAMALLO¹; PALOMA JARA VEGA¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ., ²FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17401

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La creciente complejidad de los procesos atendidos y de los diagnósticos y terapias disponibles justifica hoy en día la necesidad de definir fórmulas innovadoras para garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. En los casos de enfermedades que precisan una concentración de recursos o conocimientos especializados y, más aún, cuando se trata de enfermedades complejas o de baja prevalencia, alcanzar este objetivo se hace más difícil y requiere, a menudo, de la cooperación entre los países la UE. Para dar respuesta a esta necesidad, nuestra Red es una de las 24 aprobadas en marzo de 2017 para un periodo de inicial de 5 años, en conformidad con la normativa europea.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo es describir los resultados del proceso de evaluación de los 5 primeros años de funcionamiento de nuestra Red, según lo establecido por la propia normativa de su creación, y, también, analizar en mayor detalle los logros asistenciales y de gestión obtenidos en este período.

El referido proceso de evaluación se ha desarrollado por un organismo independiente entre los meses de marzo y mayo de 2023, e incluye una evaluación integral de las Redes y sus miembros a través de la revisión de la documentación aportada, entrevistas no presenciales con los centros coordinadores y con representantes de pacientes, así como también auditorías presenciales en una muestra de los miembros de cada red. Los informes con los resultados se han difundido a centros coordinadores y miembros de las Redes, junto a la petición de acciones correctoras en aquellos casos en los que la evaluación no haya sido satisfactoria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado final de la evaluación ha sido satisfactorio, con un desarrollo completo del 94,3% de los elementos evaluados. De las evaluaciones realizadas a los 17 miembros originales de la Red, la mayoría (64,71%) obtuvieron un resultado satisfactorio. El proceso de evaluación ha proporcionado además información detallada sobre fortalezas, barreras y oportunidades detectadas a ambos niveles.

Por otra parte, respecto a 2017, se ha duplicado en 2022 el número de proveedores sanitarios pertenecientes a nuestra Red; contamos con 40 proveedores sanitarios de 21 países diferentes de Europa. Asimismo, y dado que en un mismo centro se puede disponer de más de un equipo de profesionales vinculados a la Red, es importante señalar la expansión que se ha producido alcanzándose en 2022 un total de 137 equipos vinculados en toda Europa. Esto supone que, en 2022, se han reportado a la Red 1324 procedimientos terapéuticos realizados y más de 4076 nuevos pacientes atendidos.

Otros logros de la Red comprenden el intercambio de incidencias y protocolos con las mejores prácticas (como ocurrió con la pandemia COVID19), la consulta clínica virtual de un número creciente de casos, la publicación de artículos conjuntos en revistas científicas especializadas, el abordaje de un marco específico de investigación para nuestra temática, o el desarrollo de un incipiente registro propio de pacientes.

GERIATRÍA EN LA COMUNIDAD (GERICOM) DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: UN PROYECTO INÉDITO E INNOVADOR

ANDREU ALOY-DUCH; OSCAR DUEMS-NORIEGA; SÍLVIA DE LAS CUEVAS RECASENS; SERGIO ARIÑO-BLASCO; GEMMA PÉREZ-JIMÉNEZ; RAQUEL BENAVENT-BOLADERAS.

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17438

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2050, en España, más del 41,9% de la población será mayor de 60 años, con un 6% de Pacientes Crónicos Complejos (PCC). La COVID en 2020 fue un reto sin precedentes, con hospitales "cerrados" y urgencias colapsadas. Se pusieron de relieve las carencias del modelo de atención al PCC y MACA (paciente con necesidades paliativas o cronicidad avanzada), con una atención fragmentada y hospitalaria, exponiendo a pacientes frágiles a entornos hospitalarios, lo contrario (en términos económicos y gestores) de los abordajes centralizados y la necesidad de una atención ambulatoria integral resolutive.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Presentar la creación e implementación del nuevo proceso clínico ambulatorio "GERICOM" para los PCC-MACA, como derivada y soporte al Hospital de Día Geriátrico (HdDG), de intervención integral aguda geriátrica domiciliaria, coordinado con la Atención Primaria, y describir los principales resultados en salud obtenidos.

Metodología

El estudio de implementación del programa GERICOM, entre 2021 (COVID) y 2023, ha atendido a los PPC- MACA con los criterios de edad, multimorbilidad y patología crónica grave. GERICOM, integrado por médico y enfermera especializadas en geriatría, y coordinado con la red de enfermeras gestoras y médicos de atención primaria (AP), realizó 1ª valoraciones, controles clínicos, abordajes diagnóstico-terapéuticos, e ingresos en atención intermedia o sociosanitaria. Así, se creó el proceso híbrido ambulatorio (HdDG - GERICOM domiciliario) con los horarios de atención, ficha de proceso y cartera de servicios. Los indicadores se describen en los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han atendido 469 pacientes PCC-MACA, media de edad 89,6 años, 64% mujeres, y escala de fragilidad 6,3; procedencia de AP 66% y de agudos 34%, antecedentes (55% insuficiencia cardiaca, 35% diabetes y 26% bronquitis crónica); coordinación con gestoras de AP cada 6 días; visitas conjuntas con AP cada 5 semanas; consultas telefónicas 7 al día; coordinación con médicos de AP 3 mensuales; pruebas y tratamientos realizados (analíticas 52%, furosemida ev 30%; hierro ev 13%; antibióticos 10%; ECG 5%, y con AP cura de úlceras 10%, paliación 18%, entre otros); visitas presenciales 3,76 por paciente; visitas telefónicas 4 por paciente; eventos adversos 0%; hospitalización 19% (fuera de horario 60%); enlaces con 9 centros de AP; satisfacción del 95% en pacientes y profesionales.

Conclusiones

La pandemia COVID ha motivado cambios importantes en la asistencia y en la gestión sanitarias, innovando y creando nuevos procesos y dispositivos, en la "nueva realidad". El programa GERICOM, dentro del proceso del HdDG, inédito e innovador, ha dado una adecuada respuesta durante y posteriormente a la COVID a los PCC-MACA, mediante una asistencia domiciliaria rápida, experticia geriátrica, en red con la Atención Primaria, con continuidad de la atención, aumento de la eficiencia y la seguridad clínicas, y máxima satisfacción de pacientes y profesionales.

EVALUACIÓN CONTRATO PROGRAMA INDIVIDUAL: COMPROMISO Y CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS COMUNES

AURORA BARBERÁ MARTÍN; JULIÁN JIMÉNEZ CARRAMIÑANA; M^a DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA; MILAGROS RICO BLAZQUEZ; CARMEN RUIZ TUÑÓN.

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17580

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Gestión de la calidad

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. En el primer trimestre de 2023, se evalúa el CPI 2022 y se liga a incentiviación económica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar e implantar un modelo de evaluación de los objetivos negociados en el CPI de los profesionales que permita incentivar económicamente conforme al grado de cumplimiento del pacto anual establecido.

Se constituye un grupo de trabajo operativo formado por profesionales de perfiles técnicos y de la gestión de recursos humanos. Se elabora un procedimiento para la evaluación de los profesionales de 18 categorías profesionales y desempeños, grupo A1: medicina de familia, pediatría, odontología y psicología; grupo A2: enfermería, fisioterapia, matronas y trabajo social; grupo C, D y E: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores e higienistas dentales. Se adapta la aplicación informática de Cuadro de Mando de Atención Primaria (AP) para el cierre de los CPI, permitiendo la consulta de información de los indicadores que se evalúan centralizadamente (dimensiones de accesibilidad, adecuación, seguridad del paciente, efectividad y eficiencia), el registro de la dimensión de participación por parte de los equipos directivos de los centros, y la consulta de los indicadores que responden a las dimensiones de formación e investigación que, son reportados por las unidades correspondientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha evaluado el CPI de 12.601 profesionales con 14727 situaciones valorables que han obtenido una puntuación media, según grupo profesional, de 53,91 de 100 posibles (rango de puntuación entre 0,38 y 98,13) en A1, 52,15 en A2 (rango de puntuación entre 1 y 100) y 64,85 en C, D y E (rango de puntuación entre 1 y 95). En la exposición de la comunicación se ofrecerán resultados detallados por estamento. Todos los profesionales han percibido una incentiviación económica correspondiente ajustada por el tiempo trabajado.

Se ha evaluado y determinado un grado de cumplimiento de un CPI pactado conforme a los resultados previos y necesidad de mejora individual de cada profesional, que ha determinado la incentiviación económica correspondiente a los profesionales evaluados. Entendemos que el proceso contribuye a establecer diferencias económicas ligadas al compromiso y contribución individual al cumplimiento global de objetivos de la GAAP. Consideramos un éxito el desarrollo operativo del proceso.

¿EXISTE SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS DE UCI Y REANIMACIÓN?

SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ; ALBERTO SALAS CAÑIZARES; MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ; ANGIE MABEL ARAUZ ROMERO; CRISTINA PEDREÑO SÁNCHEZ; ANTONIO JOSÉ CAMACHO MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14684

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El agotamiento es una respuesta prolongada a los factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo y se define por tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia. Algunos estudios han encontrado que el agotamiento de los profesionales sanitarios está asociado con un aumento de los errores, una menor satisfacción del paciente, tiempos de recuperación posteriores, estancias hospitalarias más prolongadas y una disminución del esfuerzo laboral profesional. El síndrome de Burnout tiene una elevada incidencia que puede llegar a poner en peligro la salud de los pacientes, por disminución del desempeño laboral de los profesionales de la salud

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional o síndrome de burnout (SB) en el personal sanitario de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Reanimación Postquirúrgica (RPQ) de un Hospital Universitario.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado en los servicios de UCI y RPQ. El universo está conformado por 126 profesionales: UCI: 44 enfermeros, 24 auxiliares de enfermería y 10 médicos intensivistas. Reanimación: 21 enfermeras, 15 auxiliares y 12 anestesiólogos. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Variables: Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP), Realización Personal (RP).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tasa de respuesta: 68,2%. Edad media: 40,51 años, 73% mujeres. Estado civil: 11,6% solteros, 8,1% viven con familia, 3,5% viven con otras personas, 55% viven en pareja con hijos, y 20,9% viven en parejas sin hijos., 26,7% diurnos, y 73,3% turno rotatorio. Tempo de trabajo media 47,7% (41) 1 -5 años. CE bajo 57%, 19,8% alto DP: Bajo 59%. 19,8% alto. RP 43% alta. SB: 15,11%. Las mujeres presentan una DP alta 58,8%, y RP del 78,8%.

Discusión

Es necesaria la implantación de programas para prevenir y tratar este síndrome. Estas intervenciones no solamente pueden influir positivamente en su salud y bienestar, sino que también pueden mejorar la práctica clínica, la calidad de la atención y cuidados, la seguridad del paciente y reducir costes económicos. Por tanto, es imperativo implementar estos programas dirigidos a los profesionales. Se deben desarrollar estrategias y tratamientos para el estrés laboral crónico adaptados a las características de cada servicio, así como programas de formación relacionados con la adquisición de habilidades sociales, de comunicación, autoestima, relajación y afrontamiento. También es necesario evaluar los factores institucionales que pueden mejorar las condiciones de trabajo. Considerar líneas futuras de investigación ampliar el estudio en otras unidades.

HERRAMIENTA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RECURSOS Y PLANIFICACIÓN DE HOSPITAL DE DÍA

ALEJANDRA ABAD GONZÁLEZ; ADRIÁN GARCÍA ROMERO; MÓNICA PLAZA OCHOA; JUSTO PÉREZ VERGARA; PALOMA SANTOS ÁLVAREZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15021

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Un hospital de día es un centro multidisciplinario donde el paciente acude para recibir tratamiento y regresar después a su domicilio. Se trata de un ámbito que cuenta con recursos de hospitalización, pero cuya gestión es similar a la de consultas externas lo que la hace sumamente complicada. El diseño de procesos y herramientas que garanticen la seguridad de los pacientes y ofrezcan una atención sanitaria de calidad es fundamental. Esto se ve incrementado en estos centros ya que los pacientes que acuden, en la mayoría de los casos, son pacientes crónicos que requieren medicación y tratamientos muy concretos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La finalidad de este proyecto es la reorganización de los procesos de hospital de día y la creación de herramientas que faciliten su gestión.

Para ello, en primer lugar, se han redefinido todos los procesos. Considerando los diferentes actores que intervienen en el funcionamiento de hospital de día, se han creado circuitos que optimicen el uso de los recursos y garanticen la correcta atención a los pacientes. Con el fin de documentar la nueva organización, para poder ser consultada cuando se requiera, se han creado diagramas de flujos para cada uno de los procesos.

Además, se han rediseñado las agendas de manera que reflejen la actividad real realizada y, por tanto, puedan ser empleadas en la planificación.

Una vez se han rediseñado los procesos y las agendas, se ha procedido a crear un cuadro organizativo para conocer, en tiempo real, la ocupación de hospital de día. Se trata de un cuadro donde aparecen los diferentes recursos (sillones y camas) y por franjas horarios indican qué paciente acude a cada recurso y el tratamiento que se debe realizar. Para ello, se extraen los datos de Selene, una aplicación utilizada en atención especializada que integra la historia clínica del paciente, y haciendo uso de procesos de extracción, transformación y carga (ETL) se integran los datos para obtener la estructura deseada.

Posteriormente con Excel se ha creado el cuadro que, de manera visual, permite conocer la ocupación diaria para cada recurso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La creación de herramientas que faciliten la gestión y la reorganización de procesos suponen una mejora notable en el funcionamiento diario de hospital de día. Una correcta planificación es imprescindible para garantizar que todos los pacientes reciben la atención que requieren de manera correcta. Con el uso del cuadro se ha podido mejorar la organización, distribuyendo uniformemente el flujo de pacientes que acuden a hospital de día a recibir tratamiento.

LOS ASISTENTES COGNITIVOS COMO INSTRUMENTOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

JOAQUIN GRANDE BAOS¹; LILISBETH PERESTELO PÉREZ²; INMACULADA CLEMENTE PAULINO³; JUAN BAUTISTA RUIZ ALZOLA⁴

¹UNIDAD DE APOYO DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD// CANARIAS, ²DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (RICAPPS)// CANARIAS, ³SERVICIO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN. CONSELLERIA DE SANITAT. GENERALITAT VALENCIANA// COMUNITAT VALENCIANA, ⁴UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRANCANARIA// CANARIAS

ID: 15093

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Una atención excelente implica que los profesionales sanitarios conozcan el máximo de detalles del mal funcionamiento o patología del paciente y también las circunstancias que podrían actuar como causa o consecuencia; y todo ello, con el seguimiento más próximo posible.

Este desiderátum solo se implementa en las unidades de vigilancia intensiva, de forma muy costosa e intrusiva, en los casos que no hacerlo podría comprometer seriamente la vida o la función del paciente. Para el resto, se modula en función de las disponibilidades de recursos humanos del sistema, procurando ajustarlas según el estado del arte.

Por otra parte, la interpretación de imágenes se refería a la capacidad discriminativa de pixels del ojo humano, y el procesamiento de datos a las herramientas estadísticas convencionales, con parámetros limitados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los asistentes cognitivos facilitan herramientas de interfaz entre los pacientes y el sistema sanitario, que permiten el intercambio bilateral de información, a coste muy reducido y con mínimas intrusión y interrupción biográficas.

También permiten la interpretación de imágenes ultrapixeladas y el análisis de grandes volúmenes de datos que posibilitan hallazgos no previamente buscados.

El método propuesto consiste en la revisión bibliográfica de todos los avances en las distintas áreas de la IA y la supercomputación relacionados con la salud que debe servir para el análisis de potenciales costo, impacto (beneficios e inconvenientes) y posibilidades de éxito.

Los objetivos se centran en una correcta identificación de los supuestos a desarrollar, maximizando impacto, eficiencia y porcentaje de éxitos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Distintos autores presentan propuestas diferentes, considerando tanto su acervo científico-metodológico como sus propios intereses. La creación de espacios de conocimiento y reflexión comunes facilitará el consenso y la reducción de sesgos de perspectiva.

Estos deben incluir, necesariamente, a los pacientes, los profesionales de las distintas áreas y especialidades, los tecnólogos de los sistemas sanitarios y de las empresas potenciales adjudicatarias de los desarrollos, los planificadores y gestores sanitarios, los evaluadores de tecnologías y los epidemiólogos.

Para fundamentar las estimaciones, un análisis en profundidad de los diferentes pilotos acabados o a punto de hacerlo (que hayan superado varios hitos parciales) constituye una herramienta potente.

Entre estos buenos resultados podemos referir los relativos a las Apps para promoción de estilos saludables de vida, tanto en población general como vinculados a la optimización de ciertas terapéuticas como la deprescripción de benzodiazepinas o de antidiabéticos orales ligadas a mejoras de hábitos saludables, los dictáfonos inteligentes, la monitorización de pacientes crónicos y el diagnóstico de imágenes de Rx tórax, RMN lumbar, Retina...

MEJORAR UN PROCESO COMPLEJO CON MULTIPLES INTERVINIENTES: EVALUACIÓN DEL TRASLADO INTERHOSPITALARIO EN UNA COMUNIDAD

MARÍA DOLORES ROBLEDO TIRADOR; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LÓPEZ; JOSÉ ALFONSO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ; RICARDO GARZÓN SÁNCHEZ; JESÚS MARÍA MONTERO GÓMEZ; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ

SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15123

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El traslado interhospitalario (TI) consiste en el traslado de pacientes desde un centro hospitalario a otro para recibir un nivel más especializado de atención médica o para acceder a servicios y tratamientos específicos. Los TIH son realizados por equipos médicos capacitados y utilizan vehículos equipados para garantizar la seguridad y el cuidado adecuado del paciente durante el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar los TIH realizados en los 3 últimos años a fin de identificar mejoras del proceso.

Metodología

Estudio descriptivo de TIH realizados entre 2020 y 2022 Cuadro de mando del SUMMA112:

- Nº de traslados TI anuales (NTIA) en transporte no urgente (TSNU) y transporte urgente (TU)
- Nº de Hospitales (H) implicados
- Nº de servicios implicados en TU
- Tipo de recurso implicados en TU Estadística descriptiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

NTIA: de 32.611 a 61.825 viajes

Nº de H de origen (O): 110 de los que 60 son centros privados o concertados Nº de H de destino (D): 81 de los que 30 son centros privados o concertados Servicios hospitalarios implicados: 41 en TU

El 14,27% de los servicios estaban sin registrar

Los tres H que realizan más traslados como O: H la Paz (HULP) con el 9,06%, H Infanta Leonor (HUIL) con el 8,03% y H General Gregorio Marañón (HGUGM) con el 5,21% al ser centros que tienen varios H periféricos que disponen sus camas de hospitalización

Los H más frecuentes como D son HULP con el 11,21%, HGUGM con el 10,21% y el Hospital 12 de Octubre con el 6,72% debido a que son los H de 3er nivel con más especialistas tanto de adultos como infantil

El 48,88% son de TSNU y el 51,11% de TU

En el TU el servicio más frecuente implicado es el de urgencias con un 34,57%, el 11,38% de psiquiatría, el 6,18% de cardiología, con un 14,27% sin registrar

Recursos móviles que intervinieron: en un 34,50% UVI y 65,48% SVB

En 2020, por la pandemia COVID19, se duplicaron los traslados tanto en TSNU como TU debido a las necesidades de camas y se realizaron traslados a más centros privados

En 2022 se dejaron de realizar traslados en ambulancia psiquiátrica por motivos de humanización sin embargo no aumentaron los traslados en SVB

Conclusiones:

El volumen de TIH en TSNU del HULP, HUIL y HGUGM justificaría disponer de recursos propios para los traslados de sus pacientes, ya que suponen entre los tres el 31,95% de los traslados. Favoreciendo la accesibilidad e inmediatez de los mismos

Es necesario mejorar el registro de los servicios y revisar los procedimientos con los servicios de urgencias, cardiología y psiquiatría, así como alianzas con los 3 H de D para garantizar la mejor prestación posible para el paciente y la eficiencia de los recursos móviles.

Como aprendizaje para una situación de crisis como el COVID hay que tener en cuenta la disponibilidad del doble de recursos tanto de TSNU como TU para los TIH fundamentalmente para ingreso en otros centros por falta de cama.

El análisis de los TIH ayuda a la planificación sanitaria y al uso racional de los recursos.

AYUDA AL CIUDADANO CON UN TELÉFONO PARA EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE

MARÍA DOLORES ROBLEDO TIRADOR; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LÓPEZ; ÁNGEL BERMEJO RODRÍGUEZ; RAQUEL ABEJÓN MARTÍN; MARÍA ÁNGELS RAMÍREZ PÉREZ; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ

SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15135

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La atención telefónica es un instrumento de comunicación efectiva entre los servicios sanitarios y el ciudadano. Su papel ha sido reforzado con el Covid-19. El lenguaje es el vehículo principal de las relaciones entre las personas afecta al Transporte Sanitario (TS) ya que hace la comunicación efectiva y juega un papel fundamental tanto para la población como para los profesionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar las llamadas telefónicas de ciudadanos y profesionales para información y apoyo al TS no urgente

Metodología

Estudio descriptivo de series temporales analizando el nº y motivo de llamadas (LI) mensuales de 2019 al 2023.

Fuente de datos: Cuadro de mando del SUMMA112:

- Nº de traslados anuales (NTA) que se realizan en TS
- Nº de LI anuales recibidas
- Clasificación de las llamadas: 23 motivos. Estadística descriptiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

NTA: de 800.000 a 1.200.000 viajes

Nº llamadas anuales: entre 272.719 y 377.906.

Motivo más recurrente: la LI para solicitar un transporte de prestación ambulante que no llega en el tiempo establecido con un promedio () : 38,06%

El 2º motivo es la confirmación del servicio (: 17,98%).

Durante los últimos 5 años, se ha registrado un del 12,68% de LI nulas.

Al analizar los motivos, el 28,72% corresponde a solicitudes de ayuda por parte de ciudadanos o profesionales, para confirmar o modificar servicios o para obtener información. El 48,88% de las LI se relacionaron con tiempos de servicio inadecuados en la prestación ambulante o ingreso.

El nº de LI para brindar apoyo a ciudadanos o profesionales es constante en los últimos 5 años, salvo en 2020 por el COVID-19.

Las LI relacionadas con tiempos de servicio inadecuados están vinculadas a quejas sobre la calidad del servicio, las cuales han disminuido aproximadamente un 50% durante 2023, gracias a las medidas implementadas para su mejora.

Conclusiones

Estimamos que el teléfono es un medio apropiado para atender a la población en cuanto al servicio de TS, ya que su uso se mantiene constante, independientemente de la calidad del servicio.

Los motivos de las LI nos llevan a considerar la necesidad de mejorar la información proporcionada al paciente sobre su solicitud de TS, y la forma en que recopilamos los requisitos del mismos, para satisfacer la demanda de la población ya que estos aspectos constituyen las consultas más frecuentes.

Aunque se utiliza el mensaje de texto (SMS) para informar sobre la solicitud del TS, muchos teléfonos no se encuentran disponibles en la base de datos poblacional y las personas mayores pueden tener dificultades para utilizarlos con este fin; por lo que es preciso que conozcamos nuestra población para conocer el alcance de nuestras medidas.

Tener un canal de comunicación abierto y accesible para la población y los profesionales del TS fomenta la confianza y la satisfacción. Los usuarios se sienten respaldados y atendidos, ya que tienen la certeza de que sus necesidades serán escuchadas y resueltas de manera oportuna.

METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

MARIA OLGA ROCA BERGANTIÑOS; RAQUEL VAZQUEZ MOURELLE; ISABEL LOSADA CASTILLO; PILAR SECO MAQUIERA; MARÍA FLOR SUAREZ BLANCO; ALBERTO MARCIAL TOMÉ NOGUEIRA

CONSELLERÍA DE SANIDAD// GALICIA

ID: 15375

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Pasados los años de vigencia del Plan Estratégico anterior, se plantea la necesidad de elaborar un nuevo Plan para desarrollar a lo largo de 5 años. 2023-2028

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Este Plan Estratégico pretende marcar la hoja de ruta y definir las líneas de trabajo a desarrollar por las Áreas Sanitarias de la Comunidad Autónoma en todo lo referente a la Calidad y la Seguridad de los pacientes en los próximos cinco años.

Metodología

Después de realizar un análisis retrospectivo de la situación, un AMFE y un análisis DAFO:CAME y consensuando en todo momento con las Áreas Sanitarias, se definen diez líneas de trabajo.

Desde Servicios Centrales de la Comunidad, se elabora la instrucción, justificación, análisis, método y las líneas generales del documento, así como el cronograma de ejecución posterior de cada línea.

También desde Servicios Centrales, se establece la metodología a seguir para el diseño de las líneas: tipo de letra, apartados que ha de contener, los contenidos (objetivos, acciones, indicadores...), tablas, indicaciones para la bibliografía para poder posteriormente unificar el documento final.

Se nombra un responsable/líder por cada línea estratégica (responsables de calidad de las Áreas Sanitarias) que a su vez formarán un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales representantes de las Áreas para el desarrollo de la línea asignada. En cuatro líneas se ha contado con la participación de pacientes y cuidadores/familia.

En cada línea se han definido: objetivos, acciones, indicadores, estándares y plazos de ejecución.

A lo largo del proceso, se hacen reuniones conjuntas con los responsables de las líneas para dar apoyo, revisar los contenidos y recibir reporte de la situación del trabajo en cada línea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Actualmente están finalizadas las diez líneas, definidos los objetivos, las acciones, los indicadores y han sido enviadas a todas las Áreas Sanitarias para ser consensuadas. En Septiembre se hará la presentación oficial de la Estrategia.

Conclusiones

La metodología empleada de dar participación y solicitar el consenso final, ha resultado muy efectiva y eficaz. La participación de los profesionales a través de los equipos de trabajo multidisciplinarios en las diferentes Áreas Sanitarias y Servicios que se han creado, ha sido satisfactorio y muy fructífero.

PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO: UNA HERRAMIENTA DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

ALFONSO LUÍS BLÁZQUEZ MANZANERA; M. ELENA POVEGA GÁLVEZ; FERNANDO ANTONIO CALERO LEGIDOS

HOSPITAL GENERAL DE VILLARROBLEDO// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15611

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Todos los laboratorios de análisis clínicos de nuestra Comunidad Autónoma poseen un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001:2015. Recientemente, se resolvió el concurso de reactivos de nuestro laboratorio que, además del cambio de todos los equipos analíticos del laboratorio, llevaba implícito una adecuación de espacios de gran envergadura. Aunque en un primer momento, la empresa licitadora propuso llevar a cabo la obra sin cambiar la ubicación del laboratorio, desde la Dirección del Hospital, y a instancias del laboratorio, se planteó otra opción. El Punto 6.3 de la Norma contempla la necesidad de una planificación del cambio donde se debe considerar el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de los recursos y la asignación de responsabilidad y autoridades.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es la descripción de como se aplicó el punto 6.3 de la Norma desde una comisión multidisciplinar del hospital para definir los ítems de las dos fases de instauración del nuevo laboratorio: una primera que incluía un primer traslado a una ubicación provisional para dejar totalmente libre el laboratorio y que la obra pudiera desenvolverse de manera más ágil (9 de diciembre de 2022) y una segunda fase para el traslado a su localización definitiva (12 de junio de 2023).

Esta Comisión estuvo compuesta en una primera fase por el jefe de Servicio del laboratorio, Supervisor de Servicios Centrales, jefe de Servicio de Informática, jefe de Servicio de mantenimiento y la Dirección de Gestión del Hospital. En una segunda parte, se incorporó la empresa licitadora responsable de la adecuación de espacios. A cada ítem planteado en ambas fases se le asignó un responsable y se fijó una estimación de fecha a realizar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En una primera fase, todos los ítems se realizaron con un 100% de cumplimiento en fechas. Este traslado no supuso en ningún caso parar la actividad asistencial del laboratorio en Atención Primaria ni hospitalaria, ni desviar muestras a otros hospitales. En el Análisis de Riesgos, fueron planteados todos los factores que podrían influir en ese primer cambio.

En una segunda fase de vuelta a la ubicación definitiva, hubo un cumplimiento del 97% por incumplimiento de tiempos de algunas de las empresas licitadoras. Estos problemas dieron lugar a un retraso en el tiempo de inicio de la actividad, pero no supuso paralización de la actividad ni traslado de muestras.

Este cambio llevo implícito el desarrollo de una obra de gran nivel, dos traslados, instalación de nuevos equipos y formación de los mismos. No hubo ningún problema de importancia que afectara a la seguridad del paciente. Como conclusión podemos evidenciar la necesidad de planificar cualquier cambio de envergadura en nuestros dispositivos, la importancia de tener un eficaz SGC como herramienta y el valor de enfocarlo de una manera multidisciplinar con las diferentes partes implicadas.

UN BOLETÍN A TU MEDIDA, UN BOLETÍN CON COMPROMISO

BERTA CANDIA BOUSO¹; CLARA OLVEIRA LORENZO²; M^a EVA CAMPOS OUBEL²; MINIA AMBOAGE³; OLALLA SAYANS³; JUAN MANUEL PAZ NEIRA³

¹ÁREA SANITARIA A CORUÑA Y CEE. GALICIA, ²ASCEE. GALICIA, ³ASCC// GALICIA

ID: 17034

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Para ofrecer al cliente o usuario lo que necesita" en el ámbito de la gestión de riesgos clínicos contemplamos la oportunidad de diseñar una estrategia para mejorar el feedback de la información sobre Seguridad de Pacientes en el Área Sanitaria de A Coruña (ASCC). Desde hace años, realizamos periódicamente un Boletín de Seguridad sobre las notificaciones, en el que se incluyen las acciones de mejora relevantes. Evidenciamos que no conseguimos despertar suficiente interés en los profesionales a los que nos dirigimos. Su impacto es muy bajo y el esfuerzo que se requiere para su elaboración es importante.

Precisamos dar un feedback con actualidad, dinamismo y transparencia, transmitir información sobre las mejoras que día a día nos esforzamos en llevar a cabo con la indiscutible ayuda de los profesionales que con sus notificaciones nos abren los ojos y nos facilitan que desarrollemos de forma activa el camino hacia la mejora. Es por ello por lo que emprendimos un nuevo enfoque en la comunicación, con un boletín de seguridad interactivo, procurando una mayor visibilidad, informando sobre las acciones de intervención realizadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una estrategia que impulse a los profesionales a participar en la mejora de la seguridad de los pacientes.

Se diseña una herramienta de comunicación, un boletín interactivo con una sección sobre evolución de las notificaciones, seguida de varias secciones que describen actuaciones de mejora sobre los principales factores contribuyentes, con la opción de que el profesional que accede a dicho boletín pueda elegir la ruta de consulta en función de su interés profesional. Este enfoque, implica a los profesionales promoviendo las notificaciones y facilita la coordinación entre gestores SiNASP, ya que requiere disponer de un banco de acciones estructurado para su difusión posterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La difusión automatizada del Boletín se realiza a través de la intranet del ASCC, en un espacio dedicado a "Nuevas noticias" a modo de carrusel en la página principal de la intranet, con acceso para 8.000 trabajadores. Nuestra propuesta es facilitar la accesibilidad al Boletín mediante nuevos caminos de la intranet que vamos explorando, como la creación de un banco de acciones de mejora que permitan nutrir al Boletín de forma actualizada, evitando así los esfuerzos periódicos al diseño del mismo y facilitando la información lo más cercana a la acción.

Entre los indicadores de resultado destacamos que tras la publicación del primer Boletín interactivo, en un periodo de 2 meses, se incrementaron las notificaciones en un 25% frente al mismo periodo del año anterior. Esta herramienta incorpora en la misma indicadores de resultado, como una encuesta de satisfacción que pueda estar accesible con código QR para todos los profesionales que accedan y que puedan plantear mejoras sobre este feedback.

QUÉ NOS HA APORTADO EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LAS SESIONES CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

ANA MARÍA RUIZ RUIZ; MARÍA ÁNGELES BALLESTEROS SANZ; MARIA JOSE DOMÍNGUEZ ARTIGA; MARIA ISABEL RUBIO LÓPEZ; VIRGINIA FLOR MORALES; JUAN CARLOS RODRÍGUEZ BORREGÁN

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17260

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La realización de sesiones clínicas es una práctica hospitalaria habitual como canal de comunicación entre profesionales del mismo servicio y con otros profesionales para intercambio de información científica, opiniones y experiencias sobre áreas de competencias comunes en la práctica diaria de medicina intensiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Acreditación de las sesiones trimestrales de un servicio de medicina intensiva de un hospital de tercer nivel e identificación de áreas de mejora.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de enero a diciembre de 2022, en un servicio de medicina intensiva certificado por la Norma ISO 9001:2015 en un hospital de tercer nivel. Se detectó la necesidad de esta acreditación mediante entrevistas a residentes y detección de áreas de interés, necesidad de y difundir los protocolos del servicio, participación de cada facultativo en una formación continuada interna al año según el manual de Buena práctica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y alcanzar el indicador de la SEMICYUC en que más del 75% de los profesionales obtengan créditos de formación continuada relacionados con las competencias del puesto. Se cumplimentó la solicitud de la Comisión de Formación Continuada del Servicio de Salud que obligó a la implantación de un calendario previo sesiones, con curriculum de ponentes y evaluación de la satisfacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se programaron sesiones clínicas monográficas, de actualización, bibliográficas, mortalidad y casos clínicos tras consulta abierta a los profesionales, además de un mínimo de una sesión por trimestre a cargo de otro servicio/unidad del hospital, un ponente de otra comunidad y una sesión de mortalidad, con turno de preguntas al final.

A lo largo de 2022 se realizaron 47 sesiones, divididas en tres trimestres. El 72,4% de las sesiones fueron expuestas por residentes del servicio y rotantes, con tutorización de un médico adjunto. Se alcanzó el objetivo de un ponente de otro servicio por trimestre (5, 10,6 % de las sesiones), un ponente externo por trimestre (3, 6,38%) y sólo se realizaron dos sesiones de mortalidad en el año (4,2 %). El porcentaje de personal inscrito a la actividad varió entre el 40 – 60%, con un 42% de obtención de créditos. La cumplimentación de la encuesta de satisfacción fue menor del 50%. Se establecieron áreas de mejora en la distribución del tipo de sesiones, en la cumplimentación de las encuestas con creación de un formulario web, que posteriormente se extendió al resto de servicios del hospital a través de Docencia.

Conclusiones

El proceso de acreditación mejoró la participación de los profesionales del servicio, de otros servicios hospitalarios y de ponentes de otros hospitales y mejoró la cumplimentación de las encuestas de satisfacción de papel a encuesta online.

Aún en mejora la asistencia de los profesionales y su fidelización, las sesiones de mortalidad y aumento el número de profesionales con créditos de formación continuada.

HERRAMIENTAS PARA ISO 9001:2015: LISTADO DE VERIFICACIÓN PARA AUDITORES INTERNOS Y PRE-AUDITORÍA PARA AUDITADOS

CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ¹; BEATRIZ FLORES ANTÓN¹; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA¹; YURI FABIOLA VILLÁN VILLÁN²; FRANCISCO RODRÍGUEZ GARCÍA³; PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE; ²HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, ³ASECAL – CONSULTORÍA, ⁴INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE -I+12// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17432

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La certificación 9001:2015 de servicios y unidades de las organizaciones sanitarias conlleva la realización de auditorías internas previas a la auditoría externa de certificación o recertificación. Supone disponer de profesionales con la formación adecuada y con la capacidad de auditar un servicio distinto al suyo. En cualquier caso, es necesario asegurar una calidad mínima que permita la preparación adecuada de la auditoría externa y la mejora continua de las áreas de mejora detectadas.

Aunque los profesionales habituados y formados anualmente para la realización de las auditorías tienen un buen conocimiento de la Norma, a veces el procedimiento de auditoría produce cierta inseguridad. Así mismo, se pueden olvidar aspectos fundamentales para su revisión que deban ser completados posteriormente alargándose los tiempos de las auditorías.

Desde la coordinación del Sistema General de Gestión de la Calidad era necesario garantizar un mínimo de estandarización de las auditorías internas cerrando el gap entre auditores más y menos experimentados, así como ofrecer una ayuda a los auditados noveles para preparar las auditorías adaptando un listado de verificación pre-auditoría utilizado en el Servicio de Neonatología para sus auditorías.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Realización de un formulario de seguimiento de la auditoría, listado de verificación, para facilitar un procedimiento normalizado y un seguimiento detallado de los puntos de la Norma. Incluye tres momentos de recogida de datos que están estructurados y permiten su transferencia a un informe de auditoría. El primer momento es en la revisión de la documentación previa a la auditoría, la herramienta permite identificar qué documentos se han solicitado y recibido, qué aspectos han sido revisados y requerirán aclaración el día de la auditoría y cualquier posible no conformidad, observación o recomendación identificada. El segundo momento es el de la revisión documental in situ el día de la auditoría interna y el tercero la revisión de hasta dos procesos de la unidad o servicio. Incluyendo, revisión de caducidades, revisión de almacenes y revisión de un paciente.

Adaptación general del formato de listado de verificación preauditoría del Servicio de Neonatología para su aplicación en todos los servicios y unidades auditados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los responsables de calidad y auditores internos que emplearon estas herramientas durante el año 2022 encontraron que fueron de gran utilidad. Se procederá a incluir preguntas específicas sobre estas herramientas en la próxima encuesta de satisfacción y los próximos pasos son la automatización de la salida de datos en forma de informe estructurado.

Ante la dificultad de adquirir y/o mantener software de gestión de la calidad puede ser de utilidad la adaptación de esta herramienta para la realización de las auditorías internas. El formulario depurado de acuerdo a las sugerencias recibidas de los auditores internos que hicieron de beta testers en 2022 puede ponerse a disposición de quien pueda necesitarlo.

EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA A CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; ALICIA DÍAZ REDONDO; ALBA RAPELA FREIRE; PATRICIA FERNÁN PÉREZ; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ; RUBÉN FRANCISCO FLORES GARCÍA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17532

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El hospital inició la ejecución de su planificación estratégica en 2018 con una propuesta a 5 años que incluía 12 líneas estratégicas: L1. Un proyecto de todos; L2. Dar voz y escuchar a los pacientes; L3. Compromiso con la calidad asistencial y seguridad del paciente; L4. Priorizar y consolidar líneas de excelencia; L5. Liderazgo eficaz y participativo; L6. Agilidad y eficiencia en el funcionamiento; L7. Innovación en modelos asistenciales y atención pluridisciplinar; L8. Desarrollo de competencias orientadas a resultados y gestión del conocimiento; L9. Investigación e Innovación; L10. Promoción de la "Marca Marañón" en la sociedad y el sector salud; L11. Transferir conocimiento a las nuevas generaciones; L12. Desarrollo de una estructura y tecnología de vanguardia sostenible y en un entorno saludable. La ejecución del plan incluye su evaluación y revisión para poder analizar que se ha conseguido y establecer nuevas líneas de trabajo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos planificados para un periodo de 5 años.
- Determinar nuevas líneas de trabajo o nuevas acciones para renovar la planificación.

Metodología

La evaluación de la planificación del hospital se realizó por un doble sistema de evaluación, que incluía un sistema de revisión cualitativo y un análisis cuantitativo.

La evaluación cuantitativa se elaboró a través de un panel de indicadores planteado en 2018, cuando se inició el plan, donde se incluyeron un total de 88 indicadores clave para la evaluación de 12 líneas estratégicas. Los indicadores se monitorizaron al menos una vez al año con motivo de las revisiones anuales.

La evaluación cualitativa se realizó mediante un sistema dividido en dos etapas: una etapa inicial en la que participaron grupos de trabajo para cada línea estratégica y una segunda etapa en la que el equipo directivo integraba la información proporcionada por los grupos de trabajo para establecer la valoración final. Para ello se estableció una escala de 0-10, donde se fijaron diferentes estados según la puntuación: [0-4) No conseguido; [4-7); Desarrollo temprano; [7-9) Desarrollo avanzado; [9-10) Conseguido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado de la evaluación cualitativa se desglosó para cada acción planificada, un total de 177 acciones. Estas se agruparon en función de si se consideraron conseguidas, en desarrollo o no conseguidas y se resumieron para cada línea estratégica el total de acciones ejecutadas (conseguidas o en desarrollo). Con los siguientes resultados: L1: 90,9%; L2: 100,0%; L3: 94,1%; L4: 92,3%; L5: 85,7%; L6: 90,5%; L7: 92,3%; L8: 100,0%; L9: 100,0%; L10: 91,7%; L11: 76,5%; L12:96,0%. El análisis de los indicadores por línea estratégica mostró como tendencia general una mejora o un mantenimiento de los valores de 2018.

Los resultados se vieron fuertemente condicionados por los años de la pandemia COVID-19, pero el seguimiento continuado y adaptación de la planificación permitieron conseguir la consecución de buena parte de los objetivos planificados.

UN "PERIODICO"; COMUNICACIÓN EFICIENTE, POSITIVA Y DIRECTA

BEATRIZ FIDALGO HERMIDA¹; JOSE MANUEL CARRASCOSA BERNALDEZ¹; ANA FERNANDEZ FERNANDEZ¹; MARIA DEL CARMEN BERMEJO MARGALLO²; ESTHER PEREZ PEREZ¹; MIGUEL RAMAJO MARTIN¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ GERMAIN. COMUNIDAD DE MADRID, ²HO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17570

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones, desde siempre, han querido y quieren una comunicación transparente, eficiente, positiva y directa, que optimice en gran medida la transferencia de información de un departamento a otro, entre miembros de un equipo, con el paciente, entre compañeros, etc...

Por otro lado mejorar la comunicación produce ventajas como el alineamiento de los equipos, mejora del clima laboral, mejora de la asistencia al paciente, etc..

A diferencia de la voz, la escritura marca y crea un registro de todo lo que sucede, da certeza sobre un hecho en el tiempo y evita que la información se distorsione.

Esto nos hizo pensar que un "periódico" cumple los requisitos que nos permite mejorar la comunicación

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nos propusimos la creación de un periódico del hospital, que nos mantenga actualizados sobre las actividades, logros, reconocimientos, hechos que ocurren a nuestro alrededor, que nos permita anunciar, todo aquello que el profesional o paciente considera relevante, haciéndoles partícipes en su elaboración, que, sirva como entretenimiento para sacarles un rato de su zona de confort y que, además, cree hábitos de lectura.

Para ello formamos un grupo de profesionales en enero 2023, diseñamos un circuito para la recogida, edición y maquetación del periódico, diseñamos un estilo y diferenciamos las áreas secciones con las que comenzaríamos la edición O del periódico "1851".

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Disponemos de un periódico que contiene las siguientes secciones: Noticias breves (hechos han ocurrido recientemente o que van a ocurrir a corto plazo), reconocimientos y agradecimientos a profesionales (espacio en el que se exponen logros o agradecimientos a los profesionales), quien es quien (los servicios, departamentos se dan a conocer al resto de sus compañeros), obras (se exponen las ultimas remodelaciones, o mejoras de infraestructuras que han acontecido), voz del paciente (espacio para que el paciente nos cuente sus inquietudes, deseos, o proyectos), y proyectos. Hemos habilitado una dirección de correo electrónico al que cualquier profesional o paciente puede enviarnos cualquier noticia, o anuncio.

Posteriormente la coordinadora del comité de redacción, reparte las noticias a los miembros del comité para su revisión y una vez aprobados se reúne el comité para la selección de titular, orden, para que finalmente se realiza la maquetación, se imprime y lo distribuye a todas las unidades, siendo accesible a profesionales, pacientes y familiares. También se dispone del formato digital en la Intranet.

Como resultados llevamos dos ediciones, pasando de 13 noticias en la edición 0 a 18 en la edición 1ª lo que supone un aumento del 38% de noticias.

Creemos que este tipo de medios permite a la organización mantener informados a trabajadores, con una información eficiente, positiva, directa, evitando distorsión de la información, con recursos propios y mejorando la comunicación entre profesionales y con los pacientes.

BeltIA: SERVICIO DE DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE ESQUEMAS DE CERTIFICACIÓN EN ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA

VICENTE SANTANA LÓPEZ; ÁNGELA ESCOBAR UBREVA; MACARENA RAMOS MARÍN; MARTA RAMOS SÁEZ; JOSÉ MARÍA GARCÍA VERA; JOSÉ IGNACIO DEL RÍO MAZA DE LIZANA

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA// ANDALUCÍA

ID: 17633

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Atendiendo a una demanda cada vez más creciente, desde una organización dedicada a la certificación en el ámbito sanitario y social, se ha diseñado un nuevo servicio destinado a dar soporte, asesoramiento e impulso a iniciativas de agentes externos (promotores) que tengan por objeto diseñar un esquema de certificación propio para promover y difundir buenas prácticas en tales sectores, y a los que se proporciona además un aval o sello que acredita la calidad en el despliegue y evolución de dicho esquema de certificación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

BeltIA ofrece un marco para la generación de esquemas de aseguramiento de la calidad (QA) y certificación a promotores de guías, buenas prácticas, recomendaciones, planes u otras iniciativas de mejora.

Un esquema de aseguramiento de la calidad se define como la parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad (ISO 9000:2015(es) Sistemas de gestión de la calidad)

Se considera promotores a aquellos grupos o entidades de diversa naturaleza: sociedades científicas, colegios profesionales, equipos de I+D+i, direcciones de planes estratégicos...) con capacidad para definir, desplegar, evaluar y mantener en el tiempo estándares, buenas prácticas o recomendaciones de mejora de la calidad en los ámbitos sanitario y social.

Se contemplan tres actuaciones principales:

1. Servicio de acompañamiento

Inicio

- Constitución del Comité director del proyecto
- Plan de trabajo

Definición del esquema de certificación propio

- Asesoramiento en la selección de miembros del Comité Técnico Asesor.
- Asesoramiento en la elaboración del Procedimiento general básico de certificación (PGC)
- Asesoramiento en la elaboración del Manual de Estándares/Buenas prácticas

Prueba de Concepto (PoC) del Manual y del PGC

- Identificación del centro/centros piloto.
- Reclutamiento y formación de evaluadores.
- Ejecución y análisis de la PoC
- Ajustes en el Esquema general de certificación
- Ajustes sobre el Manual de estándares/buenas prácticas
- Ajustes sobre el PGC

2. Pilotaje del Esquema de certificación propio

- Utilización completa de la plataforma informática BeltIA
- Prueba con clientes reales
- Desarrollo completo del PGC

3. Auditoría anual del promotor

- Autoevaluación y evaluación externa del desempeño del promotor y de la puesta en práctica del esquema

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la actualidad se están desarrollando los siguientes esquemas de certificación:

- Buenas prácticas en Fotoprotección (sectores sanitario, educativo, y turístico)
- Buenas prácticas en Transporte Sanitario
- Buenas prácticas en Humanización de unidades asistenciales
- Buenas prácticas en Asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias
- Buenas prácticas en Prevención secundaria de fractura
- Buenas prácticas en Unidades de Cáncer de mama

Las guías de práctica clínica, buenas prácticas asistenciales, planes, etc, y los esquemas de aseguramiento de la calidad y certificación deberían estar alineados para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

¿PODEMOS MEDIR LO INTANGIBLE? LOS VALORES DE UN GRAN HOSPITAL

PATRICIA FERNÁN PEREZ; ALICIA DÍAZ REDONDO; ALBA RAPELA FREIRE; ALEJANDRO RODRIGUEZ QUIROS; RUBÉN FRANCISCO FLORES GARCÍA; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17709

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La cultura organizativa es "el conjunto de normas, creencias y valores compartidos por los miembros de la organización", siendo su esencia los valores como creencias básicas que determinan el comportamiento de los miembros de la misma.

En nuestro hospital hemos identificado 10 valores que marcan nuestra estrategia, a través de herramientas participativas (encuestas, grupos focales, comités de pacientes,...). Nos planteamos ¿es posible medir el grado de adhesión a los valores y optimizar su implementación?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un sistema de medición del despliegue de los valores de nuestra organización. Grupo de desarrollo liderado por la Sección de Calidad con directivos y profesionales.

Revisión del Posicionamiento Estratégico "entre TODOS un Hospital Excelente", Contratos de Gestión, Pacto por Objetivos de Unidad, Metodologías de trabajo implementadas, análisis de los procesos asistenciales y sistemas de gestión de la calidad de los últimos tres años.

Identificación para cada Valor de los elementos medibles en la documentación. Selección de indicador que asocie el Valor con el elemento medible de cada documento.

Elaboración para cada valor de un indicador sintético.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para cada Valor se han identificado los Elementos medibles. Así, por ejemplo, para el Valor "Humanidad en la asistencia", los elementos medibles serían:

- Adhesión al Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería.
- Despliegue de las actuaciones desde el seno de la Comisión de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Se revisan los Hitos logrados como el Diseño de procedimientos y actuaciones específicas a población vulnerable o con necesidades especiales (CÓDIGO ROSA, CÓDIGO VISEM, Coordinación con ONG y voluntariados, Inclusión de criterios de humanización en la adecuación, reforma y construcción de los nuevos espacios...) que son objetivos alcanzados.

La medición se realiza a través del porcentaje de cumplimiento para los objetivos planteados anualmente en cada uno de los elementos medibles. .

El indicador sintético de cada Valor es el promedio ponderado del cumplimiento de los objetivos. En conjunto hemos identificado:

Para cada valor un indicador asociado a su nivel de implementación. Para el valor:

- Compromiso con la calidad y la seguridad: 8 elementos relativos a estrategias y gestión de calidad y 6 elementos relativos a estructura.
- Investigación e innovación: 2 elementos.
- Compromiso con la docencia: 2 elementos.
- Atención y respeto a los profesionales: 3 de estrategia y 4 de estructura.
- Ética profesional: 2 elementos.
- Trabajo en equipo: 1 elemento de estructura.
- Orgullo de pertenencia: pendiente
- Compromiso con la sanidad pública: 2 elementos de estrategia.
- Responsabilidad social: 1 elemento de estrategia.

Nuestra herramienta sirve para medir la adhesión a los valores del Hospital y de cada Unidad, Servicio, y nos orienta para impulsar las estrategias más adecuadas para fomentar una cultura de excelencia y es exportable a cualquier organización.

ANÁLISIS DE LA ESTANCIA EN REANIMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

ALBERTO SALAS CAÑIZARES; MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ; SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ; ÁNGEL MIGUEL MANZANO CHECA; ANTONIO JOSÉ CAMACHO MARTÍNEZ; LAURA PORRAS MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14794

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La sala de reanimación es un área crítica dentro del servicio de urgencias hospitalarias. Especialmente diseñado y equipado para brindar atención inmediata a pacientes en estado crítico, con tecnología avanzada e instrumentales médicos especializados para situaciones de emergencia en pacientes que presentan patologías graves.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar la estancia en la sala de reanimación del servicio de urgencias del Hospital General Universitario Rafael Méndez entre noviembre de 2021 y enero de 2023.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo. La muestra ha estado constituida por un registro de 889 pacientes que a lo largo de su proceso tuvieron que ser trasladados a la sala de reanimación del servicio de urgencias. Variables sociodemográficas: edad y género. Variables relacionadas con la atención: fecha de reanimación y tiempo de estancia, motivo de atención, recursos humanos requeridos y destino final paciente.

Bases de datos: tablas de frecuencias, medidas descriptivas, asociación entre variables y tasas de mortalidad en el periodo. Se aplicó el Software IBM SPSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados y Discusión

La edad promedio de los pacientes que fueron trasladados a la sala de reanimación es de 61,86 años, los pacientes mayores de 70 los más frecuentes siendo el sexo masculino los que mayormente requirieron del paso por dicha estancia. El tiempo de estancia real promedio es 41 minutos. Las principales causas de ingreso fueron: neurológicas, seguidas de cardiológicas y respiratorias; , teniendo un destino a observaciones y urgencias de 661 pacientes. La tasa de mortalidad es de 27,0 por mil, en el periodo de estudio. Los enfermeros son los recursos humanos que están más implicados en la atención al paciente. Conclusiones: Se estudiaron los principales motivos de atención en el servicio de reanimación, los grupos de edad más afectados, la edad promedio, el tiempo promedio real de atención, la tasa de mortalidad en el período. Se reconoce a los enfermeros, como el eslabón fundamental en las salas de reanimación de los servicios de urgencias, debido a la importancia de su labor. Estos hallazgos son útiles para planificar, optimizar los medios en el hospital y mejorar la calidad de atención.

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

CRISTINA MARTÍNEZ GALERA; ANA MARÍA MARTÍNEZ LAX; MIGUEL ANGEL CONESA CARRILLO; LAURA CARRILLO LOPEZ; MARÍA JÓDAR REVERTE; GORKA SÁNCHEZ NANCLARES

SERVICIOS CENTRALES. SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14948

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardíaca crónica (ICC) es una afección cardiovascular que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. El manejo adecuado de esta enfermedad es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la morbilidad asociada. Sin embargo, existen barreras relacionadas con la organización y los recursos disponibles en atención primaria que dificultan la implementación de las recomendaciones de manera integral. Para abordar estos desafíos, se propone como medida correctora un nuevo servicio en el SMS, basado en la atención sanitaria líquida, que utiliza la telemedicina y el monitoreo remoto continuo de pacientes para mejorar la atención, la accesibilidad y la coordinación multidisciplinaria, a diferencia de los registros convencionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue realizar un ciclo de mejora para evaluar el impacto de la implementación de la atención sanitaria líquida en el seguimiento ambulatorio de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Los criterios establecidos para evaluar la calidad de la asistencia prestada son: registro en la historia clínica por semana de al menos dos tomas de peso y una medición de tensión arterial sistólica, diastólica y frecuencia cardíaca. Al menos una vez al año realizar una valoración funcional mediante la escala NYHA, registrar en la historia clínica si hay o no hay signos y/o síntomas de descompensación de ICC, una valoración sociosanitaria, una valoración psico-motivacional y una valoración de la adherencia. Para la primera evaluación se revisaron las historias clínicas de Atención primaria (OMI-AP) de 130 pacientes mayores de 55 años con ICC, utilizando muestreo por conveniencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se obtuvo un bajo cumplimiento de los indicadores. De menor a mayor cumplimentación, los indicadores de peso, tensión arterial y frecuencia cardíaca, así como el de adherencia no se cumplieron. El indicador de valoración socio-sanitaria solo se cumplimentó 2 veces (estimación puntual 1,53%), en relación con los signos y síntomas de descompensación se lograron 10 cumplimientos (estimación puntual del 7,69% de cumplimiento), la clasificación NYHA logró 17 cumplimientos (estimación puntual del 13,07%) y el registro de la valoración psico-motivacional obtuvo 29 cumplimientos (estimación puntual del 22,30%).

Ante este bajo cumplimiento el proyecto PHARAON, representa una solución prometedora para mejorar el seguimiento ambulatorio de pacientes con ICC. Esto se comprobará en un año con una segunda evaluación tras la implementación de este modelo.

Con la implementación de este modelo, se espera superar las barreras organizativas y los desafíos relacionados con los recursos disponibles, mejorando el manejo clínico y la calidad de vida de los usuarios. Este sistema de registro continuo permite detectar de manera temprana posibles complicaciones y realizar el seguimiento del usuario de manera óptima, mejorando su atención y calidad de vida.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS MEDIDAS RELACIONADAS CON EL MANTENIMIENTO DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

MÓNICA RODRIGUEZ VALIENTE; JESUS PEREZ MOROTE; JESUS MORENO RODRIGUEZ; JOSE MARIA AVILÉS ALBIZU; M^a LUZ ALCARAZ ESCRIBANO; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN

H.C.U.VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15089

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La calidad asistencial pretende una mejora continua de los mecanismos que regulan las acciones y procesos en los diferentes aspectos para incrementar los resultados positivos de salud en el paciente. La realización de ciclos de mejora puede constituir una herramienta útil para mejorar determinados indicadores de procesos que se realizan en la práctica clínica habitual.

En los últimos 2 años, se ha detectado una elevada tasa de reposición de catéteres venosos periféricos en los pacientes ingresados en el servicio de cardiología de nuestro hospital.

Por lo que nos propusimos desde la unidad de docencia, investigación y calidad (UDICA) realizar un ciclo de mejora para detectar los posibles factores que intervienen en esta elevada tasa de reposición y actuar para su corrección.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Detectar los posibles problemas relacionados con esta elevada tasa de recambio. Establecer criterios adecuados al problema detectado con indicadores de proceso factibles. Implantar medidas correctoras adecuadas.

Analizar y reducir el grado de incumplimiento de los criterios seleccionados tras la intervención propuesta. Metodología

Para realizar la detección de posibles problemas se realizó un Diagrama de Ishikawa- diagrama de causa-efecto donde se estableció un análisis del problema.

Se establecieron 7 criterios para evaluar el grado de cumplimiento de la calidad científico-técnica o competencia profesional de los profesionales enfermeros que ejercen en las plantas de cardiología. La muestra obtenida fue de la constituyeron 120 pacientes con acceso venoso periférico ingresados en el servicio de cardiología, 60 pacientes en la primera evaluación y otros 60 pacientes en la reevaluación tras la intervención. El ciclo de mejora se llevó a cabo desde el 6 de junio cuando se realizó la primera evaluación hasta el 21 de noviembre que se realizó una reevaluación tras las medidas correctoras. Las medidas correctoras pasaron por una mayor accesibilidad a los protocolos y la realización de dos cursos de formación recordando los procedimientos estandarizados en la inserción y cuidado de vías periféricas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los resultados se muestran en tablas de estimación de la mejora conseguida, en la que para los 7 criterios establecidos se consiguió un aumento en los grados de cumplimiento con significación estadística de la primera evaluación a la reevaluación en todos los criterios seleccionados tras la intervención.

Conclusiones

El ciclo de mejora realizado para evaluar los procesos técnicos llevados a cabo por el personal de enfermería tras las intervenciones realizadas ha mejorado la calidad asistencial y disminuido la tasa de reposiciones en los pacientes con acceso venoso periférico ingresados en el área de cardiología.

Nos quedaría por mejorar los registros de enfermería y la elaboración de infografías que ayuden de forma gráfica a la realización de los cuidados del catéter periférico.

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD UNE-EN ISO 15189:2013 EN MICROBIOLOGÍA: INDICADORES DE CALIDAD (2019-2022)

PATRICIA BRAÑAS; CAROLINA VARELA; MARÍA DOLORES FOLGUEIRA; ALFREDO PÉREZ-RIVILLA; ANA PÉREZ DE AYALA; JENNIFER VILLA

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15418

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en los Servicios de Microbiología sienta las bases para dirigir a la organización hacia la excelencia, cuyo fin último es proporcionar un servicio óptimo a nuestros pacientes. Nuestro Servicio, obtuvo la Acreditación en 2018 para diversas pruebas de bacteriología y microbiología molecular. Un año más tarde, con el alcance flexible, se amplió el número de pruebas acreditadas extendiéndose a otras áreas del laboratorio (parasitología, virología e inmunodiagnóstico microbiano).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar los indicadores de calidad para monitorizar los distintos procesos en Microbiología, con la finalidad de detectar posibles errores y establecer puntos de mejora.

Se definieron indicadores de calidad para los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. En la parte preanalítica, se evaluaron el número de muestras no procesadas por no cumplir criterios; en la analítica, los resultados indeterminados, porcentaje de cultivos contaminados y participaciones correctas en programas de intercomparación con otros laboratorios. En la fase postanalítica se analizaron los tiempos medios de respuesta (Tmr) en la emisión de resultados. Se establecieron cutoff para cada indicador siguiendo la experiencia previa de nuestro laboratorio. La monitorización de cada indicador se realizó trimestralmente (2019-2022).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se observó el cumplimiento de todos los indicadores de calidad durante el periodo de estudio, a excepción del Tmr de PCR malaria (15,37 días, cutoff <2 días) en 2019 y del Tmr para las cargas virales de VHB, VHC y VIH (3,33 días, cutoff < 3 días). Se realizó un análisis de causas y se establecieron las medidas correctivas, normalizándose los Tmr para estas pruebas en los años sucesivos. Por otro lado, a pesar de estar dentro de los límites marcados, los porcentajes de urocultivos (<25%) y hemocultivos contaminados (<10%) aumentaron de 8,73% a 14,87% y de 5,53% a 6,89%, respectivamente en el año 2020.

La implantación del SGC nos permitió demostrar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma y solventar las desviaciones de forma eficaz. A pesar de la pandemia, hemos cumplido los Tmr. Dados los buenos resultados, planteamos disminuir los cutoff para algunos procesos y ampliar el número de pruebas acreditadas para 2023.

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CALIDAD EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE GUADALAJARA

JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ; ANTONIO PÉREZ JIMÉNEZ; PILAR CALVO LÓPEZ

GERENCIA ATENCIÓN INTEGRADA DE GUADALAJARA// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 17001

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara hasta el año 2022 no contaba con una Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente que liderara todos los proyectos que esta gerencia estaba involucrada; llevándolo un responsable de calidad sin nombramiento ni liberación de tiempo para desempeñar el trabajo. Esto ocasionaba una baja cultura organizacional y bajo desempeño del sistema de gestión de la calidad y de acciones correctivas para la mejora de la asistencia sanitaria a la ciudadanía. La implantación de una unidad de calidad en una Gerencia Integrada, es fundamental para garantizar la seguridad y la satisfacción de nuestros usuarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Implementación de una unidad de calidad en la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara en el tercer trimestre del año 2022.

Objetivos específicos

1. Desarrollo de los procesos operativos de la unidad
2. Definir el análisis de contexto, riesgos, oportunidades y objetivos de la unidad 2023.
3. Poner en marcha un sistema de gestión de la calidad para la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (en adelante UCYSP)

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre experiencias en desarrollo de unidades de calidad y seguridad en otras gerencias, áreas u hospitales nacionales o internacionales, desde 2018 en castellano o inglés en las principales bases de datos y motores de búsqueda. En segundo lugar, hemos seguido el plan de gestión de la mejora con las siguientes etapas: diagnóstico situacional, análisis, despliegue del proyecto y evaluación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha llevado a cabo un diagnóstico situacional mediante el análisis de contexto mediante DAFO y necesidades y expectativas de las partes interesadas; un análisis de riesgos y oportunidades y objetivos de la unidad; además se realizó el mapa de procesos con el desarrollo de todos los procesos operativos de la unidad mediante flujogramas de trabajo y el establecimiento de indicadores de proceso y resultado.

Se ha ido evaluando mediante los indicadores y, en algunos casos por desvío de los mismos, se ha establecido la correspondiente no conformidad y las acciones correctivas necesarias para la mejora de las desviaciones de los estándares.

Gracias al liderazgo de nuestro Director Gerente y del equipo directivo, contamos con el nombramiento de un técnico de calidad y una secretaria de calidad ambos liberados a tiempo completo y con tareas específicas de la unidad. Además, se ha dotado con dos despachos de trabajo, una sala de reuniones y todo el material necesario para el buen desempeño de todos

los procesos definidos en el alcance.

Además, se ha establecido un sistema de gestión de la calidad normalizado según los criterios de nuestra gerencia y de la coordinación regional de calidad. Ello nos ha supuesto pasar la auditoría interna bajo los criterios de la norma ISO 9001:2015 con éxito y que estemos preparados para pasar la auditoría externa en noviembre para la certificación de la UDYSP.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PERIOPERATORIA DE DISFUNCIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTE CRÍTICO. ANÁLISIS-PRESENTACIÓN DE DATOS

BELÉN GARCÍA INIESTA¹; VICTORIANO SORIA ALEDO²; CLAUDIA RÓDENAS HERRANZ¹; ANA PLAZA SAURA²; MARTA CANO CASTELLOTE¹; REBECA GONZÁLEZ CELDRÁN¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17095

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La disfunción renal aguda (DRA) es la reducción en menos de 48 horas de la función renal y se clasifica según los criterios AKIN. En nuestro hospital hemos detectamos elevada incidencia de DRA en el postoperatorio de los pacientes críticos, por lo que hemos planificamos un estudio para conocer el nivel de Calidad que ofrecemos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para ello, definimos paciente crítico aquel que por sus antecedentes o por el tipo de cirugía realizada se considera en estado crítico y se prevé una estancia en nuestra unidad de 24 horas o más, considerando nuestra población de estudio aquellos pacientes con estancia en REA > 72 horas.

El posible defecto de atención percibido es disminuir el número de pacientes que desarrolla DRA y realizar un diagnóstico más precoz de la DRA, ya que en ocasiones los marcadores iniciales de DRA no se reflejan en la evolución del paciente hasta que esta se ha hecho manifiesta.

Hemos definido siete criterios para evaluar la calidad (3 de proceso y 4 de resultado) con sus correspondientes excepciones y aclaraciones:

1. Monitorización analítica de la función renal
2. Medición de diuresis horarias
3. Mantenimiento de la PAM > 65 mmHg.
4. Monitorización de la glucemia
5. Dejar constancia de la DRA en la HC en el momento en el que esta ocurre.
6. Balances hídricos neutros
7. Mantenimiento de la normoglucemia

Las unidades de estudio se han obtenido a través de un registro de todos los pacientes que han permanecido más de 36 horas ingresados en Reanimación desde septiembre hasta diciembre de 2022, para posteriormente realizar un muestreo simple (uno de cada dos pacientes) hasta obtener un tamaño muestral de 30 pacientes.

Los datos sobre cumplimiento de los criterios se han obtenido de la historia clínica y de registros de enfermería.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El grado de cumplimiento obtenido fue:

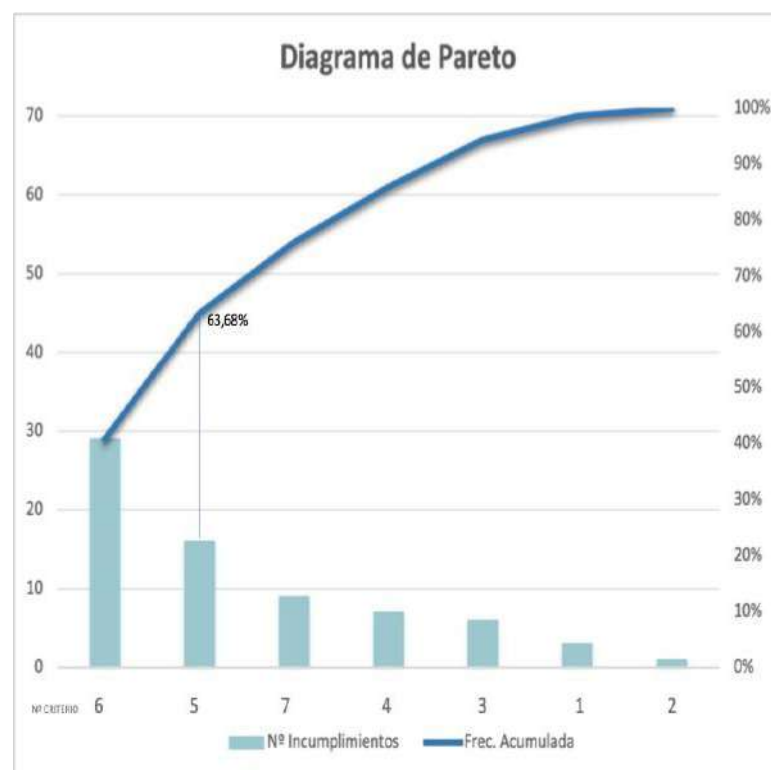
Nº Criterio	% C ± IC95%(a)
1. Monitorización analítica de la función renal	0,90 ± (0,07)
2. Medición de diuresis horarias	0,97 ± (0,04)
3. Mantenimiento de la PAM > 65 mmHg.	0,80 ± (0,09)
4. Monitorización de la glucemia	0,77 ± (0,10)
5. Dejar constancia de la DRA en la HC cuando esta ocurre	0,058 ± (0,005)
6. Balances hídricos (BH) neutros	0,03 ± (0,064)
7. Mantenimiento de la normoglucemia	0,70 ± (0,11)

(a): estimación puntual ± 1,96 x error estándar (para un grado de confianza del 95%)

El grado de incumplimiento de los criterios fue:

Criterio	Nº Incumplimientos	% Frec. Relativa	Frec. Acumulada
6	29	40,85	40,84
5	16	22,53	63,68
7	9	12,67	76,06
4	7	9,86	85,91
3	6	8,45	94,36
1	3	4,22	98,58
2	1	1,41	100

Con estos datos, diseñamos el siguiente diagrama de Pareto:



Conclusiones

Con los datos presentados podemos concluir que la mayoría de los criterios tienen un alto nivel de cumplimiento, encontrando los pocos vitales en los criterios 6 y 5, que son aquellos en los que debemos centrar nuestros esfuerzos en mejorar.

Tras evaluar la calidad del manejo perioperatorio en DRA, nuestro próximo objetivo es diseñar estrategias para mejorar el cumplimiento de estos criterios, implantarlas y monitorizar de nuevo, para comprobar si estas estrategias han dado o no resultado, y continuar con este ciclo de mejora.

CÓDIGO TRAUMA: EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA TRAS SU IMPLANTACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LUCÍA SÁNCHEZ PIORNO; ANA MARÍA RUIZ RUIZ; VIRGINIA FLOR MORALES; MARÍA ANDRÉS GÓMEZ; MARÍA DE LOS ÁNGELES BALLESTEROS SANZ; CONCEPCIÓN ÁLVAREZ FARIÑAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17604

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Código Trauma se implantó en nuestro hospital el 1 de abril de 2022 con el fin de poder garantizar una atención precoz y estandarizada a los pacientes que presentaban enfermedad traumática grave (ETG), siendo el alcance desde el preaviso del 061 hasta alta del paciente. El proceso implica la participación multidisciplinar de los profesionales, la protocolización de la actuación y la mejora continua del mismo. Durante la fase de rediseño se elaboró un cuadro de mandos para su seguimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la implantación y el grado de cumplimiento del proceso del código del trauma para detectar áreas de mejora en el proceso.

Estudio de cohortes prospectivo de pacientes con enfermedad traumática grave (ETG). Ámbito: hospital universitario de tercer nivel (centro de trauma nivel I). Selección de la población de estudio: pacientes con ETG registrados como proceso en la historia clínica electrónica (HCE). Los criterios de activación de Código Trauma fueron una adaptación de la Clínica Mayo: Rojo (14 códigos) o amarillo (5 códigos) según gravedad y mecanismo de lesión. Recogida de información: la ETG se diseñó como proceso asistencial en la HCE, permitiendo incluir pacientes y registrar variables demográficas, de proceso y de resultado en campo estructurado mediante despleables. La información se registra prospectivamente y de forma secuencial en las distintas fases de atención al paciente por los médicos responsables de cada una de las etapas del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron 111 casos entre julio y diciembre de 2022, destacando los meses de septiembre y octubre, con 27 y 24 casos respectivamente. La edad media fue 51,4 años. La activación fue prehospitalaria en el 49% de los casos, aunque no se dispone de datos en el 22%. En cuanto a la activación hospitalaria, el 82% cumplían criterios, habiéndose activado el código en el 53% de ellos. De aquellos pacientes que cumplen criterios, el 51% se tipificaron como código Amarillo, mientras que el Rojo fue activado en un 43%. El 85% de los códigos rojos fueron atendidos inicialmente en UCI y el 90% de los amarillos en Urgencias, de acuerdo al protocolo establecido. En la transferencia, se identificó un líder en el 49% de los casos (37% sin datos), la inmovilización se llevó a cabo en un 86% y se solicitaron las pruebas de imagen según el protocolo en un 80%. El checklist de transmisión de la información consta en un 35% (sin datos en el 51%).

Las principales áreas de mejora fueron la no activación del código estando indicado, la transferencia de información no adecuada incluyendo la identificación del líder, la mejora y cumplimentación del registro y extender el código trauma a los hospitales de nuestra área de referencia. La evaluación continua de los procesos es una medida fundamental para la mejora de los mismos, siendo necesario diseñar a priori el cuadro de mandos y el mecanismo de evaluación.

EVALUACIÓN DE LOS CARROS DE PARADA: EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y MANTENIMIENTO

MIGUEL LÓPEZ LOZOYA; SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ; MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ; ALBERTO SALAS CAÑIZARES;; ÁNGEL MIGUEL MANZANO CHECA

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14788

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La parada cardiorrespiratoria es un evento crítico, tanto en el ámbito extrahospitalario, como en el propio hospital. Dentro del hospital, la reanimación cardiopulmonar debe realizarse con un personal entrenado y el material adecuado; este material, debe encontrarse ordenado en los carros de parada, que deben contener lo estrictamente necesario para responder a tal evento, al igual que ser revisado periódicamente. En estos casos, se debe actuar con celeridad para atender un evento susceptible de control y recuperación y potencialmente reversible, es por ello que se hace preciso disponer de un carro de parada actualizada y revisada que permita atender al paciente a la mayor brevedad posible.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar y mejorar el nivel de cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de revisión y mantenimiento de los carros de parada (CP) en un hospital universitario.

Metodología

Estudio tipo antes y después, no controlado. Se realizó un estudio de evaluación y mejora de la calidad, conocido como ciclo de mejora o ciclo de garantía de la calidad. El marco muestral fue el universo de carros de parada que existen en el hospital en el momento del estudio. Se estudió la dimensión científica técnica. El tipo de evaluación en relación a: la iniciativa para evaluar: externa, con la acción temporal evaluada: Concurrente, y con las personas responsables de extraer los datos: externa. Estudio descriptivo observacional. Evaluación realizada entre marzo y abril de 2023. Para la evaluación se empleo el "Listado de material para evaluación de equipos, material y medicación " y el "Instrumento de recolección de datos de evaluación de carros de paradas". Elaboración de una base de datos propia tipo Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se establecieron 11 criterios de evaluación, basados en el proceso de mantenimiento de los carros de parada. El grado de cumplimiento de los criterios, tras la implantación del protocolo, es en general alto. Todos los servicios alcanzan el 100% de cumplimiento en los criterios 3, 4 y 5 relacionados con la medicación. Los criterios 8, 9 y 10 relacionados con los registros del mantenimiento del carro de paradas son los que presentan un menor grado de cumplimiento. Los servicios con pacientes hospitalizados y con mayor posibilidad de presentarse una parada cardiorrespiratoria obtienen un mayor porcentaje de cumplimiento.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la segunda evaluación reflejan una mejoría respecto a la primera, y ponen de manifiesto que las propuestas de intervención para mejorar el cumplimiento del mantenimiento de los carros de parada han resultado efectivas. La adhesión al protocolo tras su implantación en el Área de salud es alta. Todos los carros presentan la medicación acorde a protocolo. Habría que establecer un posible sistema de alerta de material, susceptible de caducar en los 6 meses próximos, para ser retirado y enviado a aquellos servicios en los que se pueda dar uso antes de su fecha de caducidad.

¿EXISTEN HERRAMIENTAS PARA FAVORECER LA OBTENCIÓN DE CERTIFICADOS DE CALIDAD?

DAVID PASCUAL CARBONELL; MARTA MARTÍN MARQUÉS; HELENA SUÑER BARRIGA; IGNASI SACANELLA ANGLÈS; ALEJANDRO SANJUAN BELDA; LAURA CANADELL VILARRASA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII// CATALUÑA

ID: 14864

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) es una herramienta básica para estandarizar los diferentes procesos dentro del servicio de farmacia. El objetivo es garantizar que se realice el trabajo con calidad y seguridad, acorde a lo establecido y adaptado a los recursos del centro. Para garantizar lo establecido en los PNT se recomienda realizar tareas como auditorías internas. Con estas herramientas se evalúa el conocimiento del personal implicado en el proceso y su grado de adecuación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar una lista de verificación de cada uno de los procesos y circuitos regidos por un PNT en el servicio de farmacia para facilitar la realización de la auditoría interna.

La elaboración de la lista de verificación fue realizada por la coordinadora de calidad junto con la dirección del servicio de farmacia. Se incluyeron los procesos estratégicos y clave que constituían los siguientes PNT: selección de medicamentos, adquisición, elaboración de mezclas endovenosas, fármacos peligrosos, nutrición parenteral, fórmulas magistrales y reenvasado, dispensación al paciente ingresado y externo, atención farmacéutica a este tipo de pacientes, farmacocinética y docencia.

Durante los cuatro meses anteriores a la auditoría externa, se realizaron auditorías internas mensuales usando estas listas de verificación para evaluar el conocimiento del responsable del área. Se incluyó, además, un apartado de sugerencias y comentarios que servían para perfeccionar las preguntas y apartados de las listas de verificación. Se dieron varios supuestos: en caso de no alcanzar el nivel de conocimiento apto por parte del responsable, se reevaluaba el próximo mes; en caso de alcanzar el nivel apto (el 100% de todas las preguntas), se detenían las evaluaciones hasta el mes inmediato a la auditoría externa; y en caso de haber sugerencias de mejora, se volvía a redactar la lista de verificación y se reevaluaba al responsable.

Una vez se consideraba que el responsable era apto, éste verificaba el grado de adecuación al PNT por parte del personal técnico implicado en el área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 33 auditorías internas, una por cada proceso en el primer mes y en el último. De estas auditorías, 9 consiguieron un nivel apto en la primera evaluación, 4 no lo consiguieron y requirieron de una segunda valoración, y en 3 de ellos se realizaron sugerencias que fueron revaluadas. Los técnicos fueron evaluados de forma conjunta, por lo que se realizaron 13 auditorías.

En las últimas auditorías se obtuvo un 100% en todas las respuestas contribuyendo a la obtención de la certificación de calidad Applus® conforme a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001-2015.

La creación de las listas de verificación y la realización de las auditorías internas se ha visto que pueden afianzar el conocimiento y adecuación de los procesos, favoreciendo la obtención de certificados de calidad.

TOMA DE CONCIENCIA EN GESTION AMBIENTAL, LA PLANIFICACION DEL RETO

ANTONIO ALBERTO LEON MARTIN; MARÍA DEL MAR ALDANA MOYA; MARÍA ARMENTEROS LECHUGA; LAURA COLLADA FERNÁNDEZ; MARIA DEL PILAR LÓPEZ MORA; GEMA VERDUGO MORENO

GAI DE CIUDAD REAL// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 14867

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Hospital, en el marco de una iniciativa del Plan Regional de Calidad, ha avanzado en el compromiso de la mejora continua en gestión medioambiental mediante la implantación de un sistema normalizado ISO 14001:2015. La Organización debe sensibilizar a todos sus miembros, los subcontratistas y cualquier persona que trabaje en su nombre, sobre la importancia de cumplir la política y los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA), y sobre los beneficios de practicar una correcta gestión ambiental y las consecuencias de la falta de seguimiento de las directrices establecidas en los procesos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Diseñar un plan de acción en toma de conciencia en gestión ambiental en el proceso de implantación de un sistema ISO 14001: 2015

Metodología

Se estableció un grupo de implantación del modelo de gestión. Mediante sesiones de consenso se establecieron las acciones, recursos y temporalidad del Plan de acción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El plan de acción contempla un programa de divulgación del compromiso en la implantación de un sistema de gestión medioambiental ISO 14001:2015, un programa de sesiones informativas de sensibilización en los servicios del Hospital, una campaña de divulgación de buenas prácticas en gestión medioambiental y un la implantación de un buzón de sugerencias para profesionales. 1. Programa de divulgación de compromiso institucional. Una vez aprobada por la dirección gerencia la política de calidad y gestión medioambiental, ésta se difundirá mediante los siguientes canales: • Publicación en webs institucionales de la Gerencia. • Envío mediante correo electrónico corporativo a todos los profesionales de la gerencia. • Publicación en cartelería en los tabloneros de anuncio del Hospital. 2. Se diseñará un programa de sesiones informativas centralizado donde se informará a los profesionales de: • Las consecuencias de incumplir los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental, incluyendo los requisitos legales y otros requisitos. • Aspectos ambientales significativos, los impactos relacionados reales o potenciales asociados con su trabajo. • Contribución a la eficacia del Sistema de Gestión Ambiental, incluyendo los beneficios de la mejora del desempeño ambiental. 3. Campaña de divulgación de buenas prácticas en gestión medioambiental. Se propone para este año la selección de buenas prácticas en la gestión de residuos definidas en el Protocolo para la Gestión de Productos Sanitarios del Servicio de Salud. Del mismo modo se comienza con una campaña de 4. Buzón de sugerencias para profesionales. Se establecerá mediante el servicio de atención al profesional, un buzón de sugerencias en materia de gestión medioambiental.

Conclusiones

La planificación del proceso de toma de conciencia en gestión ambiental facilita el despliegue de acciones orientadas al propio reconocimiento de la influencia del comportamiento de los profesionales en el desempeño ambiental y energético.

CUIDAMOS LA SALUD PROTEGIENDO EL MEDIO AMBIENTE

CARLOS RODRÍGUEZ SÁNCHEZ BEATO¹; RUBÉN MARÍN SÁNCHEZ¹; CARLOS JOSÉ LÓPEZ HERNÁNDEZ²; ANTONIO GARCÍA BLANCO¹; MARÍA JESÚS MERINO ESPINAR¹; MARÍA ÁNGELES TÉBAR BETEGÓN¹

¹SERVICIOS CENTRALES DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA LA MANCHA, ²GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE VILLARROBLEDO. HOSPITAL GENERAL DE VILLARROBLEDO// CASTILLA LA MANCHA

ID: 15361

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Secretaría General (SG) del SERVICIO DE SALUD (SS), junto con la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora (CRGCM) de la Dirección General de Cuidados y Calidad ha diseñado el Proyecto para la implantación de Sistemas de Gestión Ambiental basados en la norma ISO 14001:2015, integrables con los Sistemas de Gestión de la Calidad basados en la norma ISO 9001:2015 ya existentes en la organización.

Dado que el proyecto implica a 16 centros sanitarios, así como a los Servicios Centrales, se requiere una gestión desde la CRGCM y SG en lo necesario para el cumplimiento de todos los requisitos de la norma, tomando como base la experiencia y conocimientos generados en la implementación del modelo 9001:2015 en la Organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantar un sistema de gestión integrado de calidad y medioambiente que tenga como alcance el SS, que contribuya a mejorar su desempeño ambiental.

Objetivos específicos

Generar sinergias optimizando el uso de recursos destinados a la gestión de la mejora. Estandarizar y generalizar las buenas prácticas de gestión de la calidad y medio ambiente. Metodología

Crear un equipo de coordinación regional que proporcione apoyo metodológico a los 16 centros que abordan la implantación del modelo.

Constitución de equipos de implantación locales integrados por miembros de todas las categorías profesionales (55 miembros).

Formación en el sistema de gestión ambiental a los equipos de implantación.

Definición del cronograma de trabajo en el que se describen todas las tareas necesarias para dar respuesta a los requisitos de las Normas ISO.

Identificación de los 7 centros que formarán parte de la primera fase de certificación. Aplicación e identificación de requisitos legales.

Adecuar y generar toda la documentación del sistema de forma centralizada y su aplicación en los dispositivos locales.

Creación de un recurso compartido para consulta y archivo de documentación normalizada para los equipos de implantación y su correcta gestión documental.

Aplicación del plan de auditorías internas con perspectiva regional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Adecuación documental diseñando y estandarizando más de 60 documentos, con los aspectos más complejos requeridos (aspectos ambientales, indicadores, planes de emergencia, etc.)

Se ha habilitado un sistema que garantiza la identificación de requisitos legales ambientales en todos los centros.

Los equipos de implantación han integrado los sistemas de gestión de la calidad con los requisitos de gestión ambiental.

Se han formado más de 150 profesionales, con 71 horas de docencia, incluyendo varias fases: formación para análisis situacional, desarrollo y uso de herramientas para la integración, la adquisición de habilidades para la gestión documental y para la aplicación de los puntos específicos de la norma ISO 14001.

Tras este trabajo se ha podido comprobar la conformidad del sistema en los 7 centros, superando todos ellos con éxito la auditoría interna regional, lo que pone de manifiesto la adecuada puesta en marcha del programa planificado.

EXPERIENCIA DE PROFESIONAL: UN INGREDIENTE IMPRESCINDIBLE PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

M^aÁNGEL VALCÁRCEL DE LAIGLESIA¹; MANUEL E. FUENTES FERRER²; MARÍA EUGENIA CARBALLO LÓPEZ¹; RAQUEL VALERA MONSALVE¹; ANA ISABEL ALGUACIL PAU¹

¹HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS., ²HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15472

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La primera ola de la pandemia nos recordó que los profesionales son el mayor valor del hospital.

Se ha visto asociación entre profesionales comprometidos, experiencias de pacientes positivas, otros resultados de la organización, (absentismo, rotación personal), e incluso su influencia en la cultura e indicadores de seguridad del paciente y otros resultados de salud. Incluso hay datos que van más allá y hablan de que mejorar la experiencia de profesional y su bienestar es el eslabón perdido clave para lograr el éxito de la triple meta propuesta por Don Berwick en 2008.

Por todo ello, en 2021 se decidió priorizar como parte interesada a las personas en los servicios certificados y se diseñó un cuestionario para evaluar su experiencia como punto de partida para mejorar la experiencia de profesional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue conocer las necesidades y expectativas de profesionales, garantizando la confidencialidad.

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* adaptado a nuestro contexto, a partir de la encuesta *I matter* del *National Health Service* (NHS) escocés sobre compromiso profesional. Esta encuesta proporciona un índice compromiso global y en cuatro dimensiones: personal, equipo de trabajo, responsable directo y organización. Se incluyeron también las preguntas de *staff family and friend test* que dan información sobre si los profesionales sienten que su servicio es un buen lugar para trabajar y para recibir atención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el pilotaje participaron 120 profesionales con resultados en el índice de compromiso global de 78,45%, personal de 83,6%, con equipo de 81%, responsable de 76,9% y servicio de 74,4%. El ítem con el mayor porcentaje de acuerdo (82,5%) es sobre las ganas de participar en hacer mejoras.

En las dimensiones de equipo, responsable directo y organización existe mayor variabilidad entre servicios que en la personal.

Cuatro de los ítems con mayor variabilidad están relacionados con tener información, reconocimiento, feedback adecuado e involucración en toma de decisiones. Esta variabilidad apunta a que en esos ítems en ocasiones los servicios han podido agudizar el malestar de profesionales y en otras lo han amortiguado.

Un 35,8% de profesionales recomendarían su servicio como un buen lugar para trabajar con un 9 o un 10 (promotores), y un 28,3% de profesionales han puntuado entre 0 y 6 (detractores). El *net promoter score* (NPS) global es de 7,5. Sin embargo, casi el doble (64,2%) de profesionales son promotores de la atención prestada habitualmente en sus servicios y un 14,2% son detractores (NPS=50).

Es interesante que no exista ningún ítem con bajo porcentaje de acuerdo y poca variabilidad entre servicios ya que ofrece la posibilidad de amortiguar aquellos factores que pueden afectar al compromiso de profesional mejorando la gestión de personas a nivel servicio.

Creemos que este tipo encuesta puede resultar una excelente herramienta para trabajar en mejorar la experiencia de profesional diseñando intervenciones a medida en función de los resultados obtenidos.

PROYECTO "MIMALA": EL PRINCIPIO DE UNA NUEVA ERA

RAQUEL CRUZ PALACIOS; MARÍA TERESA AGUILERA SORREL; INMACULADA SÁNCHEZ MOLINA; NATIVIDAD SÁNCHEZ GOYA; LIDIA MARÍA BERMEJO PASTOR; ESTRELLA AGUILAR DÍAZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 16084

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es ampliamente reconocida como método óptimo de alimentación para los bebés, ya que proporciona nutrientes esenciales, protección inmunológica y beneficios emocionales. También existe evidencia científica de la repercusión favorable que tiene en la madre, tanto en su recuperación postparto como en los beneficios emocionales que perduran a lo largo de su vida, al igual que lo que ocurre en su hijo.

Sin embargo, muchas mujeres se enfrentan a grandes desafíos para iniciar y mantener la lactancia materna, siendo crucial el apoyo y educación por parte de los profesionales sanitarios que atienden la diada madre-hijo en el éxito de ésta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Mejorar la calidad en la atención a las madres en lactancia materna, para conseguir una mayor tasa al alta hospitalaria y a los 6 meses de vida del niño.

Objetivos específicos

1) Analizar los datos obtenidos de las encuestas realizadas a las madres que lactaron y recibieron la educación del personal sanitario antes de realizar la formación MIMALA. 2) Analizar los datos obtenidos de las encuestas de madres que recibieron educación del personal sanitario posterior a su formación MIMALA.

La metodología se basa en la recogida de datos de las historias clínicas de las mujeres que parieron en nuestro hospital antes de la formación MIMALA, desde 1 de enero del 2022 hasta el 30 de junio de 2022, comparándolas con aquellas que lo hicieron posteriormente a dicha formación, desde el desde el 1 de agosto del 2022 hasta el 31 de enero de 2023. Los datos para diseñar la entrevista se recogieron de la plataforma SELENE. Se llevó a cabo mediante un estudio prospectivo con un cuestionario estructurado que evaluaba diversos aspectos relacionados con la calidad de la educación. Las variables a estudio fueron: calidad de información proporcionada, accesibilidad a los profesionales en caso de dudas, apoyo emocional durante el periodo de lactancia, empoderamiento y confianza generada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron en el estudio un total de 200 madres. Antes de la formación "MIMALA", la mitad de las madres informaron estar satisfechas con la educación y apoyo recibido. Después de que los profesionales sanitarios completaran su programa de formación, el porcentaje de madres satisfechas aumentó significativamente ($p < 0.0001$).

Estos resultados respaldan la importancia de la formación de los profesionales sanitarios en lactancia materna y su impacto en la satisfacción de las madres que perciben una mejoría significativa del docente en la claridad de la información proporcionada, la accesibilidad, el apoyo emocional y el empoderamiento.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar programas de formación continuada para los profesionales con el fin de mejorar la calidad en la educación y apoyo en la lactancia materna.

MEJORA DE LA GESTION DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA TRAS LA CERTIFICACION POR LA NORMA ISO 9001

MARÍA ONTENIENTE CANDELA; CARMEN CABALLERO REQUEJO; MARIA ANTONIA MEROÑO SAURA; MARIA GARCIA CORONEL; CARLES INIESTA NAVALON; ELENA URBIETA SANZ

HOSPITAL REINA SOFIA // REGIÓN DE MURCIA

ID: 17255

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH), por las exigencias legales que les aplican, los estrictos y controlados métodos de trabajo que deben seguir y la criticidad de la fabricación en las salas blancas, son firmes candidatos a beneficiarse del sistema de gestión de calidad (SGC) ISO 9001:2015. Por otra parte, el SFH de estudio había experimentado una intensa evolución, lo que hacía necesario establecer una política que garantizara la calidad de sus actividades.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar el beneficio de la implantación de un SGC según la norma ISO 9001:2015 en un SFH.

Todo el equipo recibió formación sobre la norma ISO 9001:2015 por parte de una consultoría externa, que apoyó durante todo el proceso. La implantación transcurrió entre mayo'2022 y marzo'2023. Se aplicó el SGC en todas las áreas de desempeño del SFH, siguiendo las siguientes etapas:

- Estudio de los procesos y diagnóstico inicial del SGC, definiendo el mapa de procesos.
- Definición del plan de trabajo, identificando los responsables de las tareas a realizar.
- Análisis DAFO y de riesgos y oportunidades para identificar acciones correctivas (AC), de mejora (AM) y definir objetivos de calidad (OC).
- Desarrollo de la documentación del SGC y elaboración de la documentación operativa de cada área.
- Difusión de los procedimientos al personal implicado e implantación de novedades.
- Auditoría interna seguida de auditoría de certificación del SGC por una agencia certificadora.

Tras la obtención de la certificación se constituyó un grupo de trabajo formado por todos los responsables de las áreas de desempeño, y representantes de todos los colectivos profesionales del SFH, que se reúne mensualmente con el objetivo de monitorizar el cumplimiento e identificar AM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se elaboraron 26 procedimientos que se complementaron con 17 instrucciones técnicas.

Se identificaron y planificaron 2 AC que siguen abiertas y 4 AM. Se establecieron 5 OC. Se elaboró el Manual de Calidad, se definió y difundió la política de calidad del SFH y se implantó un sistema registro de incidencias y reclamaciones.

Se establecieron 48 indicadores (23 de actividad, 25 de calidad). En todos ellos, el valor anual obtenido estuvo dentro del rango de referencia establecido.

Las encuestas de satisfacción a pacientes externos y estudiantes de prácticas tuteladas obtuvieron una valoración positiva.

Durante la auditoría de certificación se resaltaron como puntos fuertes la gestión de la formación inicial por áreas, la inversión de recursos en formación del personal y la variedad de los indicadores de medición del desempeño.

Consideramos que el SGC implantado según la norma ISO 9001:2015 ha permitido la estandarización de la sistemática de trabajo reduciendo el riesgo de error y facilitando la organización de las distintas áreas. Además, ha facilitado que tanto los pacientes como los clientes internos reciban un servicio homogéneo e incorporar la política de mejora continua en el SFH mediante el seguimiento del desempeño y la fijación de objetivos y desarrollo de AC y AM.

APOYO METODOLÓGICO PARA ENFRENTARSE A LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA DESIGNACIÓN CSUR

ALBA RAPELA FREIRE; ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; ALICIA DÍAZ REDONDO; JOSE LUIS ESCALANTE COBO; PATRICIA FERNÁN PEREZ; SONIA GARCÍA DE SAN JOSÉ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17269

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Centros, Servicios o Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud tienen por objeto garantizar la equidad en el acceso a una atención e calidad, segura y eficiente a personas con patologías poco frecuentes que precisan de cuidados con gran nivel de especialización.

El proceso de designación como CSUR es largo y complejo. Es necesario implantar un sistema de gestión de calidad propio en el que participen todos los profesionales implicados. Estos pertenecen a diferentes estamentos y especialidades por lo que, en muchos casos, se hace imprescindible el apoyo de un equipo que sirva como herramienta de cohesión con experiencia en aspectos relacionados con calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir el proceso de apoyo metodológico en las unidades que se presentan a la designación CSUR como línea estratégica de nuestro Centro. Analizar la percepción de los miembros de las unidades sobre el apoyo recibido.

Método

El Plan Estratégico del centro incluye la línea "Priorizar y consolidar las líneas de excelencia" por lo que se crea una Unidad de Apoyo a los CSUR (UAC) conformada por profesionales expertos en calidad para acompañar a los profesionales sanitarios que se presenten a la designación.

La UAC da apoyo a los profesionales durante las fases de inicio, autoevaluación y evaluación. En la fase de inicio, la unidad se compromete con los estándares de excelencia exigidos como CSUR. En la autoevaluación, prepara y organiza la documentación necesaria. En la de evaluación, recibe la visita de un equipo evaluador que estudia las evidencias aportadas.

Al finalizar, la UAC pasa una encuesta de satisfacción a los profesionales para conocer su opinión sobre el apoyo recibido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde el año 2018 la UAC dio apoyo a 9 unidades multidisciplinares en el proceso de designación CSUR:

- En la fase de inicio: Apoyo burocrático e intermediación en la resolución de incidencias.
- En la fase de autoevaluación:
 - Crea un espacio compartido para organizar y revisar la documentación. Mantiene reuniones semanales de seguimiento con los miembros de cada unidad para resolución de dudas y coordinación.
 - Colabora en el desarrollo de un programa de formación específico y transversal para profesionales y otro para pacientes y familiares.
 - Imparte sesiones sobre calidad y seguridad del paciente.
 - Orienta y valida una guía de usuario y un tríptico informativo para pacientes. Guía en la creación y revisa los protocolos que permiten estandarizar la atención. Promueve, sistematiza y monitoriza indicadores.
- En la fase de evaluación: realiza una auditoría interna y acompaña a la unidad evaluada en la externa. Los profesionales encuestados han valorado con la máxima puntuación el apoyo de la UAC.

En conclusión, el apoyo a los profesionales del centro en la designación CSUR como elemento estratégico de nuestro centro ha supuesto un cambio organizativo en los servicios implicados. Los profesionales valoran el apoyo de la unidad como fundamental en el proceso de designación.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO. SISTEMAS DE ACREDITACIÓN

ENCARNACIÓN ARACELI SEVILLA HERNÁNDEZ¹; LAURA CRISTINA GARROTE MORENO²; ISABEL MONTES POSADA³; JUAN VICENTE LOZANO GUADALAJARA¹

¹SERVICIO DE REHABILITACIÓN. HGU MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA, ²HGU MORALES MESEGUER// REGIÓN DEMURCIA, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN// CANARIAS

ID: 17288

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El aumento de Unidades de Rehabilitación del Suelo Pélvico (URSP) en nuestro entorno ha sido exponencial a partir del año 2002, pasando de 10 a 94 en 2019 según el registro presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación en mayo de 2019. Asimismo, los procesos atendidos son cada vez más variados, aunque la incontinencia de origen urinario y fecal, y el dolor pélvico crónico son los los más frecuentes.

El presente trabajo pretende identificar los principales componentes y proponer los estándares básicos de las URSP que permitan acceder a un proceso de acreditación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

1. Revisar la evidencia disponible acerca de los sistemas de acreditación en las URSP.
2. Analizar los componentes básicos de una URSP y de los PRSP.
3. Determinar el conjunto de indicadores y estándares básicos para que una URSP sea acreditada.

Metodología

Para analizar la evidencia actual sobre los sistemas de acreditación de URSP se llevó a cabo una revisión de la bibliografía disponible en las bases de datos hasta abril 2023.

Las palabras clave fueron: acreditación, certificación, unidad de suelo pélvico, rehabilitación, estándares e indicadores, proceso asistencial.

Además fueron analizadas las principales sociedades científicas nacionales e internacionales para valorar protocolos de acreditación, obtener y contrastar información sobre:

- Estructura organizativa de URSP
- Componentes básicos de los procesos asistenciales atendidos por las URSP y los PRSP
- Principales indicadores y estándares de acreditación

Finalmente, se realizó una propuesta de herramientas de medida (indicadores y estándares) a la hora de acreditar una URSP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. La evidencia científica actual acerca de los sistemas de acreditación en las URSP es prácticamente nula
2. Los programas de rehabilitación del suelo pélvico están insuficientemente desarrollados a pesar de la existencia de evidencia suficientemente robusta y consistente respecto su eficacia y costo-efectividad clínica y calidad de vida
3. Los componentes básicos de los PRSP incluyen estrategias de canalización, criterios de selección, valoración y elaboración del plan de cuidados, programas en función de procesos, valoración de resultados y alta del proceso logrando adherencia del paciente
4. El diseño ideal URSP sería: un equipo multidisciplinar, médico rehabilitador coordinador adscrito a los servicios de rehabilitación de las distintas instituciones y filosofía de trabajo basada en valoración integral del paciente clínica y funcional
5. La provisión de recursos dependerá del nivel asistencial y complejidad de la cartera de servicios
6. Establecer indicadores y estándares en URSP permitirá desarrollar procedimientos de acreditación y búsqueda de la excelencia asegurando equidad, aplicación de buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia y generar políticas a nivel nacional más eficaces
7. Las estrategias de calidad en los PRSP permitirán un despliegue más costo-efectivo de personal y material.

NUEVO RETO: LA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION ENTERPRISE

IRENE MARTÍNEZ RODRÍGUEZ; LORETO GARCÍA FERNÁNDEZ

SERVICIOS CENTRALES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17314

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La acreditación Joint Commission International se considera la de mayor prestigio y exigencia a nivel mundial en el ámbito sanitario y su obtención significa que los procesos del grupo están orientados a garantizar la calidad y la seguridad de forma consistente y coordinada, especialmente en sus centros acreditados.

El sistema de gestión en Quironsalud está basado en los más exigentes estándares de calidad, gestión ambiental y seguridad del paciente y por supuesto en la JCI.

En 2022 se publica el estándar JCE dirigida a corporaciones y consideramos que debíamos hacer el esfuerzo de abordar su acreditación, para continuar apoyando a los centros ya acreditados, los centros que estaban trabajando para lograrlo, y en general para seguir alineando a todos los centros grupo con la estrategia, en sus tres ejes fundamentales: el paciente como centro de nuestro quehacer diario y preocupándonos por su salud dentro y fuera de los hospitales y haciendo una medicina eficiente

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Garantizar un entorno seguro que reduzca el riesgo para los beneficiarios de la atención y los cuidadores en toda la red de los hospitales
- Promover la alineación y la coherencia en toda la organización, y más específicamente de los hospitales acreditados
- Fortalecer la cultura de calidad y seguridad de paciente en todos los departamentos corporativos

Quironsalud estructura los riesgos y objetivos corporativos en base a los estándares JCI y por tanto la estrategia de nuestro modelo de gestión. En este sentido, el camino estaba muy avanzado, la verdadera clave del éxito estaba la implicación y trabajo en equipo.

La preparación duró seis meses, de manera muy eficiente y rápida por todas las Áreas Corporativas:

1. Diagnóstico de situación y comunicación y difusión al Órgano de Gobierno
2. Definición de 4 grupos de trabajo coordinados por el Dpto. Corporativo de Calidad, Seguridad y Experiencia de paciente:
 - Estructura de Gobernanza corporativa y liderazgo
 - Alineación del sistema corporativo
 - Mejora de la Calidad y rendimiento
 - Coordinación de recursos humanos
3. Revisión de los procesos y documentación corporativa
4. Desarrollo e implantación de acciones/proyectos corporativos
5. Análisis de resultados relacionados IPGS grupo KPIs Clave.

Se trabajaron muchas áreas diferentes de la Compañía: gobernanza, planes estratégicos, cultura de seguridad, mejora de la calidad y el rendimiento, gestión ética, gestión de la información y tecnología, coordinación de recursos humanos, etc.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Logramos ser el primer grupo hospitalario privado en acreditarnos en Joint Commission International Enterprise.

Confirmaron la alineación de nuestras líneas estratégicas, Experiencia y Seguridad del Paciente, Excelencia en la Práctica Clínica y Transformación Digital, favorece la mejora continua y por tanto se refleja en la evolución de nuestros resultados.

Y logramos el gracias al compromiso de todos los profesionales y departamentos tanto a nivel corporativo como hospitalario.

LA SOSTENIBILIDAD EN LA ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA

ANNA FERNÁNDEZ LUMBRERAS¹; JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ¹; ÀLEX MARTÍNEZ CERRILLO¹; CRISTINA VILELLA MESTRES¹; GLORIA OLIVA OLIVA¹; MANEL RABANAL TORNERO²

¹SERVEI DE PROMOCIÓ DE LA QUALITAT I LA BIOÈTICA, ²SUBDIRECCIÓ GENERAL DE ORDENACIÓ I REGULACIÓ SANITARIAS Y FARMACEUTICAS// CATALUÑA

ID: 17330

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Agenda 2030 y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) son, actualmente, el referente y el hito a escala internacional en términos de sostenibilidad. Desde la consecución de estos objetivos, Europa trabaja para liderar la transformación hacia un modelo económico y social más sostenible, abordando la sostenibilidad como una política transversal, que tenga impacto en todos los ámbitos.

En el ámbito español, el referente es la Estrategia Española de Desarrollo Sostenible, aprobada el 2021 y, en Catalunya, tenemos el Plan nacional para la implementación de la Agenda 2030. Este Plan tenía como objetivo el cumplimiento de los 17 ODS que cumplen las políticas públicas impulsadas por la Generalitat de Catalunya, que se concretan en 920 compromisos adquiridos por diferentes Departamentos. De estos compromisos, 810 tienen como objetivo transformar Catalunya y 110, generar un impacto positivo en el medio ambiente. El objetivo 3 de los ODS es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Impulsa a las organizaciones sanitarias a una gestión innovadora y sostenible que genere confianza presente y futuro y además promueva el acompañamiento para transformar la gestión de las organizaciones sanitarias.

Los centros sanitarios deben de ser sostenibles para proteger el medio ambiente y promover la salud de pacientes y profesionales. Se está produciendo un gran avance en este sentido mediante la disminución del consumo de energía, el uso de materiales sostenibles, la elección del emplazamiento, el control de la calidad ambiental, la eliminación del uso de sustancias tóxicas, la alimentación apropiada de los pacientes y la participación de los profesionales sanitarios en el diseño del centro. Todo esto es necesario, pero no es suficiente. Es preciso que los criterios sanitarios participen activamente en el proceso de remodelación que nuestra sociedad está llevando a cabo en aras de la sostenibilidad.

En consecuencia, el modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Catalunya incluye la sostenibilidad como uno de los ejes principales, incorporando aspectos de sostenibilidad tanto económica como social y ambiental.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es dar respuesta a los ODS mediante la incorporación de estándares relacionados con la sostenibilidad en el modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria en Catalunya.

De igual modo la metodología empleada en la elaboración del manual, mediante la inclusión del concepto de sostenibilidad en determinados estándares, permite la alineación con los ODS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los estándares del Manual objetivan la sostenibilidad ya sea con programas de promoción de la salud, hábitos saludables, protección de la salud etc y asimismo impulsando la participación y la difusión.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MODELO DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDA

CRISTINA VILELLA MESTRES¹; JORDINA CAPELLA GONZÁLEZ¹; ANNA FERNÁNDEZ LUMBRERAS¹; ÁLEX MARTÍNEZ CERRILLO¹; GLÒRIA OLIVA OLIVA¹; MANEL RABANAL TORNERO²

¹SERVEI DE PROMOCIÓ DE LA QUALITAT I LA BIOÈTICA, ²SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN SANITARIAS Y FARMACÉUTICAS// CATALUÑA

ID: 17333

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Acción Global para la seguridad del paciente 2021-2023 de la OMS incluye la acreditación como una herramienta para mejorar la seguridad de los pacientes. La OMS sostiene que la seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De esta manera, los servicios de salud deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

Para garantizar el éxito de la ejecución de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención

El avance de estas políticas y estrategias de los últimos años ha promovido la integración del concepto de Seguridad de los pacientes en el modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña.

A consecuencia de ello se valora la incorporación de nuevos estándares que tengan en cuenta los aspectos fundamentales relacionados con la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Uno de los objetivos generales de la actualización del modelo es priorizar la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria de Catalunya.

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

impulsar la gestión de la calidad de la organización midiendo aspectos fundamentales relacionados con la seguridad de los pacientes y las prácticas seguras más relevantes.

identificar la mejora obtenida a partir del cumplimiento de los estándares.

La metodología utilizada es promover el diseño de un plan de gestión y mejora de la calidad y seguridad de los pacientes que impregne a toda la organización y que implique desde la Dirección hasta el último nivel operativo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El manual de acreditación del 2020 se actualizó en 2022 con el objetivo de incorporar:

- resultados e indicadores organizacionales clave del plan de calidad y seguridad de los pacientes.
- resultados e indicadores de seguridad de los pacientes de acuerdo con el cuadro de mando de seguridad de los pacientes en la atención especializada del Departamento de Salud.

En conclusión, el modelo de acreditación incluye los estándares de seguridad de los pacientes del Departamento de Salud que representan la realidad asistencial de los centros de hospitalización aguda en línea con las recomendaciones de la OMS.

RED DE AUDITORES INTERNOS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

MARIA OLGA ROCA BERGANTIÑOS; RAQUEL VAZQUEZ MOURELLE; ISABEL LOSADA CASTILLO; PILAR SECO MAQUIERA; FLOR SUAREZ BLANCO; ALBERTO TOMÉ NOGUEIRA.

CONSELLERÍA DE SANIDAD// GALICIA

ID: 17467

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Para poder realizar las auditorías internas de las diferentes Normas de Calidad en los servicios, unidades y áreas sanitarias certificados de nuestra comunidad, se crea una Red de Auditores/as centralizada desde los Servicios Centrales

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Con la finalidad de cubrir la necesidad de realizar auditorías internas que nuestros hospitales demandan por estar certificados en normas de calidad: ISO, UNE, ENAC, sin que suponga un gasto adicional al sistema sanitario y para intercambiar experiencias entre diferentes áreas.

Metodología

En servicios centrales se ha elaborado un procedimiento institucional que recoge todas las especificaciones de la red de auditores: requisitos de formación, requisitos de inclusión/exclusión, así como un documento de ayuda para el seguimiento de la auditoría, contemplando todos los puntos de cada norma y otro documento como modelo de ayuda para cumplimentar el informe final de las auditorías.

En primer lugar, se forma a los profesionales como auditores: 20 horas de formación presencial y 2 auditorías en calidad de observador/a. Desde servicios centrales se planifica un curso de auditores anualmente, con una asistencia de 15/20 profesionales. Para acceder a esta formación, es imprescindible haberse formado previamente en alguna norma de calidad: Iso, UNE, ENAC. Curso básico,

A primeros de años, desde servicios centrales, se solicita a las áreas sanitarias un listado actualizado de las certificaciones vigentes, en que fecha realizaran las auditorías externas y con qué fecha desearían realizar la auditoría interna.

A partir de aquí, se elabora un cronograma con todas las solicitudes y se asigna a cada hospital solicitante el equipo auditor.

Siempre se tiene en cuenta la experiencia (por afinidad y conocimiento del proceso) y así, se nombran dos auditores/as por servicio/unidad. Si es posible y hay disponibilidad, se nombran uno o dos observadores (antes de realizar auditorías, siempre deberían haber hecho al menos dos observaciones).

Del equipo, se nombra siempre un auditor/a jefe que será el responsable de llevar el peso de la auditoría y de realizar y emitir posteriormente el informe final de auditoría.

Los gastos de desplazamiento y dietas así como la autorización para realizar las auditorías se solicitan desde servicios centrales a los gerentes de las áreas a las cuales pertenece el auditor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

A través de esta red de auditores se realizan al año una medida de 40 auditorías internas en las áreas sanitarias de nuestra comunidad, resultando muy eficaces para las posteriores auditorías externas.

Las auditorías tienen un reconocimiento (puntos que constarán en el expediente de los profesionales)

Conclusiones

La red de auditores internos suponen un aprendizaje para los profesionales, un intercambio de experiencias, una participación activa en las certificaciones, el fomento de la cultura de seguridad y también un ahorro para el sistema sanitario, al no tener que contratar empresas externas que realicen estas auditorías.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

SELMA HERRERO LÓPEZ; GENOVEVA FERNÁNDEZ CARRAL; FAUSTINO GONZÁLEZ MENÉNDEZ; MARÍA INMACULADA COLLANTES HERNÁNDEZ; JOSÉ LUIS COBO SÁNCHEZ; ELENA RIVAS CILLEROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17560

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la formación es de vital importancia para garantizar la calidad de las acciones formativas (AF), logrando detectar los efectos de dichas acciones, los rendimientos de la inversión efectuada y la optimización de la formación futura. Existen varias modalidades de evaluación (diagnóstica, formativa, sumativa, de transferencia y del impacto), siendo la formativa y la sumativa las que permiten evaluar el progreso del alumno durante el proceso de enseñanza-aprendizaje. Para establecer el mejor método de evaluación, la pirámide de Miller aproxima a los gestores de formación a qué instrumentos de evaluación utilizar en función de la capacidad que se quiera trabajar (conceptual, procedimental o actitudinal).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar la evolución de los métodos de evaluación de la acción formativa de enfermería de un hospital de tercer nivel.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo sobre el uso de herramientas de evaluación de la acción formativa de una Unidad de Formación Continua (UFC) del 2017 a 2022, analizando el total de AF con evaluación, el instrumento utilizado, la modalidad y la capacidad trabajada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se presentan 4 variables (V) en términos absolutos y medias anuales (x). V1: total de AF evaluadas: 279 (25,3%) / x 27,9% (2021 y 2022: 37%). V2: Modalidad (presencial/online/mixta): 141 (x 23,5)/81 (x 13,5)/57 (x 9,5). V3:

Capacidad trabajada: conceptual 206 (73,8%; x 34,3); conceptual + destreza 39 (14%; x 6,5) y conceptual + destreza + actitudinal 28 (12,2%; x 4,7). V4: herramientas de evaluación (H): H1: cuestionario de conocimientos pre-post AF: 87 (31,2%; x 14,5); H2: cuestionario de conocimientos con calificación: 124 (44,4%; x 20,7); H3: rúbrica de evaluación de destrezas: 15 (5,4%; x 2,5); H4: evaluación multifuente 360° (EMF): 20 (7,2%; x 3; H5: combinación de herramientas (H1+H3; H1+H4; H2+H4): 35 (12,5%; x 5,8).

Conclusiones

- Aumento progresivo del nº AF evaluadas, momento fuerte los años 2021 y 2022 (37%).
- Distribución sin cambios significativos en relación con la modalidad en AF evaluadas y no evaluadas.
- Aumento de la evaluación de capacidades no individuales sino combinadas (conceptos + destrezas y conceptos + destrezas + actitudes), relacionado con los nuevos roles profesionales y la planificación de itinerarios formativos ad-hoc (se han planificado 9 itinerarios diferentes, realizando un total de 28 ediciones).
- Aumento del uso del cuestionario con calificación relacionado con la realización de más AF en formato online, pudiendo asegurar, con más rigurosidad, la adquisición de conocimientos teóricos.
- Incorporación de la rúbrica y EMF 360° (aspecto potenciado desde la UFC) buscando el perfeccionamiento profesional en un contexto asistencial dinámico, longitudinal en el tiempo y de calidad, acercándonos a la dinámica médica de evaluación por ECOE (examen clínico objetivo estructurado).

INCLUSIÓN DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN EL PLAN DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

SELMA HERRERO LÓPEZ; GENOVEVA FERNÁNDEZ CARRAL; FAUSTINO GONZÁLEZ MENÉNDEZ; JOSÉ LUIS COBO SÁNCHEZ; PATRICIA LAURA AGÜEROS FUENTES; RAQUEL PELAYO ALONSO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17705

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La simulación clínica (SC) como metodología pedagógica ha estado presente en la formación de los profesionales de la salud. Si en el campo de la medicina su inclusión fue a mediados de los años 70, en el caso de la formación en enfermería, no tuvo su notable expansión hasta 2002 con la creación del INACSL (*Internacional Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*). Su auge y difusión queda enmarcado en un contexto de preocupación por la calidad y seguridad en la atención al paciente, a la vez que aporta, al alumno, un entorno clínico simulado seguro, donde adquirir destrezas y confianza con una disminución importante del estrés ante situaciones complejas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar la evolución de la SC como metodología pedagógica en el plan formativo de una Unidad de Formación Continuada (UFC) de Enfermería de un hospital de tercer nivel.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo sobre el uso de la SC en las acciones formativas (AF) de Enfermería de un hospital de tercer nivel, basado en el modelo de SimZones propuesto por Roussin (*An Organizational Innovation for Simulation Programs and Centers*) entre los años 2017 y 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se presentan 6 variables (V) mostrando el nº AF con SC en datos absolutos y diferencia ($p=x$) y su relación con las SimZones (Z) (excepto Z0, que no se usa), incluyendo sus características, nº AF total y media anual (x). **V1:** nº AF diferentes en aula/in situ comparando periodo pre y post pandemia: 4/4 – 15/7 (p =aumento 375% en aula; p =aumento 175% in situ). **V2:** AF con SC del total de AF en pre y post pandemia: 37 (5,3%)/32 (7,8%) (p =aumento 2,5 puntos). **V3:** Z1: baja fidelidad, adquisición de destrezas básicas con entrenamiento instruido y feedback continuo por el facilitador – 32 AF (x 5,3). **V4 y V5:** Z2 y Z3: entorno simulado con equipos no reales (Z2) y equipos reales (Z3) para entrenamiento de la aplicación de habilidades para mejorar su rendimiento. Z2: 19 AF (x 3,2) y Z3: 14 AF (x 2,3) (p postpandemia= aumento 135,7% (Z2+Z3)). **V6:** Z4: situaciones reales que implican un debriefing posterior por parte del equipo. Desde 2019 se incluye esta zona con la AF sobre la observación de la toma de lactancia materna, dentro del contexto de las estrategias de nuestro hospital: BPSO/CECC (Centros comprometidos con la excelencia en cuidados) e IHAN (Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia).

Conclusiones

- Las AF basadas en SC generan un beneficio a dos niveles: reducción del estrés y adquisición de competencias (priorización, confianza, refuerzo de conocimientos, comunicación, trabajo en equipo, rectificación de errores).
- El modelo SimZones permiten crear entornos simulados de diferente complejidad, adaptándose al tipo de profesional y/o equipo y a la habilidad a adquirir y/o mejorar.
- La inclusión de la SC en programas formativos implica una reflexión (debriefing) que surge a partir de la experimentación de un acontecimiento, generando un nuevo mapa mental para finalizar en la aplicabilidad asistencial.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PRESTADA POR UN SERVICIO DE FACTURACIÓN A TERCEROS MEDIANTE LA CREACIÓN DE UNA WEB

PASCUAL PEREZ TORRENTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCIA DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14812

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las actuaciones que se desarrollan dentro de un sistema sanitario han de estar orientadas a la prestación de una atención de calidad a los pacientes y usuarios, que permita satisfacer sus necesidades, ejercer plenamente sus derechos y cumplir sus obligaciones.

Para la prestación de un servicio de calidad por parte de un departamento de facturación a terceros, es preciso la divulgación, actualización y accesibilidad de la información en la materia, debido al desconocimiento generalizado por parte de la ciudadanía sobre los supuestos en los que procede la facturación a terceros y sobre la forma en la que deben actuar en cada uno de los casos, a lo que se une la escasez de medios en los que obtener este tipo de información. A su vez, resulta necesario que los profesionales dispongan de una información y material de apoyo para el correcto desempeño de sus tareas.

La creación una sección dentro del Portal Sanitario de la Región de Murcia (www.murciasalud.es), es una vía para dar respuesta de forma eficaz a esas necesidades.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es prestar un mejor servicio mediante la creación de la web, con la finalidad de:

- Divulgar información sobre los supuestos en que procede la facturación a terceros, acerca de procedimientos relacionados con la liquidación de precios públicos y de los documentos que deben cumplimentar.
- Servir de soporte para la correcta realización de las tareas administrativas de los profesionales.

La metodología consiste en el diseño y creación de la web, junto a la elaboración del material informativo disponible en ella, distinguiendo dos apartados:

- Ciudadanía: Con apartados referidos a los distintos supuestos de asistencias facturables y, accediendo a cada uno de ellos, se dispondrá de información, la forma de proceder y la posibilidad de descargar documentación.

También se puede acceder a contenido referido a otros procedimientos conexos y un apartado de preguntas frecuentes, orientado a aclarar dudas que surgen habitualmente.

- Profesionales: Contiene los documentos que es necesario aportar, un apartado de preguntas frecuentes, unas guías de actuación sobre la materia, elaboradas y destinadas a Atención Primaria, Admisión de Urgencias y Admisión de Consultas Externas, para su uso como material de apoyo, y unos cuadros a modo de resumen de cada una de ellas.

Asimismo, se puede acceder a través de ella a una recopilación de la legislación vigente que es de aplicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado es un instrumento que permite, de una forma clara y sencilla, ofrecer la información y documentación necesaria, logrando:

- Una mejora de la calidad percibida por parte de la ciudadanía del servicio que se presta.
- Una adecuada y mejor tramitación del procedimiento, al facilitar un mayor conocimiento de él.
- Dotar al personal de nueva incorporación de un material que le permita disponer de unos conocimientos básicos.

La principal conclusión es que con esta medida se logra una mayor eficacia y eficiencia en el departamento.

DISEÑO DE UN REGISTRO DE HISTORIA ELECTRÓNICA DIGITAL (RHEDI). PROYECTO HELPeN

MARIA JESUS HERNANDEZ LOPEZ¹; JESSICA GARCÍA GONZALEZ²; MARÍA RUZAF MARTINEZ³; SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ¹; ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO³; CESAR LEAL COSTA³

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ// REGIÓN DE MURCIA

²UNIVERSIDAD DE ALMERÍA// ANDALUCÍA

³UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14944

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Desarrollar un registro de historia clínica online para la recogida y evaluación de datos de un proyecto de investigación cuyo objetivo es conocer la efectividad del Programa HELPeN. Este es un programa de telecuidado telefónico realizado por estudiantes de enfermería voluntarios a mayores que viven en la comunidad y están en situación de aislamiento social.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Desarrollar un registro de historia clínica online.

Metodología

La plataforma de registro se denominó Registro Historia Electrónica Digital ICEBE (RHEDI) y se desarrolló en 5 fases entre los meses de mayo de 2022 y abril de 2023: Fase 1. Análisis de requisitos: un grupo de expertos formado por 3 investigadores y 3 enfermeras expertas en la atención al mayor identificaron los datos y funcionalidades requeridos. Fase 2. Diseño del sistema: Junto con la empresa técnica desarrolladora de sistemas de registros se establecieron las bases para la estructura de la base de datos, la interfaz de usuario, la seguridad de la información y otros aspectos técnicos. Fase 3: Desarrollo del software: los desarrolladores crearon el software necesario para implementar el registro electrónico. Fase 4. Pruebas y validación: Se realizaron pruebas de funcionalidad para asegurarse de que todas las características operasen correctamente. Se detectaron problemas por parte del grupo de expertos y se realizó una versión de prueba con voluntarios que evaluaron la aplicabilidad, realizando una retroalimentación y detección de necesidades. Fase 5. Pilotaje: en esta fase se comprobaron que los problemas estaban resueltos y se realizó un pilotaje con el grupo de voluntarios, comprobando la programación, el acceso, registro y avisos con sujetos de prueba, incluido en el programa de formación que realizaban, detectando nuevas necesidades o mejoras. Fase 5: Implementación: en esta última fase se creó la versión definitiva y se inició su uso en la recogida de datos del proyecto HELPeN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

RHEDI permite de forma online y desde cualquier dispositivo recoger información sobre pacientes, datos clínicos, valoración del estado de salud y el registro de escalas que miden aspectos fisiológicos, cognitivos y sociales. Además, incluye un área específica de valoración con taxonomías enfermeras de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y las Intervenciones de Enfermería (NIC). Entre sus funcionalidades permite programar avisos y recordatorios de llamadas y de evaluaciones que se realizan de manera seriada a lo largo de un periodo de tiempo, y el acceso al registro está limitado al sujeto asignado. Finalmente, tiene capacidad para la extracción de datos y variables anonimadas para la explotación y análisis de estos.

Conclusión

RHEDI permite el acceso remoto, la colaboración, el registro integral de datos clínicos, fisiológicos y de enfermería y la programación de avisos, con aplicaciones beneficiosas en una variedad de entornos de atención de salud.

PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

ANTONIA INMACULADA ZOMEÑO ROS¹; VIRGINIA ESPERANZA FERNÁNDEZ RUÍZ²; ANA MARÍA CAYUELA-GARCÍA³; MARÍA ESPERANZA MORENO EGEA⁴; MARGARITA CERESO SANMARTÍN¹; JUANA MARÍA MORILLAS RUÍZ⁵

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA,²HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ³HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA MORALES MESEGUER, ⁵UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA (UCAM)// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15489

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En España se estima que más de dos millones de personas padecen disfagia orofaríngea (DOF) y aproximadamente el 90% de la población que sufre este trastorno no está diagnosticada, ni correctamente tratada.

Actualmente no existe ningún método único universalmente recomendado de manera específica para la detección, cribado y tratamiento de la disfagia pero sí existen diversos protocolos e instrumentos de evaluación validados que se incluyen en este procedimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Introducir en la práctica clínica el cribado del riesgo de DOF en pacientes con signos o síntomas característicos de una alteración en la deglución.
- Unificar criterios de adhesión para detectar la disfagia o riesgo de la misma en la práctica clínica tanto en hospitales como en centros de salud. Metodología

Recursos humanos: Constitución de un grupo de enfermería regional para la implantación y divulgación del procedimiento.

Recursos materiales y de infraestructura: Mesa o carro homologado, pulsioxímetro, aspirador, sondas de aspiración, vasos, cuchara 10ml/20ml servilleta-babero, mascarilla, pantalla de protección en su caso, mascarilla y bolsa desechables, guantes no estériles, Jeringa de 50-60ml, empapador, agua y espesante.

Creación de un circuito con las siguientes actividades para lograr los objetivos:

Para realizar cualquier actividad desarrollada durante el procedimiento y antes de realizar el MECV-V:

- Identificación del paciente mediante pulsera e historia clínica.
- Comprobar que el paciente tiene un test de antígenos o PCR realizado en el ingreso si es necesario.

1. Escala EAT 10.
2. Detección de síntomas manifiestos o silentes de disfagia.
 - Exploración signos y síntomas
 - Exploración fase oral, de transporte y faríngea.
3. Valoración: Escala Glasgow
3. Cribado/diagnóstico riesgo de aspiración: Test MECV-V
4. Tratamiento.
5. Reevaluación.

Talleres para formación

Incorporación de Escalas de validación Coordinación de Jornadas

Pilotaje en proyecto Búsqueda de evidencia

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con ésta metodología disponemos de un *procedimiento unificado* con el que existe la posibilidad de detectar la DOF e instaurar un tratamiento adecuado como la adaptación de la ingesta en consistencia y volumen para mejorar la evolución y el estado nutricional de los pacientes, realizar ejercicios que se utilizan como herramienta para disminuir el riesgo de aspiración y reducir la morbimortalidad.

Otra de las ventajas que ofrece el procedimiento es que su realización complementa e incluso a veces evita la realización de pruebas o técnicas más complejas y económicamente más costosas.

La revisión del procedimiento cada 3 años o cuando se produce un cambio en la evidencia que lo soporta.

Las recomendaciones individualizadas y adaptadas al cuidado de personas que padecen disfagia tanto en el hospital como en su domicilio, supone reducir el número de ingresos, los días de estancia del paciente hospitalizado, contribuir en la mejora de calidad de vida y disminuir con todo ello el gasto sanitario.

NUEVA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR POSPARTO

CAROLINA CARBONELL SCHULTZ¹; SOFÍA FERRANDIS DEL VALLE²

¹HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL, ²HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL - CENTRO MÉDICO RBI MASÓ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15675

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Para muchas mujeres, el posparto es un periodo vulnerable, de fragilidad emocional y física, en el que pueden aparecer algunos miedos, inseguridades y dudas relacionadas con el cuidado personal y el del bebé. Es una etapa en la que la madre precisa de mucho apoyo y compañía, nuestra Unidad posparto es la encargada de cuidar y acompañar a la madre tras haber dado a luz desde una visión global, multidisciplinaria e integrada.

Hemos creado una Unidad Posparto integrada por diferentes Servicios y profesionales con amplia experiencia en el cuidado y atención de padres tras el nacimiento de su hijo/a. Para ello, hemos contado con el apoyo de los diferentes servicios que integran esta unidad: Fisioterapia, Angiología y Cirugía Vasculard, Dermatología, Psicología, Medicina Estética, Endocrinología y Nutrición, y Matronas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Ofrecer un servicio multidisciplinario integrado y personalizado para cada paciente que da a luz en nuestra maternidad con el fin de seguir cuidando de ellas una vez que han sido madres, especialmente en esta nueva etapa tan relevante de profundos cambios físicos y emocionales, en un nuevo entorno de maternidad integrada, digitalizada y buscando una experiencia única y memorable.

Metodología

Desde el 1 de febrero de 2023 hemos convocado desde Experiencia del Paciente reuniones semanales con los diferentes servicios que forman parte de la Unidad para hacer una puesta en común.

Esta Unidad, se centra tanto en el cuidado de la madre como de su recién nacido, con el fin de que se sientan acompañadas y cuidadas una vez finalizado ese primer capítulo que es dar vida.

Para transmitir toda esta información, consideramos que la mejor forma es a través de las nuevas tablets, aprovechando el lanzamiento de la digitalización en el hospital vía Smart rooms en la maternidad. Es la primera planta del hospital que cuenta con dicha herramienta y que servirá de modelo para extenderlo al resto del hospital.

Se trata de un proyecto de reciente implantación, 24 de abril de 2023, por lo que el análisis estadístico todavía no es representativo.

Se ha hecho seguimiento de todas las peticiones que se han realizado a los servicios la Unidad con el fin de poder monitorizar la actividad de la misma, su eficacia y tomar las acciones de mejora que pudieran ser necesarias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En las tablets se pueden encontrar las píldoras informativas, tanto para el cuidado de la madre como para el recién nacido,

sin ser invasivos y desde el profundo respeto a la intimidad y las necesidades de cada una. Un total de 75 pacientes han dado a luz en este mes.

Entre un 15 y un 20% de las pacientes se ha interesado por la Unidad Posparto. De momento un 8% ha contacto con uno o varios servicios de la Unidad.

Conclusiones

Se trata de una nueva Unidad muy completa en cuanto a las especialidades que incluye y al entendimiento de las pacientes de manera holística, posicionada en la vanguardia tecnológica con las Smart rooms.

DISEÑO DE UN SISTEMA DE EVALUACION DE UN METODO DE GESTION TELEFONICA

ANGEL BERMEJO RODRIGUEZ¹; PATRICIA FERNÁN PÉREZ²; MARIO MARTIN GONZÁLEZ³; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS¹; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ¹; RAQUEL ABEJÓN MARTÍN¹

¹SUMMA112, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, ³ONT// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17195

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Servicios Coordinadores de Urgencias (SCU) reciben las llamadas de emergencias y urgencias sanitarias que son atendidas por personal sanitario que asigna una prioridad de atención, el recurso más apropiado o proporciona consejos de cuidados de salud, utilizando procedimientos (P) que aseguran un estándar de calidad y que deben ser evaluados para garantizar su cumplimiento uniforme a lo largo del tiempo.

Auditar las llamadas sanitarias permite valorar el proceso de toma de decisiones, corregir errores en P y favorecer la toma de decisiones seguras y estandarizadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Normalizar la resolución de la demanda sanitaria en un SCU. Garantizar la homogeneidad en la utilización del P de atención de llamadas por enfermeras.

Metodología

Grupo de trabajo del SCU.

Formación para aprendizaje y afianzamiento con casos reales de grabaciones y resolución de dudas.

Adaptación de las auditorías establecidas por el P validado implantado en otros Servicios extrahospitalarios.

Retroalimentación al auditado: en entrevista (auditoría de grabación) o en el proceso (si es presencial).

Auditoría: 15 indicadores sobre 3 aspectos: comunicación del paciente, aplicación del P y atención y prestación de asesoramiento.

Los indicadores tienen de 3 a 4 ítems cuya puntuación máxima es de 100. Se considera que se ha superado: ≥ 86 . Con menos de 86 las auditorías se clasifican según la presencia de indicadores críticos y principales en 3 categorías.

Evaluación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se formaron más de 130 enfermeras

Se realizó una auditoría (grabaciones) al menos a todos los profesionales que usaron el método en un período de 14 meses. Se realizaron 605 auditorías

El 46,8% de los profesionales superaron 86 puntos; media = 75.

Tras cese de contratos COVID19 y cambio de profesionales; tras un nuevo período formativo, se reiniciaron las auditorías de grabaciones y se incorporaron también auditorías presenciales. Los datos preliminares son similares.

En los dos primeros meses los fallos más frecuentes eran no confirmar los datos demográficos del paciente y no hablar con el paciente en primera persona.

En los meses siguientes los errores más frecuentes son realizar el P. sin el orden establecido con resultado apropiado para el paciente, utilizar los consejos de empeoramiento no selectivos y el tiempo de la llamada.

Conclusiones

Los datos preliminares son similares a otros estudios que indican la potencia del método de auditoría y retroalimentación para la normalización de la resolución de la demanda.

Se está estudiando porque los profesionales del servicio no llegan a los 86 puntos establecidos, la hipótesis barajada propone que el triaje llevado a cabo es primario mientras que en el resto de países es secundario y no lo realizan en la prioridad emergente.

Las auditorías presenciales son mejor valoradas por los profesionales ya que permiten conocer las mejoras en el momento, mejoran el clima laboral, los profesionales se esfuerzan por cometer menos errores, y las puntuaciones son mayores que en las auditorías de las grabaciones.

PERFIL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PILOTO SANITARIO DE "ASISTENCIA LIQUIDA"

LAURA CARRILLO LÓPEZ¹; MIGUEL ÁNGEL CONESA CARRILLO¹; MARÍA JÓDAR REVERTE¹; ANA MARÍA MARTÍNEZ LAX¹; CRISTINA MARTÍNEZ GALERA¹; GORKA SÁNCHEZ NANCLARES²

¹SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS, ²SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17237

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de nuestra población desafía la sostenibilidad de los servicios de salud, anclados en un modelo arcaico de atención reactiva. Las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad de un modelo de atención líquida, cercana al paciente monitorizando su día a día, con sensores, preguntas y recomendaciones personalizadas en una app, supervisado de forma proactiva por un grupo de 5 enfermeros especialistas (call center). Éste es el planteamiento de nuestro piloto PHARAON.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es caracterizar el grupo de intervención mediante perfil sociodemográfico y estado de salud de los pacientes del Proyecto Pharaon.

El piloto se dirige a 130 usuarios con insuficiencia cardiaca crónica (ICC). Para el análisis se revisaron sus historias clínicas y las respuestas a los cuestionarios, con el software estadístico SPSS v27. Los cuestionarios fueron el NYHA, Conocimiento IC, Psicosocial, Barber, Barthel, Dieta, Autocuidado, Morinsky motivación y conocimiento, Goldberg y Calidad de vida de Minnesota. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación típica. Debido a las pérdidas de datos se ha empleado el porcentaje válido. Se empleó la prueba de chi cuadrado para analizar su correlación, con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La muestra está compuesta por 81 hombres (61,8%) y 50 mujeres (38,2%). La edad promedio es de $71,39 \pm 10,97$ años. La mayoría presentó un NYHA I (57,5%). El conocimiento en ICC es generalmente bajo (77,0%), solo un 3% se consideró paciente experto, siendo la adherencia y conocimiento del tratamiento buenas (93,5% y el 100%). El 76,7% presenta un estado psicosocial óptimo, aunque el 48,9% precisa valoración de ansiedad o depresión. El autocuidado es excelente en el 56,2% y el 43,1% refiere tener una buena calidad de vida. El 75,5% presenta una dieta adecuada. El 73,6% es autónomo, mientras un 70,3% se calificó como anciano de riesgo. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el sexo y calidad de vida (0,042). Así como, NYHA I y el índice de Barthel (0,001), autocuidado (0,000), Goldberg (0,033) y calidad de vida (0,004).

El perfil de nuestros usuarios contrasta con el del paciente con ICC, femenino y de mayor edad, lo que puede deberse a un sesgo de selección. El bajo porcentaje de limitación para la actividad se relaciona con un alto porcentaje de autocuidado y calidad de vida, como era de esperar. Sin embargo, este "buen estado de salud", junto con la dieta adecuada y el buen conocimiento del tratamiento y adherencia contrastan con los resultados encontrados de escaso conocimiento de la enfermedad, alto porcentaje de ancianos de riesgo y alta necesidad de valoración de ansiedad-depresión. Tras la actuación del call-center se reevaluarán los resultados para comprobar si ha mejorado la atención dada a estos pacientes crónicos, con respecto a la atención convencional medida por controles.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA ESCOLAR PARA LA SALUD MEDIANTE MATRICES DAFO Y ACCIONES CAME

JUAN CARLOS LATORRE MARTÍNEZ¹; JUAN MANUEL LUCAS GÓMEZ¹; ANA FÁTIMA NAVARRO OLIVER¹; MANUEL PARDO RÍOS²; ANA GARCÍA RUBIO³

¹SERVICIO MURCIANO DE SALUD, ²GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061 DE LA REGIÓN DE MURCIA, ³GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17635

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En Comunidad Autónoma de (cegado) se está desarrollando un Programa de Atención Comunitaria Escolar para la Salud (PACES), donde la figura de la Enfermera Comunitaria Escolar (ECE) se integra dentro de los Equipos de Atención Primaria (EAP), teniendo como ámbito de actuación los centros educativos que estén situados en la Zona Básica de Salud (ZBS) correspondiente. La ECE realiza intervenciones comunitarias de promoción y prevención de la salud incluidas en la cartera de servicios, con programas orientados a los problemas de salud de mayor prevalencia en la infancia y adolescencia en colaboración con los recursos comunitarios y sirve de enlace entre los centros educativos y sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Realizar un análisis de los factores externos e internos que facilitan y obstaculizan el PACES. El estudio se ha realizado con una metodología cualitativa de análisis de la realidad, a través de un Análisis DAFO, para conocer y analizar las Dificultades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, factores externos e internos que favorecen y dificultan el Programa Paces desde el punto de vista de uno de sus agentes principales, la ECE. El grupo de ECE está conformado por 90 enfermeras de las que se hizo una selección aleatorizada para contar con una representante por cada Área de Salud. Se configuraron dos grupos de trabajo compuestos por enfermeras y enfermeros pertenecientes a diferentes Áreas de Salud del (cegado) junto a 2 profesionales de la Gerencia de Emergencias, teniendo en cuenta su relación y conocimiento de algunos programas que integran el PACES. Se lleva a cabo un proceso grupal y participativo dividido en dos momentos, trabajo en pequeño grupo y puesta en común con el gran grupo para establecer el debate y la consecuente toma de decisión y consenso.

Posteriormente se hizo una fase de trabajo grupal para elaboración del CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la presentación se incluirán los resultados del DAFO y CAME. Los resultados obtenidos se integran en una inicial priorización de propuestas de acción que se resumen en:

- Actualizar y definir funciones de la ECE.
- Programar una formación unificada y continuada.
- Creación de un banco de recursos común.
- Establecer sinergias con enfermería de Salud Mental.
- Revisión de los circuitos, mejorando la integración de la ECE en el EAP.
- Elaboración de base datos común con los niños incluidos y/o formados en cada programa.
- Ajuste de ratios ECE / Alumno por ZBS.
- Mejorar la visibilidad y presencia social de la figura de la ECE.

Como conclusión del análisis realizado mediante matriz DAFO hemos podido diseñar las acciones mediante la matriz CAME que incluye a todos los agentes que directa e indirectamente involucrados, como son las AMPAS y Centros Educativos y la Administración Sanitaria y Educativa, todo ello va a permitir una toma de decisiones sobre el programa con el afán de optimizarlo y mejorar el reconocimiento y visibilidad de la ECE y del PACES.

ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA: ORIENTANDO LA MIRADA HACIA LAS PERSONAS MAYORES

BEATRIZ HERRERA SÁNCHEZ¹; JESÚS BRAVO RODRÍGUEZ²; GEMA MARÍA LÓPEZ MARÍN³; M^a ISABEL MERLOS CHICHARRO⁴; EVA HERNANZ HERNÁNDEZ³; CAROLINA SEOANE NOYA³

¹DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR ATENCIÓN PRIMARIA, ²CS 1º DE MAYO, ³DIRECCIÓN ASISTENCIAL AP, ⁴ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17687

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de Atención Primaria (AP) potencia y garantiza las líneas de actuación para activar prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario individual, grupal y en la comunidad. Se establecen 5 líneas de atención a los grupos de interés, siendo objetivo prioritario el de personas mayores.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Activar prevención y promoción de salud con enfoque comunitario desde los tres niveles de intervención, individual, grupal y colectiva, dirigida a personas mayores.

Metodología

Implantación de las líneas de activación (LA) descritas, dirigidas a personas mayores, en el 2022:

LA1: Iniciativas para desarrollar intervenciones comunitarias puntuales con objetivo de informar y sensibilizar en el cuidado de la salud, bienestar psicosocial y/o calidad de vida de las personas mayores

LA2 OD: Iniciativa para desarrollar una intervención comunitaria estable en el tiempo, dirigida a influir en la organización de servicios ofrecidos en los diferentes ámbitos de atención

LA3 OD: Iniciativas para ofrecer educación para la salud sincrónica y/o asincrónica a las personas mayores LA4 OD: Información sobre consejos, activos de salud... para prescribir en el nivel de atención individual

LA5 OD: Espacios destinados a debate y compartir experiencias y conocimientos en relación con las personas mayores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Diseño y publicación de Programa Comunitario Marco para Conmemoración del día Mundial de las Personas Mayores, con el que se han realizado 55 intervenciones comunitarias (IC)

Se ha realizado la IC "Manejo de recursos sanitarios online y Mi carpeta salud" en 15 centros de salud

Se ha participado en diseño del Plan de Fragilidad y Longevidad autonómico, en coordinación con SP y Políticas Sociales. Se han definido los indicadores de calidad para AP

Se ha trabajado en implantación, seguimiento y evaluación de mesas, consejos y comisiones para necesidades de la persona mayor.

Se realizó la revisión de proyectos educativos previos y se diseñó un nuevo proyecto: "EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAIDAS EN PERSONAS MAYORES", presentado oficialmente en la I Jornada de SC y que ha generado 40 talleres.

Profesionales de AP y SP, asociaciones de pacientes y de vecinos, escuela de salud autonómica y expertos en las áreas temáticas identificadas, han colaborado en recopilación y elaboración de materiales de apoyo para alfabetización digital y educación para la salud grupal.

Se ha establecido en la web autonómica de AP un espacio dirigido a las personas mayores.

Se ha dedicado a las personas mayores los 4 jueves de octubre, con emisión en directo de temas de prevención y promoción en longevidad, con media de 40 puntos de conexión en directo y 4 podcast corporativos.

Conclusiones

Tener establecidas las líneas de activación de prevención y promoción de la salud con enfoque comunitario para las personas mayores, permite más fácilmente un abordaje biopsicosocial, desde las consultas individuales, la atención educativa grupal y la participación comunitaria en AP.

UTILIZANDO LAS TICs EN BENEFICIO DE LA SOSTENIBILIDAD Y LA HUMANIZACIÓN SANITARIAS

M^a TERESA VILLAR ARNAL; EVA BRAVO BRAVO; ROSA MARIA BARRIO ALONSO

CME RAMON Y CAJAL DE ZARAGOZA// ARAGÓN

ID: 14870

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En estos últimos años, posteriores a la pandemia covid, nuestro Centro de Especialidades (CME) ha experimentado un incremento en la rotación del personal de enfermería debido a jubilaciones y bajas por enfermedad, rompiendo la dinámica de trabajo del equipo.

La necesidad de agilizar la incorporación del personal, en ocasiones procedente de otras CC.AA., sin perder la proximidad y feedback en el intercambio de información, así como mantener una línea respetuosa con el medioambiente fueron los detonantes de este proyecto.

Un equipo formado por 6 enfermeras veteranas coordinadas por nuestra supervisora elaboramos un manual técnico de acogida al personal de nueva incorporación, como parte de los Acuerdos de Gestión anuales pactados con la Dirección de Enfermería de nuestro sector sanitario de Zaragoza (*Proyecto de Mejora N°2022#1018*). En este documento incluimos información relativa a aspectos estructurales, organizativos, asistenciales, así como actuación en caso de agresión y PCR.

El manual ocupa 18 páginas. Nuestro CME forma parte de la plataforma Sanidad#porelclima cuyo objetivo es contribuir a la sostenibilidad disminuyendo la huella de carbono. Por tanto, decidimos entregar el manual en formato QR, eliminando el papel impreso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Facilitar la acogida del personal de nueva incorporación, en el CME Ramón y Cajal
- Proporcionar toda la información de manera ágil e intuitiva
- Fomentar su integración en el equipo de enfermería

Metodología

1. Creación del grupo de trabajo, objetivos y cronograma del proyecto
2. Elaboración del manual y revisión con benchmarking de otros centros de referencia
3. Edición definitiva en formato QR
4. Iniciar protocolo de acogida del nuevo personal incorporando esta innovación
5. Seguimiento y evaluación de resultados por medio de los indicadores elaborados
6. Encuesta de satisfacción al personal novel, utilizando survey monkey
7. Conclusiones

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1.- Indicador: N° Enfermeras a las que se facilita el manual de acogida en formato QR/ N° total de enfermeras de nueva incorporación X100

N= 40 enfermeras y obteniendo un 100% cumplimiento del indicador

2.- Encuesta de satisfacción con 5 ítems: 87,5% respuestas obtenidas (N=35). Destacando las 2 referentes a: • ¿Te has descargado el manual utilizando el código QR facilitado? Sí: 35 (100%)

- ¿Has impreso en papel el manual? Sí: 2 (5,7%) No: 33 (94,3%). Objetivo de sostenibilidad conseguido, eliminando residuos.
- ¿Guardas el archivo del manual en tu móvil y lo consultas cuando lo necesitas? Sí: 35 (100%)
- ¿Consideras que este manual ha sido de gran ayuda para lograr tu incorporación al equipo? Sí : 35 (100%). Objetivo de humanización.
- ¿La información que aparece en el manual te parece completa y adecuada? Sí: 35 (100%)

Conclusiones

La utilización de TICs, como editar un manual en formato QR, puede contribuir a mejorar la satisfacción del personal de nueva incorporación, al tiempo que disminuye la huella de carbono, haciendo más sostenible y amigable el sistema sanitario, con estas pequeñas acciones.

ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE CESIÓN TEMPORAL DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MIREIA CANO IZQUIERDO; MARIA TERESA PRATS VILLAR; MARC VILAR CAPELLA; MIRIAM MÉNDEZ GARCIA; FRANCISCO JOSÉ ORTUÑO INIESTA; MERITXELL DAVINS RIU

GERÈNCIA METROPOLITANA NORD// CATALUÑA

ID: 15203

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Con el incremento exponencial de las tecnologías médicas (tanto en hardware como en software) es común que las empresas de dichas tecnologías contacten directamente con los servicios clínicos para realizar pruebas piloto. En muchas ocasiones los clínicos que reciben esta información carecen de conocimientos específicos para poder discernir si esa tecnología cumple con todos los requisitos necesarios para poder entrar en un entorno sanitario, como por ejemplo en el ámbito de la protección de datos o en la redacción de acuerdos de cesión temporal.

Para garantizar un correcta seguridad y calidad, resulta imperativo desarrollar circuitos estandarizados que permitan una cesión temporal de equipamiento tecnológico eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es asegurar una calidad óptima, mejorar la efectividad y la seguridad de las cesiones temporales de equipamiento médico tecnológico a través de la creación de un circuito estandarizado que cumpla con la ley de protección de datos y los requisitos de seguridad y calidad establecidos por el hospital.

Para lograrlo, el equipo de la Dirección de Transformación Digital y Salud Digital (TDySD), junto con la Unidad de Proyectos Estratégicos (UPE) del hospital, la Unidad de Ingeniería Biomédica así como la Dirección de Organización y Sistemas de Información (DOSI), bajo la supervisión de la Dirección de Gestión han trabajado en conjunto para identificar los pasos y requisitos necesarios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado es un circuito estandarizado. dividido en tres etapas: pre-implementación, implementación y post-implementación.

En la etapa de pre-implementación, se verifican los requisitos identificados para la cesión temporal según lo establecido por la DOSI, la UPE y la Dirección de TDySD . Una vez se ha recibido toda la documentación, y ésta es validada por todos los implicados se procede al envío y firma del Acuerdo de colaboración, que debe ser firmado por la empresa y la Dirección de Gestión. Al mismo tiempo, el servicio clínico involucrado debe completar un documento donde se identifique el objetivo de la cesión, la población, el reclutamiento, un cronograma y los indicadores a tener en cuenta para evaluar la tecnología.

En la etapa de implementación, comienza el período de cesión. En el caso de la cesión de equipamiento y no de software, se informa a la Unidad de Ingeniería Biomédica para inventariarlo y tener constancia de su ingreso en el centro sanitario.

En la etapa de post-implementación, finaliza la cesión y se devuelve el equipamiento (si aplica). Se solicita al servicio clínico involucrado un informe de evaluación.

Por lo tanto, este estudio presenta un circuito estandarizado y escalable que optimiza la gestión, mitiga riesgos y elimina prácticas de poco valor en pruebas piloto de tecnologías médicas hospitalarias. Los hallazgos enfatizan la necesidad de establecer procesos normalizados y fomentar la colaboración interdepartamental para una implementación exitosa en entornos clínicos.

MEJORANDO LA EFICACIA Y LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO AGUDO DEL ICTUS GRACIAS A LA TELEMEDICINA

ESTEFANIA GARCIA MOLINA¹; JOSE DIAZ PEREZ¹; JUAN CARLOS NAVARRO GARCIA²; ANTONIO CANDELIERE³; LAURA ALBERT LACAL¹; ANA MORALES ORTIZ¹

¹HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO YECLA, ³HOSPITAL RAFAEL MENDEZ LORCA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15459

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La utilidad que tiene hoy en día la telemedicina para mejorar la equidad en el acceso a los tratamientos agudos del ictus en los pacientes de nuestra comunidad autónoma.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Creación de un equipo multidisciplinar constituidos por personal sanitario de los servicios sanitarios extra hospitalarios e intrahospitalarios implicados en el manejo clínico y diagnóstico del ictus agudo de cada hospital que junto a los servicios no sanitarios (gerencia, informática) ponen en marcha en cada área sanitaria el dispositivo sanitario para llevar a cabo el TELEICTUS. Prueba piloto en el hospital mas lejano durante un año. Implantación progresiva de la herramienta en los distintos hospitales de la Región. Análisis de los resultados y utilidad de la herramienta

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Medición de la utilidad del TELEICTUS en un periodo concreto (abril 2022- noviembre 2022). Implantación de la herramienta en 2 hospitales de la Región conectados con el hospital de referencia que tiene neurólogo de guardia .47 pacientes con diagnóstico de ictus agudo fueron atendidos mediante TELEICTUS (3 pacientes por mes y por hospital) . De los 47 pacientes valorados 28 no precisaron tratamiento agudo ni traslado al hospital de referencia. 5 pacientes se valoraron mediante telemedicina y se decidió tratamiento agudo con fibrinólisis, 3 de ellos se quedaron ingresados en su hospital y 2 pacientes precisaron traslado a el hospital de referencia para ingreso en Unidad de ictus tras tratamiento. 7 pacientes se trasladaron al hospital de referencia para tratamiento con trombectomía y 7 pacientes se trasladaron para observación.

Conclusiones

EL TELEICTUS es útil (en 8 meses se han beneficio al menos 3 pacientes al mes de cada hospital) eficaz (se ha iniciado el tratamiento antes en todos los pacientes que se indico tratamiento intravenoso , que han sido 8) y eficiente (se han evitado traslados innecesarios a nuestro hospital en 32 ocasiones). Con el engranaje del recurso es previsible que su utilización en cada hospital sea cada vez mayor.

DIGITALIZACIÓN DE LAS PRERROGATIVAS CLÍNICAS

LORETO GARCIA FERNANDEZ; ARANTXA AMOR HERNANDEZ; NURIA MARAÑÓN HERMOSO
OFICINAS CORPORATIVAS QUIRONSALUD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17005

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de tener prerrogativas clínicas es otorgar a ciertos profesionales de la salud el poder de realizar determinadas tareas o tomar decisiones específicas dentro de su campo de especialización. Estas prerrogativas se basan en el conocimiento y la experiencia del profesional, así como en su capacidad para proporcionar atención médica de calidad y segura. Es nuestra responsabilidad demostrar que contamos con personal médico competente al que se le asignan responsabilidades y prerrogativas clínicas adecuadas en función de su capacitación y experiencia. Para ello, apostamos por la digitalización del proceso ya que proporciona numerosos beneficios, como la eficiencia, la precisión y el seguimiento continuo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo ha sido crear una herramienta digitalizada que facilita la asignación y revisión de prerrogativas a cada profesional aportando:

Registro y seguimiento de las asignaciones, revisiones y reasignaciones de prerrogativas incluyendo recordatorios automáticos, programación de evaluaciones, almacenamiento seguro de datos y generación de informes.

Tipificación de la actividad realizada de forma objetiva y validada, con evidencia.

Identificación de las capacidades de los profesionales y las necesidades de formación para completar su capacitación y experiencia.

Análisis de técnicas y prestaciones que se están realizando con el fin de equilibrar la capacitación de la práctica clínica a las necesidades de los pacientes.

La metodología empleada para la creación de esta herramienta ha requerido la integración de la información: Creación de la batería de prerrogativas clínicas asociadas a cada especialidad médica.

Análisis de las herramientas existentes, desarrollo de módulos e integración con otros sistemas informáticos. Asociación de las prerrogativas a las prestaciones asistenciales integradas en la historia clínica electrónica.

Ordenación de la estructura de los servicios médicos, independientemente de la relación contractual con el hospital, y creación de un flujo de trabajo acorde con la legislación aplicable.

Análisis de información de prestaciones realizadas mediante BI.

Creación de informes de resultados y conexión con la plataforma de formación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La creación de la herramienta informática ha tenido resultados positivos:

La automatización ha agilizado y simplificado, por lo que resulta en una mayor eficiencia y ahorro de tiempo tanto para los profesionales médicos como para los responsables.

Mayor precisión y consistencia al establecer criterios claros, lo que ayuda a evitar sesgos o decisiones arbitrarias.

Mejora en la gestión de competencias al mantener registros actualizados de sus habilidades, capacitaciones y certificaciones.

Mejora de la seguridad del paciente al asignar prerrogativas clínicas de manera más precisa y basada en las competencias de los profesionales médicos.

Esto ayuda a garantizar que los profesionales tengan las habilidades y el conocimiento adecuados para realizar determinadas tareas clínicas de manera segura y efectiva.

TELEMEDICINA, UNA HERRAMIENTA SEGURA PARA ACERCAR A NUESTROS ESPECIALISTAS AL PACIENTE

JUAN CARLOS SERFATY SOLER; MONICA RODRIGUEZ BAGO; LUISA CABOT MOTA; DIEGO MOYA ALCOGER; RAFAEL MANZANERA LOPEZ; ENRIC RODRIGUEZ TORREBLANCA

MC MUTUAL// CATALUÑA

ID: 17201

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

MC MUTUAL es una mutua colaboradora con la Seguridad Social, con una red asistencial de 90 centros ambulatorios y 2 clínicas, 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.

Su implantación se vincula al desarrollo de un plan específico (tecnológico, procedimientos, formación, satisfacción, confianza, adecuación, entre otros). Nos centraremos en evaluar el ahorro económico de su implantación en el proceso de cirugía traumatológica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir la evolución de la actividad de la telemedicina en una mutua colaboradora con la SS durante el periodo 2021-2022 METODOLOGÍA

Las visitas de Telemedicina se llevan a cabo entre los centros asistenciales y los médicos especialistas de clínicas. La visita se solicita por parte del centro asistencial para llevar a cabo una consulta para traumatología, anestesia, cirugía plástica, médico rehabilitador, psicología y fisioterapia.

Se analizan las visitas de telemedicina que se han realizado entre centro asistencial y clínicas según la especialidad solicitada, el tipo de centro asistencial y la distancia del centro asistencial respecto a clínicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La actividad de la telemedicina se ha incrementado durante el 2022 un 400% (500) respecto al 2021 (107). La mayoría de las visitas son de traumatología (82%), siguiendo las visitas de psicología (10%) y anestesia (8%).

Durante el año 2022, los centros con mayor número de visitas son Almería (60), Valladolid (50), Tenerife (40) y Salamanca (40), que aglutinan el 50% de las visitas realizadas. El resto de centros realizan 6 visitas por centro en promedio.

En Almería, Valladolid y Salamanca se realizan sobretodo visitas de traumatología, y en Tenerife se realizan de manera predominante visitas de anestesia y psicología.

Se trata en general de centros alejados de las clínicas y especialistas de referencia con lo que se detecta una necesidad especialmente importante.

Los kilómetros ahorrados con estas atenciones telemáticas estarían en torno a 25.000 km con costes asociados en desplazamientos, tiempo y dinero.

Conclusiones

Los procedimientos telemáticos relacionados con los procesos quirúrgicos traumatológicos son eficaces, efectivos y eficientes. Mostramos los datos relacionados con la eficiencia en el proceso quirúrgico traumatológico. En estudios que están siendo revisados para su publicación se analizan otros aspectos del Cuádruple Objetivo, con personas, profesionales, colectivos y recursos.

REVISION Y MEJORAS DE LOS POINT OF CARE TESTING (POCT) EN UN HOSPITAL. PAPEL DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

ANA MARÍA RUIZ RUIZ; BERNARDO ALIO LAVÍN GÓMEZ; MÓNICA RUBIO LORENZO; MARÍA ÁNGELES PENA PARDO; MARÍA DEL CASTAÑAR GARCÍA GÓMEZ; MARÍA CONCEPCIÓN FARIÑAS ÁLVAREZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17261

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las pruebas en el lugar de asistencia al paciente son aquellas magnitudes biológicas que se determinan fuera del laboratorio, cerca del paciente y por personal ajeno al mismo. Son aplicables al ámbito extra e intrahospitalario, para diferentes variables, con dispositivos pequeños, portátiles y de fácil manejo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer el número y tipo de POCT de laboratorio disponibles en un hospital de tercer nivel, revisar los procedimientos de manejo, calibración y mantenimiento y asegurar la trazabilidad de resultados.

Metodología

Desde la Comisión de Evaluación de Tecnologías del centro, se realizó un estudio descriptivo de los POCT hospitalarios, a través de una plantilla de recogida de datos y observación directa en hospitalización, consultas, urgencias, cuidados críticos y bloque quirúrgico con entrevistas al personal que los utiliza.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se cumplimentaron 51 fichas correspondientes a 237 dispositivos (208 glucómetros, 12 hemostasia, 11 gasómetros, 3 tromboelastógrafos (TEG), 2 HbA1c y 1 agregómetro plaquetario). La mayor parte de los dispositivos estaban localizados en hospitalización (86, 36,3%), consultas (45, 18,9%), cuidados críticos (35, 14,8%), bloque, urgencias, radiodiagnóstico y medicina nuclear/oncología radioterápica. Los principales hallazgos fueron: bajo número de inventario (4,2%), procedimiento/instrucciones de uso (5,9%) y variabilidad de registro de resultados (todos en más de una plataforma, salvo los gasómetros). Se hizo un registro de marcas comerciales e identificación de las partes interesadas y canal de comunicación para el mantenimiento. En los glucómetros y dispositivos de hemostasia, no se realiza calibración ni controles de calidad, sí realizados en gasómetros y TEG. Además, los TEG sólo se utilizaban en pacientes quirúrgicos y cardiológicos. No todo el personal que maneja los POCT conoce al detalle el proceso de medida y resultados.

Conclusiones

El dispositivo más frecuente es el glucómetro. El registro es variable tanto en papel como en HC electrónica y además hay pocos dispositivos con instrucciones o procedimiento de uso. No se realizan habitualmente calibraciones salvo en gasómetros, no todos los dispositivos están inventariados, variabilidad en el mantenimiento. Los tromboelastógrafos sólo eran accesibles para pacientes quirúrgicos y postoperatorio de CCV. Se propusieron las siguientes acciones de mejora: consensuar y registrar los resultados para que sean accesibles, valorar la conectividad con HCE, disponer de instrucciones, inventariar para facilitar el mantenimiento, conocer la tasa de reposición, facilitar el uso de TEG y formación continuada interna.

MEJORAS DE LOS POINT OF CARE DE ULTRASONIDOS (POCUS) EN UN HOSPITAL. PAPEL DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

ANA MARÍA RUIZ RUIZ; MARÍA ELENA PEÑA GÓMEZ; FELIPE RODRÍGUEZ ENTEM; MARÍA AIDA SALMÓN SÁNCHEZ; DAVID SAN SEGUNDO ARRIBAS; FRANCISCO JOSÉ GONZÁLEZ SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17262

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La ultrasonografía en el punto de atención (point-of-care ultrasound, POCUS) se define como la adquisición, interpretación e integración clínica inmediata de las imágenes ecográficas realizadas por un médico clínico al lado de la cama del paciente en lugar de por un radiólogo o cardiólogo o ginecólogo. Requiere una interacción directa entre el médico y el paciente para establecer un diagnóstico clínico o guiar un procedimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer el número y tipo de POCUS disponibles en un hospital de tercer nivel, así como los ecógrafos de los servicios de Radiodiagnóstico, Cardiología y Ginecología y Obstetricia, además de revisar si están inventariados, sondas disponibles, ubicación, existencia de procedimientos específicos de manejo, calibrado y mantenimiento, limpieza, volcado de imágenes al PACS y generación de informe bien en plataforma específica o en historia clínica electrónica (HCE).

Metodología

Desde la Comisión de Evaluación de Tecnologías del centro, se realizó un estudio descriptivo de los POCUS hospitalarios, a través de una plantilla de recogida de datos y observación directa en hospitalización, consultas, urgencias, cuidados críticos y bloque quirúrgico con entrevistas al personal que los utiliza partiendo del listado original proporcionado por la Subdirección de contratación administrativa y logística. Además, se realizaron fotografías de los dispositivos para facilitar la resolución de dudas. El análisis de resultados se realizó a través de una hoja de cálculo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron 114 dispositivos correspondientes a consultas (77), hospitalización (12), urgencias (6), radiodiagnóstico (14), cuidados críticos (8), bloque quirúrgico (14) y otros, sin localizarse 32 dispositivos. De los localizados, el 87,7 % estaban inventariados, el 40 % eran nuevos, 8,2 % no tenían inventario y 2,6 % estaban de baja no formalizada. Los servicios con mayor nº de dispositivos fueron UCI, urgencias, anestesia y cirugía cardiovascular. El 50% dispositivos se usaban más de diez veces al día. En el 50% de las ocasiones, no había registro de hallazgos en HCE, estando solo reglado en Radiodiagnóstico, Cardiología y Obstetricia. El mantenimiento se realiza por el hospital en la mayoría de los dispositivos, pero no había calibración de la calidad de imagen fuera de los servicios centrales. En estos últimos, se realiza el envío de imágenes a historia clínica electrónica, no así en los dispositivos POCUS.

Conclusiones

Se encontraron área de mejora tanto en inventario, accesibilidad, registro de resultados, calibración de imagen y formación. Se pusieron en marcha acciones de mejora en el inventario contactando con la subdirección correspondiente, accesibilidad, optimización de uso y registro obligatorio de hallazgos y mejoras en la formación continuada.

CUIDE SU SALUD: UN ESPACIO EN LA WEB DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA

MONICA VICENTE DEL HOYO; YOLANDA DEL REY GRANADO; LUIS VICENTE CATALAN COLERA; MARIA PILAR MESTRE ORTEGA; JUAN ANTONIO SARRIÓN BRAVO; OSCAR PASCUAL MARTÍNEZ

SERMAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17470

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro del contexto de la Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) se destaca como ejes estratégico la difusión y comunicación y los centros de salud con enfoque comunitario en los tres niveles de la asistencia sanitaria ofrecida desde los centros de salud (CS): Nivel individual y familiar, nivel grupal y nivel colectivo. Es necesario potenciar CS digitales, que promuevan el enfoque comunitario y personalicen la atención mediante la transformación digital de los servicios. En uno de estos ejes se definen 5 líneas de activación de la educación sanitaria y comunitaria dirigida a grupos prevalentes y por etapas vitales, en la línea 4 describe las iniciativas para tener un espacio "Cuide su Salud" en la web de AP, adaptado a las necesidades de la población y que garantice que la información que le llega es de una fuente segura para su salud y basada en la última evidencia científica

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la cultura de salud (alfabetización en salud) de las personas atendidas en Atención Primaria.

En mayo de 2022 se crea un grupo multidisciplinar que trabaja en 2 grandes líneas:

1. Diseño y desarrollo de espacio Web a través de una herramienta sistema de gestión de contenidos.
2. Búsqueda de evidencia científica de contenidos de hábitos de vida saludable por etapas vitales atendidas en AP.

Se elabora un plan de acción anual con actividades, responsables, plazos de entrega, indicadores de seguimiento. De forma paralela otro grupo planifica investigación cualitativa a través de grupos focales para generación de videos educativos adaptados a las necesidades ciudadanas y de los profesionales

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El espacio "Cuide su salud" se estructura en 5 grandes agrupaciones de información, servicios, recursos educativos obtenidos de las búsquedas bibliográficas de evidencia científica para una forma de vida saludable. 1. Bloque preventivo 2. Bloque Promoción de la Salud: Estilos de vida y Etapas vitales. 3 Bloque vivir con una enfermedad: 19 cronicidades 4.

Recursos educativos: talleres, actividades con la comunidad, recursos educativos digitales. 5. Enlaces a otros links de interés.

Desde mayo 2022 hasta abril del 2023 se ha visitado la página de "Cuide su salud" 1573 veces con 1068 visitantes únicos. Además, se han subido más de 75 contenidos distintos.

Conclusiones

El acceso a un sistema de gestión de contenidos multipropósito, modular, libre y con una amplia capacidad de personalización ha permitido publicar archivos, imágenes, artículos, al igual que crear y administrar todo tipo de contenidos como votaciones, encuestas, foros, entre otros. Desde las consultas individuales los profesionales han podido prescribir activos en salud a través de este nuevo espacio en la web de AP y además es importante resaltar que vamos a conseguir sumarle un plus a los contenidos informativos y educativos del espacio Cuide su Salud con los resultados que se obtengan de los análisis cualitativos de los grupos de interés, tanto con profesionales asistenciales como la visión de la población.

LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN COM HERRAMIENTA PROACTIVA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

NÚRIA EMILIANO GRIELL; ESTHER BADIA PERICH; VICTORIA SABATE CINTAS; M^a JOSE TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD// INSTITUT CATALA DE LA SALUT. CATALUÑA

ID: 17550

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las listas de verificación son una de las herramientas más conocidas y extendidas en el ámbito de la seguridad del paciente. Estas listas ayudan a marcar todos los pasos que conllevan un proceso determinado, para evitar olvidarse de alguno durante su realización. Su uso correcto puede ayudar no solo a mejorar la seguridad de los pacientes, sino también a mejorar la eficacia de la comunicación y el trabajo en equipo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Implantar y consolidar la utilización de diferentes listas de verificación en todos los Equipos de Atención Primaria (EAP) del territorio, como actividad preventiva en la atención al paciente.

Metodología

Dirección de Atención Primaria con 66 EAP que dan asistencia a 150000 hab. Nuestra organización se basa en la gestión por procesos y cada grupo de proceso define, en base a la evidencia científica, las listas de verificación que se deben implantar en cada servicio. Desde la Unidad de calidad se supervisan la adecuación dichas listas y se estandarizan para su aplicación. Una vez definidas, se forma a los responsables de calidad para que puedan formar a todos los profesionales de su equipo y así facilitar la implantación. Los listados se pueden implantar tanto en registro manual como informático (aplicativo ProSP), que nos permite extracción directa de resultados para su evaluación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Listas de verificación implantadas y con resultados durante el 2022:

Revisión box urgencia diario: 100% EAP Revisión box urgencia mensual: 95% EAP

Control temperatura neveras de vacunas: 100% EAP Control de laboratorio (analíticas y muestras): 100% EAP

Auditoria de neveras de vacunas: 90% EAP

Auditoria almacén farmacia: 100% EAP Acogida nuevo profesional: 100% EAP Acogida nuevo usuario: 90% EAP

Conclusiones

Para poder implantar las listas de verificación con éxito, es fundamental crear una cultura de seguridad del paciente y de trabajo que las apoye. El papel de liderazgo de los responsables de calidad en la implantación de una lista de verificación es fundamental. Asumen la formación del personal, el seguimiento en la implantación de la lista y la evaluación de resultados. En nuestro territorio la aceptación ha sido excelente y se han obtenido excelentes resultados, disminuyendo de forma paralela el número de errores e incidentes de seguridad relacionados. Para el 2023 tenemos previsto incorporar nuevas listas de verificación en los equipos y ampliar su implantación a otras unidades productivas.

REDUCIENDO LA HUELLA DE CARBONO

DAVID PASCUAL CARBONELL; MARTA MARTÍN MARQUÉS; ANA LUZ HERRERO GUILLEN; IGNASI SACANELLA ANGLÈS; HELENA SUÑER BARRIGA; LAURA CANADELL VILARRASA

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII// CATALUÑA

ID: 14871

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La industria mundial de la atención médica representa por si sola el 5% de los gases de efecto invernadero (GEI). El servicio de farmacia presenta una gran huella de carbono (cantidad de GEI producidos de forma directa o indirecta) debido, principalmente, a la gran cantidad de cartón y residuos que genera.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Disponer de la infraestructura adecuada y validada para asegurar las actividades que se desarrollan a diario e identificar las fuentes de emisiones de GEI y las oportunidades de mejora para reducirlas, como son la mejorar de la eficiencia energética y la gestión adecuada de residuos.

Se mejoró la infraestructura del servicio al diseñar y asignar zonas para el reciclaje. Se valoró aquellas áreas donde se produjera una cantidad significativa de cartón y residuos para designar las ubicaciones de los contenedores de cartón y plástico. También se elaboró una hoja de registro de limpieza.

Se plantea la centralización de la gestión de los medicamentos caducados de todo el hospital en el servicio de farmacia. Antes de la implantación de la modificación, se desechaban en el contenedor tipo IV, presente en cada unidad de hospitalización, que requieren de neutralización química o incineración a una temperatura que garantice su destrucción.

Se realizó una infografía sobre la gestión de residuos en el servicio de farmacia. Se identificó los residuos según su categoría (tipo I, II, III o IV) y se explicaba en qué tipo de bolsa y/o contenedor debían ser desechados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se designó una zona de gran cartón en el almacén, donde además se cambió la jaula que había por un contenedor con tapa señalizado. Se establecieron otras 9 zonas donde se pudiera producir cartón y residuos plásticos para colocar contenedores de ambos residuos. Estas fueron, 4 en el almacén, una en la sala de reenvasado, otra en la zona de dispensación unitaria, otra al lado del almacén de material de salas blancas, otra en el pasillo frente a los despachos del personal farmacéutico y otra en secretaría. En la hoja de registro de limpieza se desglosa la eliminación de estos residuos.

Se modificarán los contenedores de residuos tipo IV que actualmente se localizan uno en el almacén y otro en dispensación unitaria, por recipientes identificados para medicación caducada. De esta forma, solo en las salas blancas se hallarán los contenedores tipo IV, reservados exclusivamente para fármacos peligrosos.

La infografía sobre gestión de residuos disponible en la intranet del hospital se elaboró, junto con hotelería, ejemplificando residuos que se generan típicamente.

Se prevé una reducción de la huella de carbono con esta medida, al no necesitar unas condiciones tan agresivas de incineración para tratar los residuos de fármacos caducados, en comparación con los residuos tipo IV.

Los servicios de farmacia no están exentos de fomentar e implantar medidas para optimizar la gestión de residuos por tal de contribuir a una reducción de los GEI, con tal de más sostenibles y eficientes.

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LOS MENÚS DE PACIENTES: INCORPORACIÓN DE MATERIAS PRIMAS ECOLÓGICA CERTIFICADAS

MARÍA DOLORES HELLÍN GIL; ALEJANDRA PARDO HERNÁNDEZ; ANTONIO FERNANDEZ BUENDÍA; ANTONIO FERNANDEZ ABELLÁN; CLARA MIRANDA LÓPEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15406

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La cocina central de nuestro hospital ofrece a diario entre 550 y 700 dietas.

Desde el 2018, se ofrecen productos ecológicos para elaboración de desayunos y meriendas. Aceite de oliva, pan, tomate y los ingredientes del bizcocho de elaboración propia son de producción ecológica certificada.

Se decidió incorporar materias primas de producción ecológica también en las ingestas alimentarias de comidas y cenas, al menos cinco días al mes

Las materias primas ecológicas en los menús, mantienen la definición de "inocua" y respetan los ciclos naturales de producción, es decir, preservan las características de sostenibilidad, seguridad y digestibilidad, estando sujetas a una trazabilidad desde el campo hasta la bandeja del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son:

- Mejorar la sostenibilidad ambiental favoreciendo un consumo de alimentos de gran calidad y de cercanía.
- Reducir la huella ecológica.

Este proyecto se propuso por parte del Servicio de Cocina hospitalaria como una opción de mejora y está apoyado y promovido tanto por la Dirección de Gestión como por la Dirección de Servicios Generales y el Servicio del Medio Ambiente.

Debido a la variabilidad de los pacientes ingresados en nuestro centro, se optará por la adaptación en los todos los tipos de elaboraciones culinarias, de tal forma que, todos los pacientes que ingresan tengan la oportunidad de consumir estas elaboraciones, salvo contraindicación médica. Se establece una planificación semanal entre las partes implicadas y mencionadas anteriormente con la empresa subcontrata encargada del suministro de materias primas ecológicas. Se establecerá un listado de proveedores de producción ecológica para la amplia cobertura en el servicio de ingestas alimentarias. Para evaluar la mejora producida por la implantación de esta, se procederá a validar las opiniones de los pacientes ingresados a través de las encuestas de satisfacción que de manera periódica mensual el servicio de cocina evalúa. A través del cálculo de la media aritmética y su desviación estándar mediante el programa estadístico SPSS V. 21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los alimentos ecológicos están sustituyendo a los convencionales en muchos hospitales, siendo por tanto una de las mejores opciones para las personas enfermas. Ya que se favorece el consumo de alimentos de proximidad y temporada, aportando una confianza, contribuyendo de esa manera a la preservación del medio ambiente y la biodiversidad.

Con esta oportunidad de mejora nos va a permitir aumentar el abanico de alimentos ecológicos, reduciendo así los residuos, integrando el concepto de sostenibilidad tanto en cada paciente ingresado como en el propio trabajador del hospital. El establecimiento de esta mejora con la inclusión de materias primas de producción ecológica certificada, nos permitirá poner de manifiesto una política ambiental de sostenibilidad en el ámbito hospitalario.

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE DE UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD. 5 AÑOS DE IMPLANTACIÓN

JUAN ALBERTO FERRÁNDIZ SANTOS¹; CRISTINA NAVARRO ROYO¹; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ²

¹SUBDIRECCIÓN GENERAL CALIDAD ASISTENCIAL. CONSEJERÍA DE SANIDAD; ²DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE. CONSEJERÍA DE SANIDAD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17165

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Responsabilidad Social (RS) responde al compromiso sobre las preocupaciones e impactos que las decisiones y actividades generan en el ámbito social, económico y ambiental a través de un comportamiento ético y transparente con los grupos de interés. El Servicio Regional de Salud consciente de la importancia de extender la cultura de RS, incorporó dicho compromiso con carácter innovador en los objetivos institucionales desde 2018.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer un marco institucional para impulsar la promoción de la RS en las organizaciones sanitarias de un Servicio Regional de Salud. Para su desarrollo se elaboró un Marco de Promoción y Reconocimiento de la RS con vocación de continuidad y como modelo de evaluación en virtud de un esquema de reconocimientos por la gestión socialmente responsable.

1. Alcance a las 36 organizaciones del Servicio de Salud (34 hospitales, Atención Primaria y SUMMA112) incluyéndose en el contrato institucional.
2. Formato mediante autoevaluación por Cuestionario en 7 áreas (General, Ambiental, Económico-Financiero, Social, Personas, Pacientes-Clientes, Aliados-Proveedores).
3. Diseño y actualización multiparticipativo en su elaboración y revisión interna (22 organizaciones de la red) y revisión externa (contribución de AMCA, SECA- SEDISA).
4. Esquema de Reconocimiento en 4 categorías (Básico, Medio, Avanzado y Excelente) según metodología:
 - Puntuación sobre 59 preguntas y 133 ítems evaluables y categorización porcentual respecto al total: Básico ≥ 25 y $< 50\%$; Medio ≥ 50 y $< 75\%$; Avanzado ≥ 75 y $< 95\%$; y Excelente $\geq 95\%$.
 - Cumplimiento de ítems "llave" considerados como requisitos clave (15 nivel Básico, 10 nivel Medio).
 - Evidencia documental que respalden las respuestas aportadas.
 - Entrevista virtual semiestructurada para validar nivel Excelente.

Generación de un Informe Resumen por centro (metodología, resultados y comparación por grupo de complejidad y total) y un Informe Técnico global (metodología, resultados y agrupación por hospitales y total).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Objetivos (total centros)

- 2018: Identificar responsable RS (100%) y 2 buenas prácticas (97%).
- 2019: Autoevaluación RS (100%) y 1 plan de acción (94%).
- 2020: Autoevaluación RS (100%) y alcanzar nivel Básico (100%).
- 2021-22: Autoevaluación RS (100%) y 1 plan de mejora (100%, total 85).

Metodología (2021-22: 4788 datos evaluables):

- Cumplimiento de ítems "llave": nivel Básico (100%); nivel Medio (97%). Aportación de las evidencias documentales (100%).
- Verificación según entrevista virtual (100%).
- Nivel de Reconocimiento: 2 en nivel Básico, 16 Medio, 14 Avanzado, y 4 Excelente.

El Marco de Promoción y Reconocimiento de la RS: 1) responde a la vocación institucional de impulsar la RS en las organizaciones sanitarias favoreciendo su implantación al integrarse en los objetivos institucionales. 2) Permite valorar el enfoque y despliegue en el 100% de las organizaciones con carácter anual. 3) El reto supone relacionar el diagnóstico con la mejora continua donde el reconocimiento de las prácticas revierta en una madurez de los sistemas.

INTEGRACIÓN DE LOS RIESGOS DE SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL, SOCIAL Y DE BUEN GOBIERNO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

NOEMÍ DURÁN GARCÍA; ESTER GONZÁLEZ MUÑOZ; EMILIO HUESO RECHE; SARA ELA AGUILAR; TÀRSILA FERRO GARCÍA
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 17295

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Norma ISO 9001:2015 define el concepto de pensamiento basado en riesgos, que permite determinar factores que podrían causar que los procesos y el sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados. La Norma SGE 21:2017 incluye el abordaje de riesgos de sostenibilidad relacionados con aspectos ambientales, sociales y de gobernanza (ASG) como un requisito del sistema de gestión de la responsabilidad social. En este contexto, la organización plantea definir el sistema de gestión integral de riesgos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General

Integrar el abordaje de los riesgos de sostenibilidad ambiental, social y de gobernanza en el sistema de gestión de la calidad.

Objetivos Específicos

Definir modelo de gestión de riesgos ASG.

Tomar decisiones y respuestas al riesgo con mayor conocimiento de los impactos. Identificar nuevas oportunidades que puedan producir mejoras organizativas.

Reducir riesgos futuros en cuanto a cumplimiento normativo en aspectos ASG. MATERIAL Y MÉTODO

Fase 1. Iniciativa. Compromiso del plan de mejora del sistema de gestión de la responsabilidad social.

Fase 2. Conceptualización. Revisión literatura sobre sostenibilidad y cultura del riesgo; Análisis interno y externo a partir del modelo de las partes interesadas.

Fase 3. Diseño. Grupo de trabajo: Calidad, RSC y Asesoría Jurídica; Metodología: Evaluación cualitativa de riesgos a partir de puntuación en una escala predefinida con dos ejes que trazan probabilidad de ocurrencia y gravedad, para determinar criticidad del riesgo; Instrumento: PYX4 Risk®, módulo de gestión de riesgos del sistema de gestión de la calidad.

Fase 4. Validación. Revisión del modelo por responsables de áreas de gestión.

Fase 5. Implantación: Formación; Identificación y análisis de riesgos; Planes de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Parametrización herramienta de gestión de riesgos con la tipología de riesgos identificados en la definición del modelo: 1) legales, 2) financieros, 3) desempeño, 4) sociales, 5) ambientales, 6) reputacionales, 7) humanos, 8) calidad y 9) severidad. Cada uno de ellos con 5 niveles de gravedad predefinidos.

Formación equipo técnico encargado de la gestión de riesgos: 18 personas. Identificación de riesgos de sostenibilidad clasificados según tipología.

Verificación existencia de planes de mejora para riesgos que superen el nivel de criticidad aceptado, con responsables de su implementación.

Conclusiones

El proyecto permite disponer de un sistema integral de gestión de riesgos, aplicando los principios de calidad y con visión estratégica transversal que integra los riesgos de sostenibilidad. El sistema permite mitigar posibles efectos adversos en procesos, así como mejorar trazabilidad de acciones puestas en marcha y evaluar eficacia de planes de mejora.

La integración de los riesgos ASG en la gestión de riesgos aumenta la resiliencia de la institución, al adelantar la posibilidad de múltiples escenarios posibles ante los que establecer una respuesta rápida y adaptarse de manera flexible a nuevas circunstancias.

ACCIONES PARA ACOMPAÑAR LA RELACIÓN ENTRE SANIDAD Y SOSTENIBILIDAD. EL RETO

MAYPI BALLESTEROS MUÑOZ¹; MARTA MOLES BERTRAN²; ELISABET GONZÁLEZ LAO¹

¹CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA, ²CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA// CATALUÑA

ID: 17590

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El compromiso Mundial de la ONU con los Objetivos de Desarrollo Sostenible hace que las instituciones sanitarias reorienten y afronten la integración de nuevas políticas y estrategias. El sector sanitario se adhiere a este reto. Es necesario abordar este tema de manera integral para garantizar la viabilidad a largo plazo.

El manual de Acreditación Sanitaria favorece las dinámicas de Desarrollo Sostenible integrando estándares (ST) relacionados con la sostenibilidad social, ambiental y económica. Sin embargo no es una herramienta con esta finalidad. Hace falta un guión para la acción.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo final es elaborar una guía de acompañamiento para la implantación de la sostenibilidad ambiental, social y económica en las entidades sanitarias.

Se partió del anual de acreditación que consta de 597 páginas y 1312 estándares clasificados en 9 criterios (EFQM) y divididos en esenciales(obligatorios) y no esenciales. La dificultad es que la Sostenibilidad no está identificada en un único criterio. Desde el hospital se generó un grupo de trabajo que hizo la búsqueda y seleccionó más de un 30% con impacto directo en las diferentes temáticas relacionadas (muchos no esenciales por el momento).

Algunos ejemplos: LIDERAZGO: políticas que favorecen la transición hacia sistemas de salud más sostenibles (ST35 i 88); ESTRATEGIA: objetivos y planes para desarrollar el liderazgo; PERSONAS: la promoción de estilos de vida saludable, programas frente a la discriminación (ST179 i 293); RECURSOS: gran número relacionado con el uso de tecnologías más ecológicamente más eficientes y recursos renovables en las instalaciones o mejora de la gestión de los residuos (ST375, 379 i 460); PROCESOS: acceso equitativo y eficiente de los servicios que implica la promoción de servicios sanitarios sostenibles y los valores éticos (ST956); RESULTADOS en la sociedad: el impacto en la comunidad con colaboraciones con centros educativos, organizaciones humanitarias y voluntariado (ST1095 i 1091)

Se colaboró con entidades de salud y sociales con el objetivo de facilitar instrumentos para ayudar en el compromiso ético, social y ambiental a través de una "Guía de sostenibilidad para el sector de salud y social". La finalidad es acompañar y dotar de herramientas prácticas a las entidades para iniciarse y/o consolidarse como organizaciones sostenibles. La guía incluye un buscador de acciones relacionadas con los ODS e incluye indicadores asociados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El manual de Acreditación tiene un impacto positivo a los inputs que se convierten en áreas de mejora para la integración de la sostenibilidad, pero no es una herramienta para ello.

La Guía de Sostenibilidad para el sector, es un apoyo y una gran ayuda para las organizaciones de salud y sociales que quieren hacer realidad el reto de llevar a cabo iniciativas de adhesión a la sostenibilidad marcada por la ONU.

La relación entre Sanidad y sostenibilidad es muy importante para asegurar un futuro saludable y sostenible para las personas y para el planeta.

RELACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE UN HACLE

MARIA JOSE MERINO PLAZA; JUAN JOSÉ CABALLERO GARCÍA; MARÍA WITTEN CARBALLO; MARÍA ASUNCIÓN MARTÍNEZ TROYANO; ANTONIO DELGADO SASTRE; CARMEN SILVA MARTIN

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14496

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Burnout presenta alta prevalencia entre los profesionales sanitarios. El factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para realizarlo, de modo que el desempeño no es gratificante.

Por el contrario, existen entornos laborales donde los trabajadores están comprometidos e identificados con su trabajo y ante cargas y factores estresantes similares, en estos ambientes no aparece el síndrome.

Este hecho nos animó a estudiar la relación entre la satisfacción laboral y el Burnout.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer la relación entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y las escalas del Burnout.

Metodología

- **Diseño:** Estudio Transversal Descriptivo

Aplicación simultánea del cuestionario "Maslach Burnout Inventory" utilizando los puntos de corte de Gil-Monte y de la encuesta corporativa de clima laboral de la Osakidetza

- **Muestreo:** No probabilístico y consecutivo.
- **Variables Explicativas:** Sociodemográficas, organizacionales y profesionales con elevada percepción de las dimensiones que definen la Satisfacción Laboral. Para analizar la influencia de las distintas dimensiones que definen la satisfacción laboral sobre el Burnout y sus escalas, se codificó para cada una de las dimensiones una nueva variable denominada "alta percepción de la dimensión", definida como una puntuación \geq percentil 75 de la dimensión considerada
- **Variables respuesta:** % de trabajadores con burnout o con alta afectación de las escalas que lo definen: Cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP)
- **Tratamiento Estadístico:** spss 19. La asociación entre variables se cuantificó con Odds Ratio (OR)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El índice de participación fue del 43,84% (n = 292) La prevalencia de Burnout fue del 6,3%

El porcentaje de trabajadores con alta afectación de las escalas del Burnout fue: CE=35.9%; DP=23.4%; RP=21,9%

Las dimensiones que definen la satisfacción laboral más fuertemente asociadas con el burnout y que actúan como factores protectores fueron las siguientes:

CE: Promoción y desarrollo (OR=0,06), reconocimiento (OR=0,2), condiciones de trabajo (OR=0,2), clima laboral (OR=0,3), percepción de la corporación (OR=0,3)

DP: Definición del puesto (OR=0,2), relación con el mando (OR=0,4), participación (OR=0,4), formación (OR=0,7) RP: Promoción y desarrollo (OR=0,14), clima laboral (OR=0,16), percepción de la corporación (OR=0,16)

Conclusiones

Según nuestros resultados, existen múltiples asociaciones entre las dimensiones que definen la satisfacción laboral y las escalas del burnout.

Las dimensiones que se mostraron como principales factores protectores fueron promoción y desarrollo, reconocimiento, clima laboral, condiciones de trabajo y definición del puesto. Otro importante factor protector fue la percepción de la corporación, lo que parece indicar que los profesionales más identificados con la organización, por sus posibilidades de carrera profesional y por el reconocimiento de su trabajo, presentan mayor protección frente al burnout.

¿CÓMO MEJORAR EL TRABAJO ASISTENCIAL?

DAVID PASCUAL CARBONELL; MARTA MARTÍN MARQUÉS; PILAR LÓPEZ BROSETA; MARÍA ÁNGELES ROCH VENTURA; MARÍA VUELTA ARCE; LAURA CANADELL VILARRASA

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII// CATALUÑA

ID: 14869

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La función de la formación continuada es dar respuesta a las necesidades formativas de los profesionales del servicio de farmacia (SF) para el correcto desarrollo de sus funciones. Ésta puede ser interna, establecida en un plan de formación, o externa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar un plan formativo (PF) en el SF donde se incluya la formación interna que se realiza durante la actividad asistencial. Se realizó un PF que diferenciaba según si el personal era una incorporación o si ya formaba parte del equipo.

Para las incorporaciones se redactó un plan de acogida y un curso de gestión de calidad ISO 9001. Además, para personal técnico, se programó un plan de acreditación diferenciado si eran técnicos de grado medio (TGM) o técnicos de grado superior (TGS). El plan de formación de los TGM constaba de 3 semanas, 2 intensivas bajo supervisión directa y 1 libre; para los TGS era de 4 semanas, 2 intensivas y 2 libres. Una vez finalizado, el responsable del área evaluaba sus competencias y se les consideraba acreditados.

El personal en formación continuada realizaba una actualización del curso de gestión de calidad que se renueva cada 2 años. Para los técnicos se habilitaron 2 cursos, uno de elaboración de fármacos y otro de actualización farmacoterapéutica (FT). Para los farmacéuticos, están estipulados cursos anuales de actualización FT.

Para valorar la eficacia de las acciones formativas, se creó una ficha de evaluación y una hoja de registro para anotar los cursos vinculando el certificado obtenido. Las formaciones son evaluadas por el responsable de calidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El PF constaba de 3 cursos: gestión de calidad, elaboración de fármacos, y actualización FT.

El curso de gestión de calidad constaba de 8 temas evaluados con un cuestionario (aprobado $\geq 70\%$) y una tarea (aprobado

$\geq 50\%$). Los cuestionarios se podían realizar 2 veces, contando la nota más elevada. Participaron 24 alumnos; 5 no lo completaron. De los que sí lo realizaron (79,16%), se obtuvo un 99,94% de aprobados con una media de 8,6/10.

Se registró la acreditación de 5 TGM durante 2022, 3 de estos tienen pendiente la acreditación en dispensación ambulatoria debido a la alta demanda de ocupación en otras áreas. De 4 TGS, 2 obtuvieron las acreditaciones en todas las áreas, uno no se acreditó y otro solo en un área específica.

El curso de elaboración de fármacos, activo hasta 06/2023, consta de 3 cuestionarios y está enfocado a TGS. Participaron 8 alumnos y un 50% ya lo han completado con un 91,7% de aprobados con una media de 8,3/10.

El curso de actualización FT para farmacéuticos, activo hasta 06/2023, se certifica con la asistencia de $\geq 80\%$. El de técnicos está programado a partir de 09/2023. Constará de 12 temas con un único cuestionario con 12 preguntas.

Todos los participantes entregaron las hojas de registro aprobándose por parte del responsable.

Este PF ha demostrado el interés e implicación del personal en su formación, evidenciado con los resultados positivos de las evaluaciones y la acreditación obtenida.

PROYECCIÓN SOBRE PLANO E IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO DE ORGANIZACIÓN 5S DEL LUGAR DE TRABAJO EN UN SERVICIO DE PET/RMN

ANGELES PÉREZ MATAS; SARA SANTAMARIA LÓPEZ; ALAN VILLAMAYOR HERNÁNDEZ; UREÑA CERDÁN GUILLERMO; EVA ORIVE ROMERO; INMACULADA BONILLA AGUILAR

HOSPITAL UNIVESITARIO DE BELLVITGE// CATALUÑA

ID: 15018

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La organización del lugar de trabajo, durante la obra, y su implementación posterior, nos ayuda a prevenir errores y mejorar nuestros procesos mediante la estandarización y la gestión visual.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es, implantar la estandarización/ordenación del espacio de trabajo en la nueva unidad al comienzo de la actividad.

En este proyecto se ha usado la herramienta de Organización 5S, enmarcada dentro de la metodología Lean Healthcare, la cual proporciona un enfoque por procesos y unas bases para crear un sistema ágil, adaptado a la demanda y enfocado a eliminar actividades que no añaden valor.

Consta de 5 fases:

1ªS: SEIRI-Clasificar: Separar lo necesario de lo innecesario. En este caso, al ser una proyección, no aplica esta primera fase.

2ªS: SEITON-Ordenar: Buscar un lugar específico para cada cosa específica según su volumen y frecuencia de uso. Se elabora un mapa de ubicación de materiales

3ªS: SEISO-Limpiar: No solo físicamente, si no mantener limpio el puesto de trabajo. Se contempla en el plan funcional calendario de limpieza con empresa proveedora de servicio. Posteriormente se incide en la búsqueda de las fuentes de suciedad.

4ªS: SEIKETSU-Estandarizar: Conseguir que los resultados de las etapas anteriores sean permanentes, de manera que formen parte de nuestro trabajo diario. Se elaboran estándares del contenido de los carros de la unidad, se etiquetan los contenidos de los armarios, se coloca cartelería y silueteados para asegurar la vuelta a su sitio de los elementos móviles tras su uso. También se facilitan dos cintas de Broselow que ayudan a la gestión visual en la atención al paciente pediátrico

5ªS: SHITSUKE-Sostener: Asegurar el cumplimiento de aquello conseguido en las demás etapas, y proveer una base para la mejora continua. Resultados mantenidos en el tiempo. Compromiso del equipo en mejorar y mantener su lugar de trabajo. Se instaure la realización diaria de un check list (N1) al finalizar el turno para asegurar que todo está en su sitio, no se han generado nuevas fuentes de suciedad e identificar nuevos problemas o posibles mejoras.

Se realizan sesiones KATA breves, donde, el equipo repasa el check list del día anterior, identifica problemas y propone mejoras. Al detectar un problema/posible mejora, se sigue la metodología Kata ¿Qué hacemos para solucionarlo? ¿Qué esperamos que ocurra con esas contramedidas? tras llevarlas a cabo, ¿Que ha ocurrido realmente? ¿Qué hemos aprendido? Así instauramos una cultura de mejora continua.

Se elabora un segundo cuestionario(N2) quincenal, para revisar, a nivel estratégico, las propuestas y acciones llevadas a cabo en el KATA por el equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Existe organización del material de acuerdo con su uso.

Se realiza audit y sesión diaria, asegurando la sostenibilidad y la mejora continua. El equipo muestra interés y proactividad.

El uso de esta herramienta, incide en la Seguridad del paciente ya que minimiza errores, con la estandarización y la gestión visual a la vez que promueve la cultura de mejora continua.

UNIDAD DE REFERENCIA DE ENFERMERÍA PARA IMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EXPUESTO A SOPORTE VITAL EXTRACORPÓREO

JUAN BLANCO MORILLO; MANUEL BAEZA MIRETE; PEDRO SOLER GALLEGO; MARÍA DOLORES BETETA FERNANDEZ; MARIA CRISTINA RODRIGUEZ CASTRO; JAVIER INIESTA ALCAZAR

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15256

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Introducción

Las terapias de soporte vital extracorpóreo (TSVE) se iniciaron en el ámbito de la Cirugía Cardiovascular, para establecer un circuito alternativo con el que asumir las funciones cardiorrespiratorias y posibilitar la supervivencia del paciente a cirugías a corazón parado. Durante las primeras décadas el desarrollo clínico y tecnológico se focalizó en aumentar la supervivencia al procedimiento y reducir los efectos adversos del mismo de la mano de profesionales especializados en este campo, los enfermeros perfusionistas. Desde los años 90, las TSVE comenzaron a ser consideradas como una alternativa terapéutica en otros entornos clínicos. Así, a fin de ofrecer un soporte respiratorio, circulatorio o cardiorrespiratorio al paciente crítico, se implementó la oxigenación extracorpórea a través de membrana (ECMO), suponiendo un reto y una carga de trabajo adicional para los enfermeros de UCI, por requerir unos cuidados especializados durante periodos prolongados. Asimismo, TSVE como el soporte extracorpóreo en parada cardiaca (ECMO-RCP), la perfusión regional normotérmica del donante en procedimientos de donación de órganos en asistolia controlada (PRN) y la administración extracorpórea hipertérmica de agentes quimioterápicos en cirugía citorreductora abdominal (HIPEC) y (HITHOC) suponen una ampliación tanto de los ámbitos de actuación de los enfermeros perfusionistas, como de las necesidades formativas de la enfermería implicada en dichos procesos, para facilitar la colaboración multidisciplinar para obtener unos mejores resultados de forma eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer una entidad que permita gestionar la adecuada atención y cuidado de los pacientes subsidiarios de requerir terapias de soporte vital extracorpóreo, así como la mejora continua de los cuidados en un entorno multidisciplinar mediante la auditoría constante de la calidad y el establecimiento de ciclos de mejora basados en la formación orientada a objetivos.

Mediante el análisis de los sistemas de registro de actividad y de eventos adversos durante el establecimiento de TSVE por parte de los enfermeros perfusionistas del centro, se elaboró un proyecto focalizado en la gestión de la cobertura de la actividad clínica y de las necesidades formativas detectadas en los diferentes entornos desarrollo de las terapias extracorpóreas, que fue analizado por la supervisión del área quirúrgica, la Unidad de Docencia Investigación y Calidad Asistencial y el comité de Dirección del centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La colaboración entre los diferentes niveles asistenciales y de gestión relativos a los cuidados de enfermería, ha resultado posible crear la primera Unidad de Cuidados de Enfermería en Soporte Vital Extracorpóreo del España, permitiendo dar respuesta a las necesidades de TSVE de la Región, al actuar como centro de referencia para tal efecto así como abordar los futuros retos que puedan presentarse en un futuro bajo las premisas de eficiencia, efectividad y seguridad para el paciente.

IMPACTO DE LAS ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

SUSANA MALGRAT CABALLERO; VERONICA POSA VAL; MARTA RUIZ FIGUERAS; ELISABETH CALVO FERNÁNDEZ; ESTER MOLINER SERRA; M BELEN SENDRA CRIADO

PARC SANITARI PERE VIRGILI// CATALUÑA

ID: 15335

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El nuevo paradigma de atención requiere el desarrollo de nuevos roles donde las enfermeras asumen nuevas competencias que incluyen la asesoría clínica, la toma de decisiones o la prescripción con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPAS) en la atención intermedia surgen de la necesidad y la demanda poblacional por el aumento de las enfermedades crónicas complejas en todas las etapas de la vida y el progresivo envejecimiento de la población. Estas necesidades complejas precisan de respuestas complejas y especializadas, a la vez nuevos conceptos como la coordinación entre niveles asistenciales, multidisciplinar o la transición de pacientes entre diferentes servicios y profesionales.

En concreto el modelo EPA en nuestro hospital de atención intermedia se aplica según un diagrama en 5 niveles de atención basados en los síndromes geriátricos donde cada EPA aborda un área concreta. Las áreas son: inmovilidad/caídas/incontinencia; Lesiones de la piel/ Ostomías; desnutrición/malnutrición/disfagia/diabetes; control y vigilancia de las Infecciones; delirium/deterioro cognitivo/demencias

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar la implementación de un modelo de atención basado en la enfermera de práctica avanzada.

Metodología

Análisis descriptivo prospectivo sobre el impacto de las EPAS en la atención intermedia. Se incluyeron todas las interconsultas recibidas por las EPAS des de su implementación en el 2016 hasta enero del 2023. Se excluyeron aquellas que los pacientes no llegaron a ser visitados porque se les dio el alta o fallecieron antes de la visita de valoración por la EPA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las competencias que han asumido estas enfermeras es el liderazgo clínico en los diferentes niveles o áreas de atención son: coordinación de comisiones interdisciplinarias en estos ámbitos, mejora de las transiciones entre los diferentes niveles asistenciales, gestión de la calidad y seguridad con creación de guías/protocolos de prácticas clínicas basada en la evidencia científica, docencia y formación de pacientes, alumnos y profesionales, proyectos de investigación científica

Conclusiones

Las EPAs suponen un nuevo perfil de liderazgo enfermero, el cual proporcionan una gestión de conocimientos y prácticas basadas en la evidencia científica, siendo referentes para los profesionales en el manejo de los síndromes geriátricos. Interactúan con personas y familias, empoderando a estas en el cuidado de su salud y/o la de sus familiares.

Ofrecen en todo momento una atención centrada en la persona, dando respuestas con un abordaje centrado en las necesidades y objetivos de la persona con recomendaciones individuales los diferentes problemas geriátricos que se abordan. Y por lo tanto llevando a término una valoración geriátrica integral.

REPROCESADO DE MATERIALES SANITARIOS: GESTIÓN COLABORATIVA ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

EMILIANA SABUCO TÉBAR; MÁXIMO CULIAÑEZ ALENDA; VANESA GIL MARTÍNEZ; MERCEDES PODIO MARTÍNEZ; SHIRLEY BEATRIZ PÉREZ ROMERO; FRANCISCO JAVIER CAMPAYO ROJAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15354

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto 192/2023, por el que se regulan los productos sanitarios, establece que estos no deben comprometer la salud ni la seguridad de los pacientes y que una vez reprocesados deben seguir siendo seguros. El reprocesado de materiales sanitarios en atención primaria supone un desafío en la liberación paramétrica, la trazabilidad y el mantenimiento preventivo de equipos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la calidad en el reprocesado de materiales sanitarios en los centros de atención primaria de un área de salud. Establecer un modelo colaborativo entre el hospital y atención primaria en el reprocesado de materiales sanitarios.

Método

Se realizó un inventario de los autoclaves y un extracto de los consumos de detergentes e indicadores químicos mediante el programa SAP LOGON. La enfermera de medicina preventiva visitó los centros y se realizaron las siguientes acciones: formación, encuesta ad hoc relacionada con el reprocesado de materiales, instauración del uso de controles químicos y biológicos en todos los centros, unificación de los productos de limpieza en el área, redacción de un procedimiento normalizado para el reprocesado, instaurar el mantenimiento preventivo de los autoclaves.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En total el área dispone de 30 autoclaves de los cuales 11 no cumplían con la normativa vigente, 1 se dio de baja por obsolescencia, se adquirieron 4 autoclaves nuevos y 3 baños de ultrasonidos, y se reubicó 1 autoclave del hospital en un centro de primaria. Se realizó la encuesta a 82 profesionales: 59% enfermeras, 34% TCAE, 5% higienista dental y 2% NC. Un 62% de los profesionales nunca había recibido formación continuada en reprocesado, un 5% utilizaba agua del grifo en el esterilizador, el 100% no utilizaban indicadores químicos ni biológicos, un 31% utilizaban productos no adecuados para la limpieza de materiales, el 100% no disponían de instrucciones de uso de equipos y detergentes, y no realizaban ninguna trazabilidad de los ciclos de esterilización. Se ha instaurado el uso de controles biológicos y químicos en el 100% de los centros del área. Se realizaron un total de 12 formaciones de 1 hora de duración en los centros a las que asistieron 82 profesionales, 1 taller de 4:30 horas y unas jornadas en colaboración con la sociedad de medicina preventiva de Murcia.

Junto con el servicio de electromedicina se ha instaurado el mantenimiento preventivo anual a los autoclaves del área. Se ha instaurado la trazabilidad de los mantenimientos preventivos, de los indicadores biológicos, de los indicadores químicos y de ciclos realizados en los equipos mediante diferentes registros normalizados.

Conclusiones

Un modelo organizativo colaborativo entre el hospital y primaria del reprocesado de materiales sanitarios, permite unificar procedimientos, dar formación específica, realizar mantenimientos periódicos y proporcionar a los profesionales un asesoramiento continuo, lo que repercute en el aumento de la calidad en el reprocesado de materiales sanitarios en punto de uso.

MEJORA DEL FLUJO DE TRABAJO DE LA COMISIÓN DE OBRAS Y TECNOLOGÍA CON EL USO DE HERRAMIENTAS COLABORATIVAS

JOSE EMILIO JIMENEZ CANTERO; CLARA MIRANDA LOPEZ; JUAN JOSE VERA GUIRAO; JORGE LOPEZ DIAZ; ANTONIO TOMAS BORJA; ANTONIA MULA JULIA

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15395

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Comisión de Obras y Tecnología (COT) es un órgano de asesoramiento técnico y de decisión, constituido por diferentes miembros del hospital para valorar, decidir y autorizar las obras y la incorporación de nuevas tecnologías.

La COT regula la entrada en el Hospital de Equipos y nuevas tecnologías Sanitarias (ETS), equipos y accesorios, además debe supervisar cambios de tecnología equivalentes e incluso cesiones y donaciones por nuevos contratos.

Es necesario poner a disposición de los trabajadores, herramientas de solicitud de reorganización de los espacios existentes y de necesidades de incorporación nuevas tecnologías.

Estas peticiones necesitan de un flujo adecuado para su tratamiento que incluye la verificación y alineamiento con los intereses asistenciales de la organización.

La aplicación tradicional de estos flujos se realizaba mediante el uso de notas internas y listados que se suelen imprimir y distribuir por los participantes de la comisión.

Son necesarias herramientas para estandarizar las peticiones, hacer accesibles las mismas y facilitar los flujos de aprobación y seguimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se pretende realizar una estandarización del flujo de peticiones y aprobaciones de la comisión de obras y tecnología. Estas herramientas deben de estar accesibles para su seguimiento, verificación y aprobación por los miembros de la comisión de obras y tecnología.

Dado que la administración tiene contratado el paquete de trabajo colaborativo Microsoft 365 se utilizarán estas herramientas para la creación de este flujo:

- Forms - creación del formulario de entradas de peticiones
- PowerAutomate - generación del flujo de correos, aprobaciones e inserción en la lista
- Correo Electrónico - recepción de las alertas de nueva petición
- Approvals - validación de las peticiones para su tratamiento en la comisión
- Lists - para el almacenamiento de la lista de peticiones
- Teams - para el seguimiento de todo el proceso y comunicaciones internas de la comisión

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Esta comunicación presenta es flujo de trabajo de la comisión de obras y tecnología, así como las herramientas utilizadas para hacer ágil y efectivo el flujo de trabajo para la validación, revisión y aprobación o desistimiento de las peticiones realizadas a la comisión de obras.

Es también un ejemplo práctico de la introducción de las nuevas herramientas colaborativas a los flujos de trabajo de la organización. Esto introducción de las nuevas tecnologías conduce a una estandarización de la gestión lo que contribuye a una mejora de la calidad en la gestión.

El uso de herramientas disponibles, en lugar de aplicaciones a medida, elimina la necesidad del desarrollo de estas aplicaciones, con el tiempo necesario de recogida de requerimientos, programación y pruebas ya que estas pueden ser ejecutadas directamente por el grupo de trabajo que requiere la información.

La distribución de la información entre los componentes del grupo de trabajo está garantizada con los permisos de los equipos de trabajo de la propia herramienta Microsoft TEAMS.

DISEÑO DE UN MAPA DE APRENDIZAJE PARA SISTEMATIZAR LA ACOGIDA

ESTER FAGES MASMIQUEL¹; ALEX LÁZARO ALGADO²; JOAN DALMAU ARASANZ¹; ALBERT ALUM BOU³

¹CUAP GÜELL, ²CAP CAN GIBERT, ³CAP SANTA CLARA// CATALUÑA

ID: 15396

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El plan de acogida tiene el objetivo de facilitar la incorporación de profesionales a la organización: definir el encargo, conocimiento del entorno y recursos y servicios que dispone para ejercer sus responsabilidades.

El proceso de acogida tiene que ser personalizado, individual y es conveniente disponer de un protocolo que detalle los recursos necesarios en cada fase. Una buena acogida es clave para la adaptación de los profesionales de nueva incorporación al servicio. Los mapas conceptuales constituyen una de las herramientas más utilizadas en la gestión del aprendizaje por la posibilidad de personalizar el aprendizaje, compartir conocimiento y aprender a aprender. Se propone un modelo que sirva de guión para la gestión de las necesidades de conocimiento y realizar propuestas de formación acordes. Hemos construido un mapa de aprendizaje para ser usado por el docente para resaltar conocimientos o conceptos clave. No es una colección de aprendizajes secuenciados en el tiempo sino un paisaje de las competencias que en el puesto de trabajo la persona que accede al servicio encontrará frecuentemente. Este recurso acompaña a la persona incorporada de manera dinámica junto a otros elementos de acogida como: el referente clínico con función de mentor y acompañamiento, las sesiones de casos y la autoformación virtual. Además, los profesionales de nueva incorporación también pueden utilizar los mapas de aprendizaje para tomar notas y organizar la información que se considera necesaria en nuestro Servicio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del proyecto es mejorar la acogida de los profesionales sanitarios en la atención urgente de atención primaria y disponer de un guión para garantizar los contenidos mínimos necesarios, acompañándolos en su desarrollo y proceso de adaptación en su nuevo desempeño.

Para lograrlo, se ha construido un mapa de aprendizaje con los contenidos mínimos necesarios para el desarrollo de las funciones asistenciales de médicos y enfermeras que se incorporan al servicio. El mapa se ha diseñado de forma coordinada entre referentes clínicos, la unidad de formación y la dirección del servicio, de modo que contiene elementos clave para el desarrollo de la tarea diaria (conocimiento del entorno y del programa informático) y elementos estratégicos (conocimientos y formaciones relacionadas con los procesos clave).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha realizado un mapa de aprendizaje con 9 apartados que incluyen: entorno y circuitos, pediatría, patología infecciosa, atención domiciliaria, formación práctica, formación en el uso de la estación clínica de trabajo, códigos 061, cronicidad y coordinación con el servicio de emergencias.

Desde su elaboración, el referente clínico lo utiliza como guión en la acogida de profesionales de nueva incorporación y como punto de partida para la propuesta de formación, revisión de fuentes de consulta, etc.

Desde su implementación ha mejorado la sistematización de la acogida en cuanto a contenidos clínicos y revisión de circuitos, facilitando esta tarea.

PLAN DE VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL ALIMENTARIO. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO

MARIA DOLORES HELLIN GIL; ALEJANDRA PARDO HERNANDEZ; ANTONIO FERNANDEZ BUENDIA; ANTONIO FERNANDEZ ABELLAN; CLARA MIRANDA LOPEZ

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15475

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La cocina central de nuestro hospital establece su sistema de autocontrol, basándose en los principios del Sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC) que se compone de la siguiente documentación: manual de autocontrol estructurado, guía de buenas prácticas y registros asociados y documentación anexa al sistema de autocontrol.

En el día a día, se hace necesario un diagrama de flujo que facilite la verificación de todo el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es dar una visión global de las actividades desarrolladas y de las medidas preventivas enfocadas a garantizar la seguridad e higiene de nuestros productos que permita su verificación.

El servicio incluye desde la recepción de las materias primas hasta la distribución de las ingestas a planta, para su consumo inmediato. Los platos se elaboran según lo establecido en el menú basal y de éste se derivan las dietas terapéuticas y/o especiales. Dichas preparaciones siempre tienen en cuenta las prescripciones facultativas y se intenta satisfacer las preferencias de los pacientes. El número de dietas diarias oscila entre las 550 y las 700.

Se establece un diagrama de flujo como una representación esquemática donde quedan establecidas y reflejadas todas las fases del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las fases del proceso y su representación en el diagrama son:

- Fases iniciales: Entrada de toda la mercancía necesaria para la elaboración de los menús. Se identifican con rectángulos de bordes redondeados.
- Fases principales: aquellas por las que se debe pasar para la elaboración y servicio de la mayoría de los menús servidos. Se identifican con rectángulos de relleno sólido.
- Fases secundarias: aquellas por las que sólo se debe pasar para la preparación de algunos platos o cuando el servicio lo requiera. Se identifican con rectángulos sin relleno.
- Fase final: Distribución y servicio en planta. Se identifica con rectángulos de bordes redondeados.
- Para facilitar la representación del proceso, se incluye la actividad "acopio de materia prima" que representa la recogida de los productos desde los puntos de almacenamiento que no se considera una fase en sí misma.
- En las fases en las que existe un punto de control crítico o un plan general de higiene operativo se identifican el icono de una lupa roja (PCC) o naranja (PGHO).
- Las actividades de limpieza y desinfección, inherentes a todo el proceso, no están representadas, ya que afectan a la mayoría de las fases.

En el momento de implantación, se verifica in situ la adecuación del diagrama de flujo, comprobando que todos los productos y actividades están considerados dentro del mismo.

Este diagrama nos permite verificar en todo momento el proceso, la ejecución de las auditorías higiénico-sanitarias necesarias y la detección de incidencias.

EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN DIETÉTICO-NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

M^a BIENVENIDA GÓMEZ SÁNCHEZ; MERCEDES PILAR MONTALVÁN PELEGRÍN; MARIA DEL CARMEN PARDO JIMENEZ; ANTONIA INMACULADA ZOMEÑO ROS; LOURDES SALINERO GONZÁLEZ; PALOMA PORTILLO ORTEGA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17076

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El paciente oncológico que recibe tratamiento de quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia puede sufrir sintomatología gastrointestinal, dificultando su ingesta y provocando una malnutrición que deriva en un aumento de la morbimortalidad, por lo que es necesaria la atención por parte de un Dietista-Nutricionista que ajuste tanto cuali como cuantitativamente la composición de su dieta en función de sus síntomas. A veces estos pacientes sufren además de disfagia, y es necesario modificar la textura de los alimentos y enriquecer el aporte nutricional de la dieta. Asimismo, hay enfermos que necesitan aporte suplementario y el Dietistas-Nutricionistas debe combinar ambas cosas para conseguir el máximo aprovechamiento nutricional. Por todo ello, en 2017 se creó una consulta de atención dietético-nutricional de pacientes oncológicos realizada por Dietistas-Nutricionistas, en un hospital de referencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar la evolución de la consulta de atención dietético-nutricional de pacientes oncológicos en los últimos 5 años.

Método

Toda la información clínica que se maneja en nuestro hospital es registrada en un programa informático, donde también se contabiliza la actividad de los distintos servicios y profesionales. Por tanto, para la realización del presente trabajo, se pidió al Servicio de Control de Gestión del hospital la actividad en número de visitas de la consulta de atención dietético-nutricional de pacientes oncológicos realizada por Dietistas-Nutricionistas en los últimos 5 años. Se exportaron los datos a una tabla de Microsoft Excel donde se realizaron los cálculos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los resultados aportados por el Servicio de Control de Gestión de nuestro hospital con referencia a la consulta de atención dietético-nutricional de pacientes oncológicos realizada por Dietistas-Nutricionistas, fueron en ascenso desde el año 2017 hasta el 2022. El número de visitas realizadas en 2017 fue de 152; en 2018 aumentaron el doble, a 257 visitas; en 2019 se mantuvo prácticamente igual siendo 259; en 2020 aumentaron hasta 303 visitas; en 2021 se obtuvieron un total de 325 vistas; y en 2022 casi se duplicó el número de visitas, siendo 613. A la luz de los resultados, se evidencia un aumento progresivo moderado de visitas desde 2017 a 2021. De 2021 a 2022 se obtuvo un aumento significativo de dichas visitas.

Por lo tanto, como resultado general se obtuvo un aumento de consultas de 2017 a 2022 del 403.29%.

Conclusiones

La consulta de atención dietético-nutricional de pacientes oncológicos realizada por Dietistas-Nutricionistas ha aumentado significativamente con los años, por lo que se evidencia que es muy útil y necesaria. Dicha consulta mejora el abordaje clínico y multidisciplinar de los pacientes oncológicos, por lo que se debería incluir en el resto de hospitales consultas con este tipo de prestaciones.

EL PAPEL DE "LOS DE CALIDAD" EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

LAURA ALFARO CADENAS¹; LETICIA MULLER GARCÍA²; BIBIANA NAVARRO ARQUED³; MARTA GONZÁLEZ CONTRERAS⁴; IRMA PERUZZA LENCERO¹; ÁLVARO MORENO PÉREZ⁵

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, ⁵RED HOSPITALES PÚBLICOS MADRID QUIRÓNSALUD// COMUNIDADDE MADRID

ID: 17131

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Cuantas veces a lo largo de nuestra vida profesional en el ámbito de la Calidad nos han preguntado qué hacemos, a qué nos dedicamos, qué somos, qué aportamos... Con los años el concepto de Calidad y los que nos dedicamos a ello hemos ido evolucionando, intentando dejar de ser "los de los papelitos", "los de la ISO", "los que hablan tan raro", ... para pasar a ser (al menos en algunas organizaciones) el motor impulsor de muchos proyectos, al que todo el mundo recurre cuando no sabe a quién dirigirse para solucionar cualquier cosa, tenga o no que ver con nuestro ámbito de competencia. Y esto no es casual. Somos profesionales que trabajamos, día a día, con todos los estamentos del Hospital, lo que nos proporciona un profundo conocimiento de nuestra organización. Además, intentamos ayudar a nuestros compañeros a entender nuestro mundo, pero con los ojos del suyo. Disponemos del talante, disponemos de la información, disponemos de los datos, sabemos analizarlos y podemos ayudar a establecer los mecanismos de mejora necesarios para alcanzar los objetivos y metas establecidos en nuestras organizaciones. Solo tenemos que creérnoslo nosotros mismos y que "los de arriba" también se lo crean. En ocasiones, no muchas, no es fácil. No es necesario que seamos médicos, ni enfermeras, ni radiólogos, ni intensivistas, ni anestesiólogos, ni endocrinólogos, ni limpiadores, ni cocineros, ni mantenedores, ... Lo que sí tenemos que ser es generosos con ellos para adecuar nuestros conocimientos, nuestra metodología, nuestras habilidades y nuestra experiencia a sus necesidades, para ayudarles a creer que su trabajo y sus resultados son tan importantes como cualquier otro en la organización, no solo en sus servicios o unidades, sino en los resultados globales de la institución a la que ellos también representan.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: Establecer mecanismos de coordinación entre las Direcciones de Calidad de 4 Hospitales Públicos de gestión privada de la Comunidad de Madrid con el objetivo de optimizar los recursos, compartir el conocimiento y adoptar las mejores prácticas con los mejores resultados.

Detección de necesidades de conocimiento (Normas de Certificación y Acreditación, modelos de gestión de excelencia, ...); Definición de mapa de procesos unificado; Reuniones de Dirección/Coordinación; Reuniones planificadas con responsables de los 4 hospitales, por proceso, para unificación de: protocolos, recomendaciones dirigidas a pacientes, catálogo de riesgos, indicadores de proceso y resultado, ...

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Nuestros hospitales suman, aproximadamente, unos 10.000 profesionales con los que tenemos que continuar trabajando. Tenemos que seguir impulsando nuestra creencia en que Calidad, es hacer las cosas bien a la primera, es pensar de verdad en el paciente, pero también en las personas, es recorrer juntos un camino y no separados, que no hay malas propuestas, tan solo son distintas y hay que trabajar en consensuar para quedarnos con las mejores para los 4, ... Y en ello seguimos...

LA CLAVE DEL ÉXITO EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA AUTONÓMICA: LA DIFUSIÓN Y LA COMUNICACIÓN

YOLANDA DEL REY; ANA LUISA FERNANDEZ ALLENDE; MARIA DEL PILAR LÓPEZ JIMENEZ; CRISTINA NIETO MUÑOZ; ELENA ONECHA GONZALEZ; ALMUDENA QUINTANA MORGADO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17138

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro del contexto del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (APyC), así como del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se elabora una Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de carácter autonómico en la que se destaca como uno de los ejes estratégicos la difusión y comunicación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Alcanzar el mayor nº de profesionales de APyC y de otros sectores y entidades de una Comunidad Autónoma (C.A) que conocen las metas y resultados obtenidos tras la implantación y desarrollo ESC.

Metodología

Para garantizar la consecución de los objetivos de desarrollo (OD) se plantearon las siguientes acciones (A):

A1OD: Diseño de un plan de difusión y comunicación interna y externa en todas las fases de desarrollo medido a través de:

% CS C.A difusión. Nº Equipo directivo (ED) por Dirección Asistencial (DA), Nº responsables Salud Comunitaria (RSC) C.A / % CS C.A reversión / % profesionales por categoría/ Mapa de RSC por CS de la C.A/ Nº Comunicaciones a otros sectores

A2OD: Desarrollo de un espacio de SC dentro de la web AP e intranet del servicio de salud de la C.A.

A3OD: Publicación de la ESC medido a través de ISBN.

A4OD: Presentación oficial en acto plenario nacional de la ESC en la I Jornada de SC ante distintos sectores y entidades que también contribuyen en la salud de la población junto a sanidad como ámbito deportivo, educativo, social y asociativo.

A5OD: Diseñar los premios autonómicos de Salud Comunitaria abiertos a todos los sectores y promovidos por APyC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

A1OD: Los resultados de esta acción son partiendo de 263 CS, 11.862 profesionales AP y se entiende como difusión, la dirigida a los ED y la reversión a los profesionales de los CS.

El 73.4 % de CS en difusión, 187 ED y 157 RSC. El 95.9 % de CS en reversión.

El % de profesionales por categoría: 72,19 ENF; 48,17 MED; 45,8 TCAE; 41,49 PED; 38,71 TS; 32,12 FIS; 28,57 PSC; 25MAT; 23.44 ADM; 20.66 USBD; 10.61 CEL.

Se nombró al 100 % de RSC en la C.A.

Se realizaron 5 comunicaciones a otros sectores: 4 nacionales y 1 internacional a nivel ministerial.

A2OD: URL de acceso libre a la web de SC.

A3OD: ISBN publicado y en portal de transparencia autonómico.

A4OD: Presentación oficial a un foro de 230 personas (100 externas y 130 internas a la organización).

A5OD: Inicio de gestiones con retención de crédito del primer premio autonómico SC a entregar en II Jornada SC.

Conclusiones

Consideramos un logro el desarrollo de la implantación de uno de los ejes de la ESC, puesto que el ministerio publicó las recomendaciones de como diseñar una ESC en agosto 2022, y nuestra C.A la aprobó en septiembre, indexó en octubre y presentó oficialmente en noviembre en ámbito nacional e internacional. Posteriormente de enero a abril se han implementado el resto de acciones.

UN EJE FUNDAMENTAL EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA: LA FORMACIÓN

JUAN JIMENEZ HERVAS¹; MARÍA CARMEN FERNANDEZ DIAZ¹; YOLANDA DEL REY GRANADO¹; ANA LUISA FERNANDEZ ALLENDE¹; ADRIÁN MUNERA CARRASCO²; JULIA DOMINGUEZ BIDAGOR³

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA,²CENTRO DE SALUD LAS CALESAS,³DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17249

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La orientación comunitaria del sistema sanitario plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja y conlleva el uso de estrategias basadas en la evidencia. En el marco de una Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria (AP) autonómica (ESC) se tiene como objetivo potenciar y fortalecer los tres niveles del enfoque comunitario: Nivel 1: Atención individual prescribiendo activos en salud comunitarios. Nivel 2: Grupal. Ofertando talleres de educación para la salud para cubrir las necesidades de la población en materia de prevención y promoción de la salud. Nivel 3: Colectivo. Participar de forma coordinada y colaborativa con la comunidad en mesas, consejos y comisiones. La ESC consta de 9 ejes estratégicos, siendo el eje 6: Formación y Cultura, que responde a las necesidades expresadas por los profesionales de AP de conocimientos y habilidades para llevar a cabo los tres niveles.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Garantizar que el mayor número de profesionales formados sobre el abordaje biopsicosocial desde la aplicación del enfoque comunitario en los tres niveles.

Metodología:

Análisis descriptivo del plan formativo con enfoque comunitario de 4 años de evolución.

Fuente: Aplicación informática formación AP.

Población diana: 2.607 profesionales de AP y 837 residentes de enfermería/medicina de FyC.

Variables de estudio:

Cuantía económica anual.

Nº de profesionales formados.

Nº residentes formados.

Grado de satisfacción de los discentes.

Nº de cursos con enfoque comunitario.

Nº de cursos por cada nivel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La cuantía económica ha pasado de un 17,6% de gasto anual en 2018 a un 21,7% en 2021, durante 2019 y 2020 se aprecia una disminución siendo un 14,1% y un 13,4% respectivamente.

En 2018 han sido formados 959 profesionales (P) del CS y 316 residentes (R), con un grado de satisfacción de 8,54 sobre 10. En 2019 fue de 1.205 P y 250 R con 8,56 de satisfacción, mientras que en 2020 fueron 366 P y 93 R de 8,78 de satisfacción y en 2021, 777 P y 178 R con un 8,24 de satisfacción.

El nº de cursos con enfoque comunitario (EC) ha sido un 17,6% (32 cursos) en 2018 del total ofrecido, 25 cursos con EC del nivel 1, 5 cursos con EC del nivel 2 y 2 cursos con EC del nivel 3. Un 14,1% (37 cursos) en 2019, siendo 33 con EC del nivel 1 y 4 con EC del nivel 2. 13,4% (13 cursos) en 2020, siendo 11 del nivel 1 y 2 del nivel 2. Y un 21,7% (44 cursos) en 2021, 25 cursos del nivel 1, 17 del nivel 2 y 2 del nivel 3. Un total de 126 cursos.

Conclusiones

Estimamos que la implantación del plan formativo anual del 2023 de la ESC supondrá un aumento significativo del nº de cursos ofertados dirigido a los tres niveles del EC, la cuantía económica y al alcance de nº de profesionales y residentes formados así como en el grado de satisfacción.

REINVENTARSE O CLAUDICAR: CÓMO ADAPTARSE A LOS CAMBIOS EN EL CONTEXTO DE IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADOS

JON ANDER PUERTO SANCHEZ¹; ADELINA GARCIA ROLDAN²; MARTA MONTEJO FERNÁNDEZ³; SARA CELORRIO DIEZ¹; VANESA MARTINGONZÁLEZ¹

¹ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BARAKALDO-SESTAO, ²CENTRO DE SALUD SAN VICENTE, ³CENTRO DE SALUD RONTEGI// PAÍS VASCO

ID: 17252

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La enfermería tiene como objetivo proporcionar a pacientes y usuarios cuidados que deben basarse en la evidencia científica y considerar la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para la persona usuaria y para la sociedad. Dicha evidencia, y las recomendaciones que de ella se desprenden, están en constante evolución y recientemente han proliferado multitud de proyectos y programas de implantación de cuidados basados en la evidencia y buenas prácticas en cuidados. Algunos ejemplos de estos programas son los BPSO, Sumamos Excelencia, Clinical Fellowship, etc. Todos estos programas pivotan sobre la idea clave de que la implantación de acciones que superen barreras previamente detectadas, y que estas acciones tengan un seguimiento, se evalúen y demuestren ser sostenibles en el tiempo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es describir la metodología de trabajo empleada para adaptarse a los cambios continuos que se producen en los contextos de implantación de buenas prácticas, poniendo como ejemplo la experiencia vivida durante la participación en el programa Sumamos Excelencia en la OSI Barakaldo-Sestao (Osakidetza).

En el caso de nuestra organización, la temática seleccionada fueron las buenas prácticas en Lactancia Materna (LM).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante la evaluación inicial, se detectaron barreras relacionadas con la formación de los profesionales, la autopercepción de los profesionales para implantar cambios y en las propias familias por ausencia de sensibilización con la LM. Se implantaron acciones como sesiones de formación, sistematizar los registros y diseño de talleres grupales para las familias. En el análisis de indicadores a los 3 meses, se evidenció una notable mejora de los resultados.

A los 6 meses, se desviaron los indicadores, lo que indujo un nuevo análisis y las nuevas barreras que se detectaron fueron: cambio del plan de salud infantil (modificando los registros de información), rotación del personal (invalidando la formación impartida) y descenso de la natalidad (dificultando la realización de los talleres grupales por falta de aforo).

Se valoró la posibilidad de abandonar el proyecto, pero se apostó por redefinir las acciones en base al nuevo análisis: se alineó el registro con el plan corporativo; se diseñaron vídeos formativos que se pusieron a disposición de todos los profesionales actuales y del futuro; se imprimieron trípticos con recomendaciones sobre LM y acceso a recursos digitales; y se abrieron los talleres a usuarios de otros centros de salud, aunque no fue necesario gracias a un repunte en la natalidad.

Conclusiones

El contexto sanitario está en constante cambio y las acciones que a priori parecen acertadas pueden no serlo al cabo de un tiempo. Por ello, las intervenciones en cualquier tipo de proyecto deben abordarse con sentido crítico, mentalidad abierta y contando con la necesidad de sostenibilidad, para poder adaptarlas o reinventarlas de forma que se adapten a las necesidades de la población y los profesionales.

AUDITORÍAS DE SEGURIDAD DE PACIENTE: EXPERIENCIA Y PRIORIDADES EN UNA INSTITUCIÓN MONOGRÁFICA Y MULTICÉNTRICA

ANA JIMÉNEZ ZÁRATE; M^a JOSÉ JIMÉNEZ LORENZO; MIRTA SOLÀ MAS; MARTA VAL LEÓN
INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 17292

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente (SP) es un elemento intrínseco de la calidad en la prestación de servicios de salud. Nuestra institución debe dar respuesta a los criterios requeridos por la Acreditación de hospitales de agudos (Department de Salut) y otros sistemas de gestión de la calidad que en su última versión amplían los requisitos relacionados con la SP. Las auditorías de calidad son una herramienta para evaluar el nivel de implementación de buenas prácticas. En nuestro contexto son instrumento aceptado e integrado en la organización y dada esta experiencia, se plantea incorporar esta metodología para la vigilancia y mejora continua de la SP.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Definir e implementar un modelo de auditorías de SP para la vigilancia de la SP y acelerar la transferencia de las mejoras identificadas.
- Sensibilizar a los profesionales asistenciales en la cultura de la evaluación y de la SP.
- Identificar áreas de mejora para una práctica asistencial segura para el paciente.

Se definió metodología mixta, realizando revisión documental, de resultados, observación directa y entrevista a profesionales. La selección del equipo auditor fue en base a criterios preestablecidos. Se elaboró un listado de verificación con priorización de criterios de auditoría externa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La intervención se realizó en seis unidades de hospitalización y tres unidades de atención ambulatoria, de tres centros hospitalarios.

El equipo de auditoras se compuso por cuatro profesionales con experiencia en la realización de auditorías, conocimiento técnico de los procesos a evaluar y de SP. Las auditorías se realizaron de manera cruzada entre centros. La metodología incluyó: 1) revisión previa al día de auditoría de resultados de indicadores de SP (33), notificaciones de incidentes de seguridad y revisión documental de procedimientos. 2) El día de la auditoría se realizó observación directa y de registros, y entrevista profesionales de la salud (45) de diferentes disciplinas.

Las auditorías se desarrollaron siguiendo un listado de verificación elaborado ad hoc que incluía 108 estándares (102 esenciales y 6 opcionales) relacionados con la SP requeridos por la Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Catalunya del Departament de Salut y la norma ISO 9001:2015.

Los hallazgos se clasificaron como no conformidades (1), observaciones (34), oportunidades de mejora (25) y puntos fuertes(6). Se destacaron aspectos relacionados con la notificación de incidentes, capacitación profesional, mantenimiento de dispositivos y uso del medicamento.

Las auditorías de SP revelaron áreas específicas de mejora, información valiosa para el equipo directivo para la planificación de objetivos y estrategias de mejora para promover un entorno de atención más seguro. Las entrevistas contribuyeron a transmitir la cultura de SP a la organización y priorizar acciones relevantes. El perfil profesional de las auditoras, facilitó la credibilidad de las auditorías y la identificación de problemas con elevado impacto en la SP.

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA COMUNICACIÓN. PROYECTO DANCE TEAM BUILDING PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD

MARIA ROSARIO VALVERDE JIMENEZ¹; MARIA CRISTINA SOLE AGUSTI¹; CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ROMERO¹; DOLORES PÉREZ GÁLVEZ¹; ESTEBAN JOSE CORTES MARTÍNEZ²; MARIA ANGELES HERNANDEZ COROMINAS³

¹AREA I SMS, ²EAP EL PALMAR AREA 1 SMS, ³EAP SANGONERA LA VERDE AREA 1SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17293

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los problemas de comunicación entre los componentes de los equipos de salud son un riesgo laboral que puede afectar a la calidad de los servicios prestados.

Próximamente, en un área de salud se va a producir un movimiento masivo de profesionales que salen de los equipos y otros profesionales que se incorporan. Para facilitar la creación de una comunicación sana y efectiva entre los nuevos componentes de los equipos, nos planteamos realizar alguna acción que favorezca esta comunicación tan necesaria para la fluidez en el trabajo diario.

Existen estudios acerca de la eficacia del Dance Team Building (DTB) para cohesionar, mejorar la comunicación y el logro de objetivos comunes de los grupos de trabajo. Como innovación dentro de la gestión de equipos de atención primaria pensamos que puede sernos útil en estas circunstancias especiales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General

Crear un ambiente laboral saludable y fomentar el compañerismo y la colaboración entre los miembros del equipo de salud.

Específicos

1. Ofrecer a todos los equipos del área la salud una actividad para la práctica de la danza y el movimiento en el periodo de incorporaciones.
2. Mejorar la comunicación entre los miembros de los centros de salud.
3. Mejorar el bienestar de los componentes de los equipos

Metodología

Estudio descriptivo de intervención. Metodología

1. Diseño de talleres DTB según preferencias/requerimientos (estilos de danza, calentamiento, coreografías grupo) Acreditados con cuestionario evaluación pre-post
2. Ofrecimiento e implementación en equipos.
3. Evaluación resultados

Material: sala acondicionada, equipo audiovisual, profesora de DTB Indicadores:

1. Numero de ediciones por zona básica de salud: una por cada zona básica de salud
2. Ítems valorados mediante encuesta (escala Likert 0-nada/5-mucho)
 - 2-1 La acción formativa ha influido en tu comunicación con el equipo.
 - 2-2 La acción formativa ha influido en el ambiente laboral.
 - 2-3. Grado de satisfacción personal tras realizar el taller
3. Porcentaje de componentes de los equipos que asisten: meta >75%

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Que exista una edición de esta acción formativa a disposición de cada equipo de salud del área dentro de los 30 días siguientes a la creación de los nuevos equipos.
2. Que los participantes manifiesten en la encuesta una opinión positiva respecto a la incidencia de la acción formativa sobre la mejora en la comunicación.
3. Que los participantes manifiesten en la encuesta una opinión positiva respecto a la incidencia de la acción formativa sobre la mejora en el ambiente laboral
4. Que los participantes manifiesten en la encuesta una opinión positiva respecto a la incidencia de la acción formativa sobre la satisfacción personal
5. Que participen en el taller al menos el 75% de los componentes del equipo.

UNA DÉCADA DE COMITÉS DE ATENCIÓN AL DOLOR. MEJORANDO LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE UN SERVICIO DE SALUD

MARÍA PAZ PALOS ZORRILLA; CRISTINA NAVARRO ROYO; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ

DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17483

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Comités de atención al dolor se constituyeron con el objetivo de mejorar la cultura, promover la información y la formación sobre la evaluación del dolor y los tratamientos e identificar áreas de mejora. Transcurridos 10 años desde su implantación, se hace necesaria una revisión de su evolución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir las líneas de trabajo de los Comités de Atención al Dolor a través de los objetivos anuales establecidos en los hospitales y conocer resultados destacables alcanzados en los últimos años.

Metodología

Estudio observacional en el que se describen retrospectivamente las actuaciones realizadas en la última década.

Análisis de resultados y evolución en los objetivos institucionales durante los años 2013-2022 valorando los siguientes aspectos:

1. Medición del dolor.
2. Actuaciones para el despliegue de la mejora de la atención al dolor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1.-Medición del Dolor.

Para prestar una adecuada atención al dolor, la medición y registro del mismo es fundamental. Este objetivo se incluye en los contratos de gestión desde el año 2013, solicitando al inicio alguna actuación en este sentido, extendiéndose posteriormente como obligatorio a determinados servicios, y desde el año 2021, midiéndose como una constante más.

Actualmente, el 92% de los pacientes atendidos en el hospital, tienen registro en su historia clínica de la medición del dolor con una escala validada de valoración.

2.- Actuaciones para el despliegue de la mejora de la atención al dolor.

Las actuaciones llevadas a cabo también han ido variando a lo largo de los años, incluyendo:

- Realización y actualización de protocolos (dolor agudo, crónico, en población vulnerable...), con un cumplimiento entre un 97-100%
- Mejora de la continuidad asistencial, primero con actuaciones de coordinación entre niveles y desde el año 2017 con la incorporación de un profesional de Atención Primaria a los Comités de Atención al dolor de los Hospitales, meta conseguida en el 97% de los centros.
- Promover la participación de los pacientes, pasando de revisar resultado encuestas o elaborar material formativo a solicitar que formen parte de grupos de trabajo o del Comité. En el año 2022 el cumplimiento fue de un 76%.
- Desarrollo de "Buenas prácticas". Cumplimiento en 2019 del 94% y avanzando al 97% en 2022.

Conclusiones

Se ha producido un avance significativo en las líneas de actuación que llevan a cabo los Comités de Atención al Dolor dentro de los objetivos institucionales en los hospitales trasladando a la actividad de los centros las líneas estratégicas de la organización.

La capacidad de alcanzar las metas propuestas, ha ido modulando los objetivos y el avance en la mejora de la atención de los pacientes con dolor.

La organización ha fijado la dirección y el sentido en el que trabajar, logrando consolidar algunos objetivos (medición del dolor mediante escalas de valoración, mejora de la continuidad asistencial...), aunque se requiere mantener el esfuerzo para mejorar algunos resultados.

DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO

ANA CERRADA CUESTA; MARÍA JOSÉ DURÁ JIMÉNEZ; DELICIAS QUINTANA ESTELLES; PILAR GOMIS; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ; ÁNGEL TEJIDO SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17509

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La publicación de un Decreto de la CCAA indicando la obligatoriedad de tener un plan de seguridad detallado y desplegado en la institución, junto al hecho de estar en periodo de diseño de la nueva estrategia de la institución, así como de un proceso de traslado a un nuevo hospital y el cambio de responsables de la gestión de la calidad, supuso la tormenta perfecta para el diseño disruptivo de un plan de despliegue de la estrategia a toda la institución. En esta presentación queremos presentar la manera en que estamos actualmente realizando este cambio cultural y organizativo drástico, pero absolutamente necesario, ya que pensamos que pudiera ser de utilidad para otras instituciones y profesionales que se encuentren en un proceso similar de transformación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desplegar de manera efectiva la estrategia de seguridad a todos los niveles de la institución. Se diseñó un plan de seguridad que se distribuyó y difundió ampliamente en la institución, previo al nombramiento del Responsable Institucional de Seguridad del Paciente, un facultativo y una responsable de enfermería, ambos asistenciales. Se creó un grupo de seguridad básico para el despliegue efectivo y se decidió trabajar de acuerdo a tres niveles.

Líneas estratégicas generales: Principios generales de todas las actuaciones incluidas dentro del plan. Los responsables del despliegue de estas líneas de estrategia serían la Dirección, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, los Grupos de Estrategia del nuevo hospital, la Atención al Paciente, la Formación Continuada, la Docencia y el Instituto de Investigación.

Despliegue de la Estrategia: Centrado en el Paciente y en los procesos: Paciente quirúrgico; Urgencias; Cuidados Críticos; Obstetricia y Ginecología; Pediatría; Salud Mental; Hospitalización; Atención Ambulatoria. Dentro de cada proceso se realizará un mapa de riesgos. Los responsables directos de esta estrategia serían los grupos de proceso y/o los grupos de seguridad del paciente establecidos dentro de cada uno de ellos.

Líneas de acción: Incluyendo las propuestas dentro de la estrategia de la Consejería de Sanidad s. La responsabilidad a este nivel se desarrollará por diferentes comisiones dentro del hospital coordinadas con los grupos de proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A lo largo de los dos últimos años de despliegue se han logrado varios hitos importantes:

- Nombramiento de un responsable institucional de seguridad del paciente
- Nombramiento de una responsable de enfermería de seguridad del paciente
- Creación de un grupo de trabajo para el despliegue de la estrategia
- Coordinación entre los grupos de proceso y la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios
- Identificación y nombramiento implícito de los responsables/referentes de seguridad del paciente en los diferentes servicios y unidades
- Formación de más del 75% de los referentes de seguridad identificados
- Listado de los grupos de trabajo de seguridad del paciente y coordinación con la UFGRS

PROYECTO PARA MINIMIZAR EL IMPACTO DE LAS INTERRUPCIONES EN EL DESARROLLO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MAGDALENA GARCIA OLIVÉ; MARTA HERNÁNDEZ ANADÓN; NEREIDA GONZÁLEZ GARCIA; RAQUEL CIVIT MARTIN; M. ISSAM EL MESNAOUI; CARME CLAVELL CLOFENT

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EL MORELL// CATALUÑA

ID: 17696

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las múltiples interrupciones en las consultas de los profesionales sanitarios, disminuyen la calidad de la atención a los usuarios, provocando un aumento del tiempo de espera, del riesgo de incidentes de seguridad del paciente y la alteración de los flujos de trabajo. Des de la Covid han aumentado las vías de comunicación de entrada al profesional. La heterogeneidad en el criterio de motivación de la interrupción a los sanitarios, interrupciones duplicadas, que no se dimensiona el tiempo de la interrupción y el poco tiempo en común de los profesionales, nos hizo reflexionar y trabajar para disminuir las interrupciones durante la asistencia a nuestros usuarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La recogida de datos de las interrupciones, la realizó cada profesional sanitario con una hoja de registro durante su jornada. Sin informar a los compañeros y se traspasaron los datos a un formulario compartido (Forms). Se procedió a pasar una encuesta inicial a los profesionales sanitarios, para obtener las preferencias sobre el tipo de interrupciones y su percepción, obteniendo un mapa de calor de esta. De los datos obtenidos de realizó un Ishikawa y se procedió a elaborar un plan de mejora de las interrupciones y su implementación en el equipo. Se realizó una prueba piloto en uno de nuestros consultorios rurales de la figura del administrativo de cabecera, que gestionaba la demanda de los usuarios presenciales. Se estandarizó el tiempo en común de los profesionales, indicando que las interrupciones demorables que no requieren una atención inmediata, se realizaran al final de la jornada laboral. El profesional sanitario que atendía las incidencias del día, debía de tener abierta la aplicación interna de xat, para que el resto del equipo pudiera comunicarle sin tener que utilizar otras vías y evitar duplicidades. Las demandas que necesitaban una atención inmediata se comunicarían según nuestro Plan de comunicación interna que describe el algoritmo de comunicación y las vías a utilizar. Y finalmente, derivar las llamadas telefónicas de los consultorios rurales al centro donde están los administrativos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la situación inicial se registraron 245 interrupciones. Se observó una diferencia de los tipos de interrupciones, entre los consultorios rurales y los profesionales del centro de salud y entre los diferentes estamentos, médicos/enfermeras.

Posteriormente se volvieron a recoger datos de los tipos de interrupciones y de la percepción de los profesionales para evaluar este proyecto de mejora. Se observó un cambio en los diferentes tipos de interrupciones, no en el número y si en la percepción de los diferentes profesionales, médicos/enfermeras. Obtuvimos un mapa de calor, de la percepción de nuestros profesionales, que nos mostró los puntos de mejora.

TRANSPARENCIA EN EL MODELO DE GESTIÓN: CONFIANZA, MOTIVACIÓN Y PERTENENCIA

ANTONIA PEÑA DEL RÍO; M^a CARMEN IZCARAY GARRIDO; ZORAIDA GONZÁLEZ SALMERÓN; M^a NIEVES PERALTA PALERO; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14435

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Uno de los aspectos fundamentales para la implicación del personal en los equipos de trabajo y la potenciación de su pertenencia a la Unidad de Celadores es darles a conocer, con el mayor grado de transparencia posible, todos los mecanismos de gestión por los que se rige nuestro departamento y su fundamentación razonada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo, pues, es implementar iniciativas para transmitir nuestro modelo de gestión con claridad y transparencia en todos sus aspectos, para conseguir la suficiente motivación y sentido de pertenencia de todos los integrantes de nuestro colectivo.

La metodología empleada para ello, ha sido:

- Implementación de acciones formativas en las que se incluye el conocimiento de nuestro modelo (basado en el análisis de datos para la toma de decisiones), esto permitirá no solo justificar el por qué de la recogida de datos diaria que se les pide, sino eliminar cualquier sentimiento de control y fomentar sugerencias y aportaciones. Asimismo, el porqué de los sistemas de libranza y los objetivos de cumplimiento de la Unidad y la importancia de sus aportaciones.
- Plasmación en Intranet de nuestros procesos y protocolos, todo el material formativo y otras informaciones de su interés (acuerdos y pactos, listados y su orden de prevalencia frente a solicitudes de cambio de turno o sistema de libranza, etc.)
- Correos masivos donde se difunden actualizaciones de procedimientos y otras informaciones de su interés.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2016-2022:

- Se constata un aumento en la satisfacción de la plantilla: de 24 reclamaciones a la Unidad en 2016 hechas por celadores, peluqueras y conductores, se ha llegado a 0 en 2022.
- Se rebasaron las expectativas de participación: se han realizado más de 400 sugerencias y aportaciones tanto en diferentes acciones formativas como en concursos de ideas.
- Se han implementado varias ideas de los celadores, lo que a veces ha supuesto importantes mejoras en cuanto a optimización del trabajo y del gasto (por ejemplo, una sugerencia sobre reposición de camas ha supuesto una optimización de 500.000 € al año).

Se puede concluir que:

- Tenemos un colectivo muy implicado en las operativas que le atañen, así como en la participación en varios aspectos transversales de nuestro hospital.
- Existe una confianza de base fundamentada en la claridad y los datos, incluso aunque exista desacuerdo personal.
- Hay un alto sentido de pertenencia y motivación en la gran mayoría de los integrantes de la Unidad de Celadores.

MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DEL INVENTARIO ANUAL DE FARMACIA MEDIANTE LA OPTIMIZACIÓN DEL ALMACÉN DE MEDICAMENTOS

JAVIER IBAÑEZ CATURLA; MARÍA DEL CARMEN ORTEGA LÓPEZ; REBECA NAVARRO RANSANZ; ANA BELÉN FERNÁNDEZ GARCÍA; MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ; JOSEFA LEON VILLAR

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14808

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El inventario anual de Farmacia es un proceso que consume tiempo, recursos e implica a varios estamentos del personal, y debe realizarse sin perjuicio de la actividad asistencial hospitalaria del centro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es mejorar la calidad procedimental del proceso de inventario anual que se realiza como parte de la auditoría al servicio de Farmacia.

Se realizó una entrevista detallada sobre posibles mejoras a técnicos, enfermeros y farmacéuticos participantes del proceso para evaluar oportunidades de mejora. Con esta información, se diseñó una mejora del plan de inventario del almacén principal. Las consideraciones en cuenta para el mismo fue que el contaje permitiera reponer los Kardex (carrusel de medicamentos) verticales lo menos posible durante los días del inventario y que la dispensación de medicamentos no interfiriera con la auditoría durante este periodo temporal. Se volvió a realizar una entrevista a todos los grupos implicados sobre la conveniencia de las medidas tomadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se desarrolló un nuevo PNT detallando los pasos ordenados a realizar desde un mes previo al contaje, con fechas exactas para los pedidos y comunicaciones a los distintos servicios. Se desarrolló una herramienta ofimática que cruzaran informáticamente los datos del stock activo de Kardex cruzándolo con los consumos, de manera que se repusiera únicamente de manera selectiva aquellos medicamentos sin suficiente stock. En el contaje de medicamentos, la lista de líneas postergadas hasta el último día para no interferir con la dispensación, se incluyeron aquellos con mayor número de movimientos y gran volumen cuya reposición en Kardex no es suficiente para aprovisionar. Se incluyeron también aquellos productos externos al Kardex activos tres días antes de la auditoría. Todos los grupos implicados en la auditoría convinieron en la pertinencia de las medidas tomadas.

Realizar medidas de mejora organizacional disminuye el tiempo dedicado a tareas evitables, como el contaje repetido o la reposición, y aumenta la satisfacción del personal.

TRANKILIA: HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO MEDIANTE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC)

JOSÉ MARTÍN RODRÍGUEZ; MARÍA JOSÉ VICENTE PÉREZ; MARIA DOLORES MEROÑO RIVERA; NURIA ENCARNACIÓN AYALA SANCHEZ; MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ RUIPÉREZ; JUAN ANTONIO SÁNCHEZ-CASTAÑOL CONESA

COMP.H.U.CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15054

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Todo proceso asistencial puede generar determinada ansiedad en un paciente pediátrico, como respuesta emocional surgida ante una situación percibida como un hecho que puede hacer peligrar su integridad; sea éste, una amenaza real o no. Entre las causas que generan esos episodios de ansiedad destacan: miedo a un entorno extraño; miedo a la separación paterna; miedo a sufrir dolor o la incomprensión que surge ante la situación dada. Especificadas sendas apreciaciones, señalar que la RSC y la capacidad de respuesta social en la atención de la salud implican una nueva dimensión de la asistencia y de patrones organizativos de buen gobierno. Siendo conscientes de la escasa normativa existente sobre este modelo de gestión integral en nuestro país y que, centrados en el sector salud no hay ninguna regulación sobre RSC, sigue siendo mero voluntarismo; describimos el proyecto realizado en el servicio de urgencias de nuestro centro sanitario, con la convicción que un entorno adaptado al paciente pediátrico aminora sus niveles de ansiedad ante el miedo a lo desconocido.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general del proyecto fue el de avanzar en la estrategia de mejora de la Humanización en un servicio de urgencias pediátrico. Los objetivos específicos son: Aminorar el estrés físico y emocional del paciente pediátrico y de sus familiares.

Fomentar acciones que mejoren el bienestar de los pacientes pediátricos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se diseñó un plan de trabajo caracterizado por la formación de un equipo de profesionales comprometidos con el proyecto. Uno de estos profesionales se encargó de contactar con una entidad privada que, mediante su departamento de RSC, creó una alianza de colaboración con nuestro centro sanitario. Con la idea inicial de conformar un entorno adaptado al paciente pediátrico, se realizaron varias reuniones entre los responsables de la empresa e integrantes del equipo del centro sanitario, en la que se acordó que esta empresa, mediante su departamento de RSC, asumiría los gastos totales de la implementación del proyecto: diseño, materialización y puesta en marcha. Mediante la metodología Design Thinking, se determinó que la mejor forma de adaptar el entorno del servicio de urgencia pediátrico, era la utilización de vinilos en todos los elementos estructurales des esa parte de la edificación. Se han cubierto todas las paredes, techos, puertas y ventanas/mamparas existentes en el servicio de urgencias pediátrico, con vinilos que siguen una línea argumental infantil en la que la selva ("Trankilia"), es protagonista principal en la que los animales que la habitan llevan al paciente pediátrico a un mundo de fantasía y aprendizaje. La implementación de este proyecto supone unos hechos diferenciadores que se interrelacionan necesariamente: - Creación de un entorno más próximo y entretenido para los pacientes pediátricos en el servicio de urgencias. - Reducción de los niveles de ansiedad y/o miedo que los pacientes pediátricos puedan mostrar durante su estancia en el servicio de urgencias.

RONDAS DE SEGURIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS: EVALUACIÓN INICIAL PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE PRÁCTICAS SEGURAS

MARÍA DE LA SOLEDAD RUIZ DE SAN MARTÍN¹; SALVADORA SÁEZ MIRAVETE¹; MARÍA ESTHER MARTÍNEZ CONESA¹; MARINA ASENSIO RODRIGUEZ²; MARCOS MARTÍNEZ VIVANCOS³; BELEN MARTÍNEZ SÁEZ¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA,

³ASOCIACIÓN MURCIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15383

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de enfermería efectuados durante la atención sanitaria en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), requieren de una elevada cualificación tecnológica, lo que podría subestimar la realización de los cuidados básicos. Por ello la probabilidad de aparición de eventos adversos asociados aumenta, pudiendo generar una variabilidad de daños en el paciente, desde leves a otros de mayor gravedad y en determinados casos, incluso la muerte. La importancia de la implementación de rondas de seguridad internas reside en concienciar a los profesionales de estas unidades sobre las posibles causas que interfieren en el cuidado, con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente crítico mediante la realización de prácticas seguras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Realizar un seguimiento de cumplimentación de prácticas seguras detectando aquellas potencialmente inseguras. Fomentar la cultura de seguridad y buenas prácticas en UCI.

En cuanto a la metodología, realizamos un estudio inicial retrospectivo observacional en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, del total de 27 boxes disponibles, desde febrero a mayo de 2023, utilizando la técnica de muestreo por conveniencia. Aleatoriamente una vez al mes se ha realizado la recogida de los datos correspondientes a unos ítems previamente consensuados por el equipo de trabajo, en base a la observación previa de un bajo cumplimiento de los mismos, calculándose los porcentajes de cumplimiento de dichas variables.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante este primer periodo de estudio, la muestra de pacientes ingresados ha sido un total de 71. El resultado obtenido expresado en porcentajes de cumplimiento es el siguiente: pulsera identificativa 92,31%, sujeción de la sonda nasogástrica 96,43%, sujeción de la sonda vesical 67,39%, medicación precargada en los mostradores de los boxes 73,24%, fecha rotulada y cambiada cada 96 horas en los sistemas de perfusión 42,25%.

En conclusión, detectamos un déficit de cumplimiento en los ítems observados durante la realización de rondas de seguridad del paciente, posiblemente por: falta de conocimiento de los procedimientos y protocolos, rotación frecuente de plantilla, sobrecarga de trabajo, agotamiento físico y mental tras la pandemia...

Teniendo en cuenta que las rondas de seguridad contribuyen a la detección de prácticas inseguras, ayudan a disminuir los riesgos en la atención de salud y mejoran la calidad asistencial a los usuarios, podría ser importante implementarlas con pequeñas sesiones clínicas, motivacionales y píldoras formativas, que favorezcan y refuercen el interés de los profesionales, de tal manera que garanticen la seguridad y calidad en las prácticas de los cuidados básicos.

La importancia que puede tener sobre la seguridad del paciente, nos preocupa y nos motiva a continuar trabajando en aras de una mejora de la calidad asistencial.

SONDEO DE LA SATISFACCION COMO CLIENTES INTERNOS. LA IMPORTANCIA DE LA RELACION INTERESPECIALIDAD EN UN HOSPITAL

OSCAR CRUZ SALGADO; MERCEDES ROMAN FUENTES; NATALIA CASASOLA LUNA; CARMEN BARROSO GUTIERREZ; LUIS CARLOS GARCIA GOMEZ; CARMEN SEGURA SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA// ANDALUCÍA

ID: 15393

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de sondear sobre la satisfacción interna entre Unidades hospitalarias, los llamados "clientes internos" se antoja necesario para crear un tejido conectivo fuerte en la relación que las distintas especialidades tienen entre si y poder así focalizar en mejorar aquellos aspectos que se manifiestan como debilidades. Una adecuada relación y comunicación entre especialidades favorece entornos más seguros, efectivos y resolutivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se seleccionaron una serie de especialidades diana sobre las que otros servicios del hospital iban a opinar. Se creó la tabla de participantes, cerrando quienes eran los encuestados a través de un cuestionario telemático.

Los ítems sondeados en una valoración de si/no y 1- 5 fueron:

1. El tiempo de respuesta
2. La resolución/facilidad para resolver el motivo de consulta
3. El trato del personal de la Unidad
4. Es fácil contactar con los profesionales
5. Los horarios
6. Identificados los teléfonos según el área con el que quiera contactar
7. La gestión de trámites con la Unidad es ágil.
8. Los cauces y trámites para relacionarse con la Unidad son conocidos
9. Colabora en la elaboración, implantación de guías clínicas y protocolos
10. El contenido de los informes y documentos son emitidos de manera clara y comprensible
11. Participación de los profesionales en Comisiones Hospitalarias y/o otros Grupos de Trabajo
12. La fiabilidad que le aportan los resultados emitidos
13. La calidad de los informes emitidos
14. La adecuación de la cartera de servicios y tecnologías a la demanda de las unidades asistenciales
15. El tiempo de emisión de informes
16. La capacidad de respuesta de peticiones urgentes
17. El circuito de recepción de muestras y/o solicitudes
18. La disponibilidad y difusión de Guías de Práctica Clínica en relación a procedimientos mas frecuentes
19. El uso de protocolos de actuación consensuados
20. El plan de actuación ante resultados no esperados
21. Respuesta de los profesionales de la Unidad ante una propuesta de colaboración en estudios de investigación
22. Valore de 1(mínimo) a 5 (máximo) su nivel de Satisfacción global

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En una transferencia de escala de 1-10, el promedio de la satisfacción de las Unidades fue de un 7,22. Las valoraciones se movieron desde el 5,08 (servicio con un amplio margen de mejora) y el 8,46.

Si bien los resultados de cada unidad deben analizarse de forma individual se constató una debilidad transversal en los ítems 19-20-21.

Continuar con esta sistemática de satisfacción dirigida hacia y por los propios servicios sondeando sobre todos los servicios va a permitir tener un mapa global del hospital que permitirá a las direcciones asistenciales conocer el clima laboral y su interrelación.

El Hospital no es una estructura física, rígida y compartamentalizada, sino orgánica y viva, las organizaciones deben sondear sobre su forma de interrelacionarse entre ellos y esto es fundamental para una mejor gestión del mismo.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA. IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

FAUSTINO GONZALEZ MENENDEZ; PATRICIA RUIZ RUIZ; RAQUEL PELAYO ALONSO; LORENA LASARTE ORIA; OFELIA COTERON GONZALEZ; MARIA PILAR GORTAZAR ARIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO "MARQUÉS DE VALDECILLA"// CANTABRIA

ID: 15638

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Existe una brecha entre los resultados de investigación y su aplicación en la práctica clínica. La Organización Mundial de la Salud afirma que el tiempo medio de esa vigencia efectiva supera los 17 años. El uso de Guías de Práctica Clínica ayuda a disminuir esos tiempos apoyando a los pacientes ya los profesionales a tomar decisiones sobre la atención sanitaria. Estas guías no solo describen la atención apropiada, sino también la atención inapropiada o la atención sobre la que la evidencia científica y el consenso son dudosos. El Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia® o BPSO® (CCEC®/BPSO®). Se busca fomentar, facilitar y apoyar la instalación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basado en las Guías de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). En 2022, nuestro hospital se designó como Candidato a CCEC®/BPSO®, implantándose 3 guías RNAO: Fomento Lactancia Materna, Valoración del Dolor y Acceso Vascular.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir el impacto de la estrategia de implantación en nuestro centro durante el primer año.

5 estrategias: 1. Mantener una estructura organizativa que soporte el funcionamiento del programa. 2 Fomentar el sentido de pertenencia, dar visibilidad. 3. Participación comunicación y difusión. 4. Fomentar el cambio y aumentar el conocimiento. 5 Feedback con los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Implantación en 11 unidades. Creación de un Comité estratégico y 3 grupos de implantación multidisciplinares (43 profesionales); 73 impulsores con funciones específicas. 2. Participación en 3 actos de presentación general, 1 entrevista y 1 noticia en la prensa. Reconocimiento por la Comisión de Formación Continuada de las reuniones de los grupos. Cartelería en las unidades piloto. 3. Recursos compartidos internos en la nube. Creación de Redes Sociales y espacios web propios. Sección en boletines informativos del hospital. 4. 4 actividades formativas: 118 personas formadas, 608 horas formación. Diseño de 3 proyectos de investigación relacionados con las guías. Actualización de protocolos y procedimientos. 5. Auditoría semestral de los datos evaluados. Edición mensual a las unidades piloto con sus resultados. Pacientes evaluados junio 2022- marzo 2023 (cortes cada 3 meses). Dolor: 242 pacientes, 60 años media, valoración al ingreso: 52%-65%-64%; dolor en alguna valoración: 44%-30%-52%. Lactancia Materna: 487 pacientes, 33,5 años media; valoración lactogénesis etapa 1: 30%-40%-49%; lactancia materna exclusiva durante el ingreso: 65%-63%-70%; tasa abandono durante el ingreso: 2%-4%-5%.

Aunque llevamos poco tiempo de implementación del programa, consideramos que puede ser una oportunidad de generar el cambio e impulsar la Práctica Basada en la Evidencia en nuestro hospital.

¿FUNCIONA EL CIRCUITO DE PACIENTES CITADOS PARA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA?

TERESA PIQUERAS GADEA; ANGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO; LUCIA JORQUERA MUÑÍZ; MARÍA ÁNGELES PÉREZ PÁSTOR; ANTONIA PRIOR MONSERRATE; JOSE ANTONIO GARCÍA MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 16048

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El proceso quirúrgico es complejo, implica la coordinación entre diferentes profesionales y optimizar el tiempo para cada uno de los subprocesos que lo conforman. Ajustar el tiempo de entrada del paciente en quirófano es fundamental para poder realizar de forma eficiente el parte quirúrgico programado, evitando demoras que repercuten tanto en la satisfacción de los pacientes y profesionales como en el rendimiento quirúrgico.

Para poder valorar la eficiencia del circuito de admisión, traslado y recepción en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se tiene que disponer de medidas de tiempo y cuantificar los recursos utilizados con el objetivo de disminuir los tiempos no productivos de todo el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar el funcionamiento del circuito de ingreso de pacientes CMA.

La metodología utilizada fue un estudio de nivel de calidad: hora de llegada del paciente a la sala de espera de CMA. Dimensión estudiada: Accesibilidad.

Tipo de datos: Estructura (tiempo)

Indicador: % de pacientes que llegan a CMA antes de las 7:55h.

Criterio: Hora de llegada a sala de espera de CMA acompañados por un celador. Unidades de estudio.

Pacientes programados en primer lugar en el parte quirúrgico con ingreso en CMA. Periodo de tiempo: 7:45 h a 8:00h (15 minutos)

Fuente de datos: Observación directa.

Identificación y muestreo de las unidades de estudio: Marco muestral: unidades de estudio evaluadas durante 3 semanas (15 días hábiles). Método de muestreo: muestreo de conveniencia.

Tipo de evaluación: interna, cruzada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

* Muestra: 88 pacientes.

* Pacientes día que llegan a sala de espera de CMA antes de las 8:00h: Promedio 6. El número mínimo de pacientes día es de 3 y el máximo 8, moda: 8.

* Pacientes día que llegan a sala de CMA antes de las 7.55h. Promedio 4. El número mínimo de pacientes día es de 2 y el máximo de 7, moda: 5.

* Promedio de llegada a sala de espera de CMA : 7:53. Hora mínima de llegada. 7:48h. Hora máxima de llegada. 7:59h. Moda: 7:54.

* De los 88 pacientes, 65 (74%) llegaron a la sala de espera de CMA antes de las 7:55.

Algunos factores como pueden ser la inasistencia o retraso en la llegada de los pacientes al mostrador así como limitaciones en la movilidad (personas de edad avanzada, sillas de ruedas, andadores...) pueden influir en la demora de llegada de los mismos a la sala de espera.

Conclusiones

Existen las condiciones necesarias para dar un servicio de calidad. La apertura de los mostradores a las 7:45h y la disponibilidad de 4 celadores en el punto de admisión permite la llegada a la sala de espera de CMA de pacientes (promedio de 4 pacientes al día antes de las 7:55h) para iniciar la actividad en CMA antes de las 8:00h.

El 74% de los pacientes incluidos en el estudio llegaron antes de las 7.55h a la sala de espera. El circuito funciona.

SEGUIMIENTO DE GUÍA REGIONAL DE USO DE ANTIBIÓTICOS EN INFECCIONES URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIANO GARCÍA LOPEZ; MARÍA ESPERANZA MOLINA CARRASCO; CRISTINA N. ESTEBAN LLORET; ISABEL MARÍA REINA NICOLÁS; SARA RAMOS LOPEZ; SARA SÁNCHEZ AROCA

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17019

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los programas de IRAS-PROA, para pautar el tratamiento inicial de las infecciones, se recomienda seguir las guías vigentes. De esta forma se adecua el tratamiento empírico a las indicaciones de expertos y se homogeniza el uso de determinados antibióticos. El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de adecuación del tratamiento antibiótico pautado en Urgencias en infecciones urinarias y tras medidas de mejora, volver a medirlo un año después.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se trata de un ciclo de mejora con una evaluación inicial, medidas de mejora y reevaluación. La población de estudio la componen pacientes vistos en urgencias en las dos primeras semanas de abril de 2022 y 2023 con diagnóstico de infección urinaria. Se han recogido datos sobre destino al alta, tratamiento prescrito, adecuación a guía en tipo de antibiótico, vía de administración, dosis y duración del tratamiento. La toma de datos ha sido realizada por adjuntos del mismo servicio (evaluación interna) y se ha considerado adecuado o no el tratamiento en base a las recomendaciones de la guía regional hospitalaria de terapéutica antimicrobiana en adultos de 2021. Tras la evaluación inicial se comentaron los datos en sesión clínica y la guía se puso más accesible para una consulta rápida. Para comparación de cumplimiento de criterios se ha utilizado el test de la Chi cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han evaluado inicialmente 140 casos y 71 en este año. En 2022, 23 casos (16.4%) se debían a infección de vías altas (pielonefritis) y el resto, de vías bajas. En 2023 este porcentaje era del 12,7%.

En cuanto a la adecuación a la guía en la elección del antibiótico, en la evaluación inicial fue del 31.4 ($\pm 19,5\%$) y pasó al 54,9% ($\pm 11,6\%$) con mejora estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La dosis correcta según guía fue del 27,1% ($\pm 7,4\%$) en el año pasado y del 47,9% ($\pm 11,6\%$) este año. También la diferencia ha sido estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Antibiótico, dosis y duración correcta según guía, ocurrió en el 2022 en el 20,7% ($\pm 6,7\%$) y en el 29,6% ($\pm 10,2\%$). En este caso no se ha evidenciado diferencia significativa

En el caso de las pielonefritis, la adecuación completa a guía se dio en el 34,7% ($\pm 19,5\%$) de casos en 2022 y en el 77,8% ($\pm 27,6\%$) en este año, siendo estadísticamente significativa la diferencia ($p < 0,01$).

En el 88,6% de casos se había solicitado urocultivo correctamente en 2022 y este año en el 90.1%.

Conclusiones

Ha habido una mejora significativa de la adecuación a la guía, que ha sido más evidente en las infecciones más graves.

SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

LETICIA MULLER GARCIA¹; LAURA ALFARO CADENAS²; MARTA GONZALEZ CONTRERAS³; BIBIANA NAVARRO ARQUED⁴; ALVARO MORENO PEREZ⁴; ADRIANA CERCAS DUQUE⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION JIMENEZ DIAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17146

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la C. de Madrid estipula que la promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios es uno de los principios rectores del Sistema Sanitario de la C. de Madrid. En este sentido, la Consejería de Sanidad ha impulsado la seguridad del paciente como objetivo institucional en sus unidades directivas y en todos los centros sanitarios desde el año 2004. Algunas iniciativas para el impulso de la seguridad en la prestación sanitaria del Servicio Madrileño de Salud son la creación en 2004 del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, tres Estrategias de Seguridad del Paciente y la creación en 2017 del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. En este sentido, se establece como requisito obligatorio en el Decreto 4/2021 sobre Requisitos Obligatorios de Seguridad del Paciente en la C. de Madrid, la obligatoriedad por parte de los Hospitales de la C. de Madrid de disponer de un Plan de Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objeto del Plan: El Plan de Seguridad del Paciente se constituye como una herramienta de planificación operativa que recoge la implantación de elementos organizativos y herramientas que permitan mejorar la seguridad de los pacientes y la consolidación de la cultura de seguridad en el centro. Su contenido viene regulado por el DECRETO 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Su propósito, por tanto, es proporcionar un marco para la reducción los daños evitables en la atención prestada en el hospital, mediante la gestión de los riesgos asociados y la mejora continua de la seguridad del paciente. Este enfoque incluye:

Impulso desde la Dirección Gerencia y Direcciones asistenciales Promoción de la cultura proactiva y sistemática hacia la prevención

Toma de decisiones en base al análisis de datos y en la evidencia científica

Búsqueda de mejoras sostenidas basadas en comparaciones con otras organizaciones

El plan incluye 13 líneas estratégicas y por cada línea definida en el Plan, se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar por cada línea estratégica que se encarga de realizar el seguimiento de las acciones previstas para los próximos 4 años que abarca el Plan (2022-2025), abordando la planificación y el desarrollo de las mismas, siguiendo el cronograma establecido.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Cumplir con un requisito legal
- Dotar al hospital de una estructura y herramienta para la gestión de las acciones planificadas en el cronograma del Plan de Seguridad
- Implicar a todos los responsables en la participación de la consecución de las acciones previstas en el plan
- Generar cultura de seguridad del paciente entre los profesionales

EVOLUCIÓN DE LAS VIVENCIAS Y EMOCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA COVID

ROSA M^a SABATER-RAGA; ANDREU ALOY-DUCH; ELOÍSA MICÓ-REYES; DEMELZA MALDONADO-LÓPEZ; SARAY ALEN-GOBERNADO; CARME TUSQUELLAS-OTO

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17404

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Introducción

La aparición de la pandemia COVID-19 se convirtió en un problema global de salud. La afectación en la atención de enfermería, de entre todos los profesionales, constituyó un reto único e inmenso respecto a los cuidados directos, sobre todo al ser altamente transmisible de persona a persona. Se recibió con sentimientos de incredulidad e incertidumbre, que desembocaron en una situación descontrolada, desesperada y escalofriante. Frases como: "Me encuentro aislada de mi familia, y el traje me ahoga", o "Siento ansiedad al iniciar el turno, y me siento muy limitada en mi relación con el paciente".

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir las vivencias y emociones de los profesionales de enfermería, durante la asistencia de sus cuidados a los pacientes durante la pandemia COVID-19, en un hospital comarcal de referencia.

Metodología

El centro, un hospital general de referencia comarcal, dispone de 300 camas hospitalarias, atiende 100.000 pacientes anuales en urgencias, 19.000 en hospitalización, y 280.000 en consultas externas. En diciembre 2020, después de las 2 primeras olas, se realizó un estudio cuantitativo-cualitativo con el envío de una encuesta anónima, a través del correo electrónico, a los profesionales de enfermería. Se valoraron los siguientes ítems: magnitud de la pandemia, reacciones y sentimientos durante la pandemia, gestión y organización de los responsables de la institución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La encuesta se envió a 900 profesionales de enfermería. Se recibieron 250 respuestas (30%), el 90% eran mujeres de una amplia franja de edad, entre los 18-62 años; el 50% de enfermeras y el 50% de técnicas en curas auxiliares.

Cuantitativamente, en la 1ª ola destacó la sorpresa (8,4%) por la rapidez y la intensidad de la misma; destacando los sentimientos del miedo asistencial (54%) y el riesgo de contagiar a la familia (68%). En la 2ª ola, el 95% de los profesionales ya esperaban el repunte con predominio, en ésta, del cansancio (72%) y del desánimo (68%). La opinión de los mandos y responsables evidenció en la 1ª desbordamiento, desorientación y preocupación (69%), mientras que en la 2ª destacó la mejora en la toma de decisiones y resolución de conflictos (53%).

Cualitativamente, en la 1ª destacaron sentimientos negativos (76%) y positivos (28%), con cambios en la valoración global pasando de positivo (solidaridad y orgullo profesional individual y grupal,) a negativo en la 2ª (desmotivación, cansancio tanto físico como mental y deseo del retorno a la normalidad).

Conclusiones

El desconocimiento sobre la enfermedad provocó sentimientos de impotencia profesional, que en muchos casos derivaron en la inseguridad y miedo a no ser capaz de dar la respuesta adecuada esperada. Los profesionales han necesitado y precisan seguir notando el reconocimiento de su trabajo por parte de los propios profesionales, de los responsables de gestión, así como del propio paciente y de la sociedad.

EVALUACIÓN DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA CON ACREDITACIÓN DE CALIDAD

JESÚS CAMPOS ALBERT; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS; MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; MARIA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17671

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Sin embargo, la obtención del consentimiento no está tan arraigada en algunos actos médicos que, si bien se pueden considerar menos invasivos, no están exentos de complicaciones y en algunos casos pueden suponer conflictos éticos, no solo por no respetar el derecho a ser informado y poder decidir de los pacientes, sino por entrar en controversia con principios religiosos, como en el caso de recibir una transfusión de hemoderivados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde el sistema de gestión de calidad de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se pone especial interés en obtener el consentimiento informado por escrito previo a los tratamientos y procedimientos que así lo necesitan y, además, que dicho consentimiento se digitalice para ser incorporado a la historia electrónica del paciente, para facilitar su acceso durante la hospitalización.

Se ha realizado una revisión de los datos obtenidos durante el año 2022, recogiendo los pacientes que durante su ingreso en nuestra UCI han precisado de transfusión de hemoderivados. Se ha comprobado si en estos casos se ha obtenido previamente el correspondiente consentimiento, teniendo en cuenta las siguientes particularidades del procedimiento:

- Se consideran exentos aquellos casos en los que se tratara de una urgencia vital.
- Se considera válido el consentimiento verbal, siempre y cuando estuviera reflejado en la historia clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras analizar los datos obtenidos, observamos que solo se cumplimentó el consentimiento en un 57,7% de los pacientes que recibieron una transfusión. Este valor se encuentra muy por debajo del objetivo ideal marcado del 85%.

Por otro lado, se valoró la digitalización del consentimiento, pudiendo observar que se realizó en un 51,43% de los mismos.

Aunque hemos excluidos los casos de urgencia vital, no siempre la situación de urgencia vital impide que el paciente no pueda recibir información y obtener consentimiento verbal, siendo ésta una cuestión abordable en el futuro dentro de las intervenciones propuestas para mejorar el cumplimiento de este indicador.

A pesar de que los resultados de la revisión no son positivos, si que nos revela la importancia de disponer de un sistema de gestión de calidad en nuestro servicio, que monitoriza el cumplimiento de distintos indicadores, alertándonos así de oportunidades de mejora en aspectos que, sin ser puramente clínicos, sí que velan por el respeto al derecho de información e independencia de los pacientes a los que atendemos.

Además, nos permite iniciar intervenciones dirigidas a mejorar estos indicadores, como la formación de los profesionales que intervienen en el procedimiento y la centralización del proceso de digitalización de los mismos, mediante la secretaría del servicio, pudiendo así optimizarlo y mejorar los resultados.

¿QUÉ HACEMOS EN LA UNIDAD DE CALIDAD?: NUESTRO MAPA DE PROCESOS

DIEGO ALBERTO PÉREZ AMOR; JUAN MANUEL GONZÁLEZ LORENZO; ALICIA FERNÁNDEZ LÓPEZ; JULIANA MARTÍNEZ ESPIÑEIRA; BELÉN MILLOR SANESTEBAN (2); SILVIA LÓPEZ DÍAZ- ROBLES

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL// GALICIA

ID: 15257

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Muchas veces, cuando los compañeros o la gente en general, nos preguntan en dónde trabajamos, contestamos: en la Unidad de Calidad. La siguiente pregunta es: - ah, muy bien...¿pero qué es lo que hacéis? Con la definición de nuestro mapa de procesos, creemos poder dar respuesta a esta interesante duda y poner en valor el trabajo que realizamos.

Por otra parte, el trabajo de nuestra unidad de calidad, ha ido aumentando y se ha diversificado, asumiendo más responsabilidades y nuevos retos. En este contexto, hemos visto la necesidad de actualizar la definición de los procesos que actualmente realizamos, para poder dar un mejor servicio a nuestras partes interesadas y aprovechar la ocasión para dar a conocer el potencial que tiene una Unidad de Calidad dentro de una organización de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son:

Incluir nuevos elementos clave para la Unidad de Calidad en el mapa de procesos

Definir los procesos y representarlos para obtener una visión general de la Unidad de Calidad y mejorar la eficiencia del trabajo

Mejorar la comprensión de las actividades realizadas en la Unidad de Calidad por resto de la organización.

Metodología:

A partir de un documento que contenía un mapa de procesos de la Unidad de Calidad creado en el año 2014, el personal de la Unidad realizó sus aportaciones y opiniones sobre los procesos nuevos a incluir. A este documento tiene acceso todo el personal a través de una carpeta de red compartida en todos los ordenadores.

En una reunión posterior se realizó una puesta en común de todas las aportaciones y se definió el nuevo mapa de procesos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Creación de un mapa de procesos renovado y actualizado, incluyendo nuevos procesos estratégicos, operativos y de apoyo, que dan una visión general de la Unidad de Calidad.

Como conclusión, tras la actualización del mapa de procesos, nos hemos dado cuenta de la cantidad de actividades que realizamos en nuestra unidad que aportan valor y calidad a nuestro trabajo y a nuestra organización.

EVALUACIÓN Y MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE CONTENEDORES DE RESIDUOS BIOSANITARIOS TIPO III EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS

M^a REYES EGEA GARCÍA; SONIA MARTÍNEZ PLASENCIA; ANTONIO JOSÉ FUENTES MARTÍNEZ; MERCEDES GONZÁLEZ LÓPEZ; KAROLA DANAILOVA KUNCHEVA; SERGIO SÁNCHEZ ZAMORA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15261

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de Diálisis, tanto los dializadores como las líneas de conexión a los pacientes se eliminan en los contenedores de residuos biosanitarios tipo III. Se ha observado que a menudo además de este tipo de residuos, se echan muchos otros, que no son los indicados. También, hemos observado que los contenedores se llenan por debajo del nivel que deberían.

El tratamiento que se les da a este tipo de residuos, es muy costoso tanto a nivel económico como medioambiental, ya que son incinerados para su completa eliminación, el cual podría verse disminuido con un uso correcto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del ciclo de mejora realizado, pretende el uso adecuado de los contenedores biosanitarios tipo III de riesgo biológico, utilizándolos solamente para los residuos destinados a su uso, estableciendo unos criterios para evaluar la calidad.

La metodología empleada fue mediante un estudio observacional. Se realizó una evaluación inicial para medir el problema y así poder aplicar la mejora en el servicio. Seguidamente se instauró la medida correctora y finalmente, se hizo una reevaluación para ver el resultado obtenido con la mejora aplicada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la realización del análisis de los datos obtenidos, podemos objetivar una mejora en la utilización de los contenedores de riesgo biológico.

La significación estadística en la mayoría de los criterios es menor de 0,001, nos da una elevada probabilidad de evitar equivocarnos en la mejora.

En resumen, el ciclo de mejora nos ha ayudado a una óptima utilización de los recursos materiales, disminuyendo así el gasto de nuestro servicio y ayudando a la conservación del medio ambiente.

GESTION DE RESIDUOS PROCEDENTE DE LOS LAVADOS CONTINUOS EN RESECCION TRANSURETRAL EN EL S^a DE UROLOGIA

SONIA MARTINEZ PLASENCIA; M^aREYES EGEA GARCIA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15290

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Se observa una eliminación inadecuada de los residuos procedentes de los lavados continuos por intervenciones de RTU (resección transuretral) en un servicio de Urología. Las bolsas de diuresis de 4litros procedentes de los lavados continuos, se depositaban en contenedores biosanitarios tipo III (de bioriesgo), cuando no era el indicado para estos casos.

Dado el gran volumen generado de este tipo de residuos y que los contenedores se llenaban más de lo recomendado, esto conllevaba una sobrecarga física adicional a los encargados del transporte de los mismos lo que provocaba numerosas bajas por lumbalgia en estos trabajadores.

Por último , hay que añadir el alto coste que suponía al hospital la eliminación de estos residuos, no sólo tanto a nivel económico sino como la repercusión medioambiental por el tipo de tratamiento que llevan los mismos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del ciclo de mejora realizado, pretendía establecer un protocolo de eliminación de estos residuos adecuado a cada caso, siendo usados los contenedores biosanitarios tipo III (de bioriesgo), únicamente cuando el paciente tuviera enfermedades infectocontagiosas (VIH o hepatitis) además de contenedores de citotóxicos (azules), en caso de que al paciente se le hubiera administrado Mitomicina.

En el resto de casos, los residuos se habrían eliminado vaciando las bolsas de diuresis en un fregadero destinado para tal efecto. Para ello se colocaron unos soportes para estas bolsas, para poder realizar ese vaciado de forma segura.

La metodología empleada fue mediante un estudio observacional. Se realizó una evaluación inicial para conocer la situación de la que partíamos, Seguidamente se instauró la medida correctora y finalmente, se hizo una reevaluación para ver el resultado obtenido con la mejora aplicada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con esta medida, se ha conseguido disminuir en un 66% el volumen de residuos que iba a los contenedores de bioriesgo (rojos), pasando de generar 6000kg cada 3 meses, a generar 2000kg, en el último trimestre.

METODOLOGÍA LEAN Y DIGITALIZACIÓN, MEJORANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA EN MU

MANUEL JOSE MORENO RAMOS¹; LUIS FRANCISCO LINARES FERRANDO¹; FRANCISCO MARTIN RUIZ LAVELA²; JUAN ANTONIO GÓMEZ COMPANYY³; LUIS DE GONZAGA CONTRERAS ORTIZ³; GORKA ERRIKARTA SÁNCHEZ NANCLARES³

¹SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HCUV ARRIXACA, ²CENTRO DE SALUD LA ÑORA, ³SERVICIO MURCIANO DE SALUD. EDIFICIO HABITAMIA I// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15353

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) son la 2ª causa más frecuente de consulta médica en la Unión Europea, constituyendo el 10-20% de las consultas de Atención Primaria (AP). El 23% de la población española > 20 años refiere estar diagnosticada de alguna ERyME. Entre estas patologías se encuentran las Espondiloartritis (EspA), artritis con afectación axial y/o periférica cuyo retraso diagnóstico, de hasta 8 años en España, tiene consecuencias irreversibles a nivel estructural, provocando discapacidad funcional, impactando gravemente en la calidad de vida.

El especialista de AP es fundamental para acortar el retraso diagnóstico al ser la principal puerta de entrada de los pacientes al circuito asistencial. Se hace así necesaria la creación de grupos de trabajo que mejoren la continuidad asistencial y la coordinación entre Reumatología y AP.

En Junio 2020 se analiza el circuito asistencial de los pacientes con EspA del área 1 de Salud (HCUV Arrixaca), a través de un grupo de trabajo en el que participaron especialistas de AP y Reumatología y sistemas de información e innovación detectándose un retraso diagnóstico > 8 años.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Mejorar el circuito asistencial del paciente con EspA.
- Optimizar el manejo del paciente.
- Creación de estándar clínico-asistencial del proceso de derivación y pruebas complementarias.

Metodología de trabajo

Se utilizó Lean Healthcare para estandarizar y hacer más eficiente el proceso asistencial del paciente con EspA, poniendo al enfermo en el centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Creación de un consenso clínico para el Área Sanitaria 1 para la identificación del dolor lumbar en AP, así como las pruebas complementarias necesarias previas a su derivación.
2. Reducción del tiempo al diagnóstico y del número de pruebas complementarias.
3. Incorporación de la INP como herramienta de derivación y optimización del circuito asistencial del paciente de EspA. Entrada directa como primera visita en la consulta monográfica para pacientes derivados que cumplen el consenso clínico.
4. Reducción de la demora del paciente con EspA situándose por debajo de 45 días.
5. Extensión y aprobación del consenso clínico por los jefes de servicio de los hospitales de la Región de Murcia.
6. Tras consenso regional, se elevó al CARE la solicitud de digitalización de los criterios clínicos de lumbalgia inflamatoria en OMI como motivo de consulta en la derivación desde AP.

Conclusiones

1. La creación de algoritmos de derivación permite la identificación precoz de pacientes con EspA ayudando a acortar el retraso diagnóstico y abordar tempranamente esta enfermedad.
2. La incorporación de la INP ha mejorado tanto la derivación como el circuito asistencial y ha permitido la entrada directa del paciente en la consulta monográfica de EspA.
3. Es crucial potenciar el modelo colaborativo entre Atención Primaria y Reumatología en el abordaje precoz de la patología articular inflamatoria y sistémica.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

MARÍA DE LA LUZ BRAVO - FERRER MORENO; ÁNGELA ALONSO GARCÍA; ANDREA BLESA JIMENEZ; CARMEN BELÉN OTERO ALONSO; MARÍA ALEJANDRA ASENSIO RUIZ; MARÍA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15457

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el año 2020 a causa del estado de alarma por la pandemia por COVID-19, se redujo considerablemente la detección de la infección por *Helicobacter pylori* mediante el test del aliento por razones de seguridad biológica. Es por ello que aumentó la prescripción del test de antígenos en heces, tanto para la detección inicial de la infección por *Helicobacter pylori* como para el control tras realizar el tratamiento erradicador de la misma.

La herramienta considerada Gold Standard para la detección del *Helicobacter pylori* tanto al inicio como tras el tratamiento para comprobar su erradicación, es el test del aliento. Éste se basa en la detección de la bacteria a través de su capacidad de degradar la urea gracias a su enzima ureasa. Consiste en una toma inicial basal del aliento del paciente antes de la administración de un comprimido de urea marcada con ^{13}C y otra a los 20 minutos para detectar $^{13}CO_2$ producido por la ureasa de la bacteria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este plan de mejora, es desarrollar una atención correcta en el paciente tratado frente al *Helicobacter pylori*, adecuando el test diagnóstico en cada momento de la infección.

Se llevó a cabo un análisis de los datos recogidos durante el año 2020, de los pacientes que se realizaron un test de antígenos en heces tras finalizar el tratamiento erradicador.

En el estudio se incluyó un total de 50 pacientes diagnosticados de infección por *Helicobacter pylori*, que tras realizar el tratamiento antibiótico erradicador del mismo, se realizaron un test de antígenos en heces como control de la erradicación y posteriormente un test del aliento para confirmar el resultado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De estos 50 pacientes, 6 de ellos (un 12% del total), obtuvieron un resultado positivo en el test de antígeno en heces una vez finalizado el tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*. Y de estos 6 pacientes, 4 de ellos (un 8 % del total) obtuvieron un resultado negativo posterior en el test del aliento, confirmando así que fueron realmente falsos positivos.

Con estos primeros resultados se puede ver la menor especificidad del test de antígenos en heces frente al test del aliento en el control postratamiento.

Una de las repercusiones que nos dejó la pandemia por COVID-19 fue la de la limitación de las herramientas de diagnóstico del *Helicobacter pylori*, en concreto la del Gold Standard test del aliento, aumentando los posibles casos de falsos positivos. A pesar de que el porcentaje de pacientes afectados fue bajo en relación con las dimensiones de la pandemia, esto supuso un aumento del tratamiento antibiótico innecesario, con sus respectivas reacciones adversas y el consecuente riesgo de aumento de la resistencia antimicrobiana, además de la necesidad de realizar una segunda prueba de confirmación.

Es por esto que se plantea la actualización de una guía con las indicaciones de prescripción del test adecuado, y así ayudar a simplificar el proceso y minimizar errores tanto en la prescripción de la prueba diagnóstica como del tratamiento.

CARGA DE CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE COMPLEJO CRÓNICO CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE ACUDE A URGENCIAS

CRISTINA AYALA NICOLAS; MARTINA VALENZUELA ANGUITA; M^a ISABEL RÍOS RISQUEZ; GINÉS ALCARAZ ABRIL; JUANA MARÍA IBARRA CUENCA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15514

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología con una alta incidencia y prevalencia dentro de los Servicios de Urgencia. Factores como el envejecimiento de la población y el predominio de las enfermedades cardiovasculares, entre otros, han contribuido al incremento de la atención a pacientes complejos crónicos que presentan esta enfermedad en las unidades de urgencias.

Para dar una respuesta adecuada, eficiente, humana y de calidad a esta demanda creciente, desde el servicio de Urgencias se ha creado una unidad específica denominada área de decisión clínica y cuidados transicionales (ADEC). Esta unidad requiere de un proceso asistencial integrado, facilitando la comunicación y la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales (especializada-primaria), lo que implica una carga asistencial adicional dentro del servicio de urgencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar la carga de cuidados de enfermería requerida por pacientes complejos crónicos que padecen insuficiencia cardiaca o síntomas compatibles con IC durante su estancia en el servicio de Urgencias.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que se incluyeron a pacientes con IC que fueron atendidos en la unidad ADEC del servicio de urgencias entre el 1 de enero y el 1 de diciembre de 2022. El instrumento utilizado para valorar la carga de cuidados enfermeros fue la Escala VACTE adaptada al Servicio de Urgencias. (Valoración de las Cargas de Trabajo y Tiempos de Enfermería). Esta escala consta de 92 ítems divididos en 13 apartados que reflejan todas las tareas y cuidados a realizar por las enfermeras en 24 horas calculados por tiempos medios. La puntuación de cada ítem equivale al tiempo medio en minutos que emplean las enfermeras en realizar cada cuidado o tarea.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La muestra del estudio estuvo formada por un total de 137 pacientes con IC atendidos en la unidad ADEC del servicio de Urgencias durante el período de estudio. La mayor incidencia de casos (pico de incidencia) se dio entre los meses de enero a marzo (45,25%, n=62). La edad media fue de 84 años, y según géneros, la muestra estuvo formada por un 65,70% de mujeres (n= 96) y un 34,30% de hombres (n=41). La carga de trabajo estimada, según la Escala VACTE, obtuvo valores promedio de 500 min/paciente.

Conclusiones

La carga de cuidados enfermeros valorada en la atención del paciente crónico complejo de la unidad ADEC que acudió a urgencias con ICC se situó en un nivel grande de carga asistencial. Este resultado muestra que la atención a este tipo de

pacientes es muy compleja, aspecto que resulta esencial y ha de ser valorado junto a otros aspectos como la afluencia y la ratio enfermera-paciente, con el fin de formar equipos enfermeros eficientes que garanticen la seguridad del paciente y proporcionen un cuidado de calidad en los servicios de Urgencias.

CICLO DE MEJORA DEL REGISTRO DEL CUIDADO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y PICC EN LA UCI PEDIÁTRICA

RAQUEL MONTOSA GARCÍA¹; ANA MARÍN YAGO¹; DAVID TUBILLA PRECIADO¹; ARTURO PEREDA MAS¹; DIEGO JOSÉ MONTES DÍAZ²; MAGDALENA MARTÍNEZ GARCÍA¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 061// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15590

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La vía venosa central es un acceso vascular crucial en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, pero también puede ser el origen de múltiples complicaciones, entre ellas fundamentalmente la infección y la trombosis. Se estima que en Estados Unidos, incluso a pesar de los esfuerzos realizados entre 2008 y 2013 cuando se lograron reducir hasta en un 46% las tasas de bacteriemia relacionada con catéter, todavía se producen actualmente unas 30.000 de estas infecciones al año en las UCIs.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es evaluar y mejorar el cumplimiento del registro del cuidado de los catéteres venosos centrales convencionales y de inserción periférica en la UCI pediátrica.

Se establecieron 6 criterios vinculados con el cuidado que enfermería realiza sobre la vía y que están muy relacionados con las medidas para disminuir las infecciones del proyecto Bacteriemia Zero (C1: registro de características del catéter, C2: medidas de asepsia completas en la inserción, C3: aspecto del punto de inserción, C4: tipo de cuidado, C5: retirada y C6: cultivo). Se realizó una evaluación del cumplimiento inicial sobre 60 catéteres y posteriormente una intervención de mejora, reevaluando con los 60 primeros que fueron colocados después de la misma.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la primera evaluación el número total de incumplimientos fue de 73 (22,1%), siendo los de mayor incumplimiento la retirada y el cultivo (56% entre ambos), con lo que también se cumple la ley de Pareto. Tras implantar las medidas, los incumplimientos fueron 35 (10,6%). Se mejoraron los porcentajes de cumplimiento de todos los criterios: de 96 a 98% en C1, 65 a 73% en C2, 75 a 86% en C3, 80 a 85% en C4, 58 a 76% en C5 y 53 a 73% en C6. Se obtienen incluso mejoras relativas importantes (>40%) en cuatro de los 6 criterios. Sin embargo esta mejora solo es estadísticamente significativa en el caso de dos de ellos: los criterios 5 y 6, que eran los que contaban con mayores porcentajes de incumplimiento. En el criterio 3 se obtiene una mejora relativa del 46% pero tampoco es estadísticamente significativa, aunque los valores de p se encuentran mucho más cerca de serlo ($p=0.057$). No se consiguió mejora significativa en aquellos criterios cuyo cumplimiento previo era muy alto o contaban muchas excepciones. Conclusión: partiendo de unos niveles altos de cumplimientos iniciales se ha conseguido una mejora en todos los criterios que es estadísticamente significativa en los dos criterios de actuación prioritaria (retirada y cultivo del catéter).

ATENCIÓN PRECOZ AL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO ESTABILIZADO

ADRIÁN CASCALES MARTÍNEZ¹; MARÍA DOLORES MEROÑO RIVERA²; MARÍA JOSÉ VICENTE PÉREZ³; FRANCISCO JOSÉ CASCALES MARTÍNEZ³; DAVID ROCA MANZANARES²; FRANCISCO PÉREZ FERNÁNDEZ⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR, ²COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, ³AFADE ALCANTARILLA. REGIÓN DE MURCIA, ⁴COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15609

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Introducción

Existe una fuerte evidencia que respalda que todos los pacientes que sobreviven a un accidente cerebrovascular (ACV) agudo deben ingresar en un hospital y ser tratados por un equipo multidisciplinar que implemente estrategias de calidad en su tratamiento, cuidados y rehabilitación. En la actualidad, muchas de esas prácticas basadas en la evidencia se llevan a cabo con validez, pero la ausencia de protocolos y la organización actual del sistema sanitario muestra ciertas limitaciones o carencias que son, en muchos casos, subsidiarias de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar la calidad asistencial brindada a estos pacientes, así como analizar la efectividad de un programa multidisciplinar para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial al paciente con ictus hospitalizado.

DISEÑO: Ciclo de mejorar de calidad interna.

LUGAR: Hospital de tercer nivel.

PARTICIPANTES: N=60 pacientes

INTERVENCIÓN: Creación de criterios de calidad y tras su análisis, intervención específica de mejora a partir de actividades educativas, de sensibilización y cambios en los procesos, protocolos y sistemas de registro.

MEDICIÓN: La calidad se evaluó a través de 7 criterios de calidad, basados en la evidencia, todos de proceso y de octubre a diciembre de 2022. Posterior a la intervención durante el mes de enero de 2023, se volvió a evaluar de febrero a abril de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Antes de la intervención las prácticas llevadas a cabo eran todas subsidiarias de mejora, e incluso alguna, inexistente. Tras la intervención, todos los criterios seleccionados mejoraron significativamente.

Conclusiones

La adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia en nuestro medio era deficiente, pero el ciclo interno de mejora de calidad fue útil para garantizar prácticas seguras y lograr mejores resultados.

R1: SOBREVIVIR A LAS GUARDIAS DE URGENCIAS

MARÍA JOSÉ CARRILLO BURGOS; JOSÉ NICOLÁS GÁLVEZ; RAFAEL PÉREZ COSTA; CARMEN MORENO BARBA (2); LAURA MARTÍNEZ GALVEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17101

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los programas formativos de los residentes de todas las especialidades médicas y gran parte de las quirúrgicas contemplan, al menos durante el primer año, la realización de guardias en el Servicio de Urgencias hospitalario.

Numerosos estudios demuestran el aumento de estrés y ansiedad de los residentes durante los días de guardia en comparación con la jornada ordinaria, tanto por su percepción subjetiva como incluso con mediciones de cortisol. Para mejorar esa ansiedad inicial del residente, en nuestro servicio de urgencias se estableció hace tres años una estancia formativa inicial de mañanas para los residentes de Medicina familiar y comunitaria de primer año que se realiza durante cinco días de su primer mes laboral. El objetivo de dicha estancia es conocer el servicio y los distintos circuitos y procesos de urgencias de la mano de un adjunto y durante el horario de mañanas laborales en las que habitualmente la presión asistencial es menor, con el fin de disminuir así la ansiedad generada ante lo desconocido en las primeras guardias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es conocer los conocimientos adquiridos durante la estancia formativa así como su repercusión sobre la ansiedad de las primeras guardias.

Se realizó una encuesta tanto a los residentes que realizaron la estancia formativa como a los que no, en la que participaron 34 residentes de los cuales 29 realizaron el curso y 5 no. En ella se le realizan las siguientes preguntas respecto a sus primeras guardias: conocimiento de los procesos y peticiones informáticas, conocimiento de los circuitos asistenciales de los pacientes, conocimiento de la clasificación de los pacientes, conocimiento de la infraestructura del servicio, nivel de ansiedad y por último se le pregunta por la utilidad del curso a los que sí lo han realizado. Las respuestas se obtienen de forma numérica siendo 1 nada y 5 muy alto.

Para el análisis estadístico se han comparado las medias de cada variable utilizando el test de T de Student.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Comparando las respuestas entre los residentes que han realizado la estancia con los que no, el conocimiento de los procesos y peticiones informáticas es 3.13 los que realizan la estancia frente a 2.8 los que no lo realizan con una $p=0.16$, conocimiento de los circuitos asistenciales de los pacientes 3 frente a 2.8 $p=0.003$, conocimiento de la clasificación de los pacientes 3.06 frente a 3 $p=0.3$, conocimiento de la infraestructura del servicio 3.34 frente a 3.8 $p=0.17$, nivel de ansiedad 3.62 frente a 4 $p=0.7$. La valoración de la utilidad de la estancia formativa es de 3.75.

Conclusiones

Los residentes que realizan la estancia formativa inicial presentan un mejor conocimiento en los aspectos preguntados aunque no hay diferencias estadísticamente significativas respecto a los que no la realizan salvo en el conocimiento de los circuitos asistenciales. La valoración de la utilidad de la estancia formativa inicial en urgencias es muy alta.

MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN HERIDAS CRÓNICAS: ABORDAJE DE LA VARIABILIDAD Y CALIDAD ASISTENCIAL

MARÍA TEXEDA MORENO HUERTA; ALBA VALERA PATERNA; SANDRA NAVARRO BAÑO; FRANCISO JULIÁN VALERO MERLOS; JOSÉ LUIS MERINO CASTILLO; REMEDIOS BELTRÁN GARCÍA

CENTRO DE SALUD DE ARCHENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17305

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de Covid-19 tuvo un impacto significativo en la calidad asistencial a todos los niveles. Una de las consecuencias en el campo de la Atención Primaria fue la despersonalización y dispensarización en la atención a pacientes con heridas crónicas complejas.

Se plantea desde el equipo asistencial identificar los elementos vinculados a este problema de calidad, priorizarlos, y llevar a cabo intervenciones para mejorar esta dimensión de la calidad asistencial identificada y estudiada (la variabilidad en la práctica asistencial en el abordaje de las heridas complejas).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- Capacitar al equipo de atención primaria en el manejo de heridas complejas utilizando la evidencia científica más actualizada en este ámbito.
- Minimizar los conflictos de intereses con los laboratorios.

Metodología

Para lograr identificar los elementos que hay detrás de la variabilidad en los cuidados de heridas crónicas, se realizó un diagrama de Ishikawa con forma de raspa de pescado complementado con una "lluvia de ideas" sobre el problema buscando y ponderando causas y efectos.

En la parte de la cabeza se ubicó "el efecto" o problema a estudiar (la variabilidad en los cuidados de las heridas). Y en las distintas espinas que salían del eje central se ubicaron "las causas" que estaban detrás de ese efecto o problema.

Se hizo una ponderación y priorización de entre las diferentes causas-espinas y se extrajo una intervención principal para la mejora de la calidad. Esta intervención fue operacionalizada y dividida en diferentes sub-intervenciones (en este caso formativas).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

-Causas-espinas identificadas:

1) Baja formación continuada en la última evidencia clínica; 2) Alta "formación continuada" (sesgada) por parte de los laboratorios sobre sus productos; 3) Campo en constante innovación (subespinas: investigaciones, nuevos apósitos, tecnología...); 4) y Cambios frecuentes de profesional responsable.

-Intervención priorizada: Aumentar en el equipo la formación basada en la evidencia científica.

-Sub-intervenciones: 3 sesiones formativas: "Prevención y cuidados de las úlceras por presión"; "Tratamiento de heridas crónicas"; y "Terapia Presión Negativa PICO".

No se evaluaron "resultados" en pacientes.

Se modificaron elementos de "los procesos": Se implementaron sesiones de formación para el equipo. Se agrupó e hizo accesible parte de la última evidencia disponible.

Se crearon nuevas "estructuras": Se definieron dos profesionales referentes para supervisar este proceso de mejora.

Conclusiones

Las acciones implementadas para abordar la variabilidad en los cuidados de heridas crónicas en Atención Primaria han tenido un impacto positivo en algunos de los elementos que determinan la calidad asistencial. Estos serían: la capacitación del equipo en el manejo basado en la evidencia científica actualizada; la minimización de los sesgos y conflictos de intereses; y el acceso a información rápida y actualizada.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ, MEDIANTE PROTOCOLO LONDRES, Y PLAN DE ACCIÓN DE UN INCIDENTE DE GRAVEDAD EXTREMA

SONIA DE LA TORRE LUCEÑO¹; CRISTINA MOSQUERA COMES¹; MARISA FORÉS PALACIOS²; MONTSERRAT ALTIMIRAS BADIA¹; M^a PILAR MAGRIÑÁ ESTALELLA¹; CRISTINA PIÑOL USON³

¹EAP CAP LLIBERTAT REUS, ²CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4, ³EAP BORGES DEL CAMP// CATALUÑA

ID: 17338

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se describe un incidente de gravedad extrema detectado en nuestro centro de salud de atención primaria, su análisis y las acciones de mejora ejecutadas.

Se detecta incidente de Seguridad grave relacionado con el proceso de Laboratorio. Recibimos alerta del Laboratorio de referencia con resultado analítico de insuficiencia renal grave. Al revisar la historia clínica del usuario se observa que no concuerda con su historial médico. También consta un resultado de orina. La paciente asegura que aportó muestra de orina el día de la extracción. Al investigar se comprueba que el mismo día se reinformó analítica de otro paciente, con el que sí concuerda el resultado alterado, y del cual no llegó muestra a Laboratorio. Se confirma que ha habido un error en la identificación del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir el proceso de análisis causa raíz mediante protocolo Londres y las acciones de mejora implantadas, siguiendo la metodología que nos propone nuestro plan de Calidad Territorial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras investigar el caso se averigua que se había producido un error al etiquetar los tubos de laboratorio. Se utilizaron las mismas etiquetas para las muestras de dos pacientes, por lo que se analizaron en base a una única solicitud, y el resultado se registró en la historia del paciente equivocado. El paciente al que correspondía el diagnóstico de IR grave estuvo varios días sin identificar hasta que se detectó el error y se pudo localizar. Afortunadamente no empeoró su pronóstico a pesar de la demora en la actuación.

Del análisis del incidente se concluye:

Presencia de acciones inseguras:

- Imprimir la solicitud analítica el día anterior, en folio común en lugar de en petición específica con etiquetas integradas el mismo día que se realiza la extracción, tal y como indica el procedimiento.
- No realizar comprobación de los datos de la solicitud de analítica, ni por parte del profesional administrativo que la imprime ni del profesional de enfermería que etiqueta las muestras.
- Imprimir la petición por segunda vez cuando constaba que ya había sido impresa.

Presencia acciones seguras:

- Anotar en observaciones que la paciente no aporta muestra de orina, lo que ayudó a detectar el error.
- Etiquetar correctamente las muestras de la primera usuaria.

Una vez analizadas las causas se propone el siguiente plan de acción:

- Realización de sesiones formativas a profesionales para repasar los diferentes procedimientos de Laboratorio y recordar la importancia de seguirlos con el fin de realizar las tareas de forma segura y estandarizada, así como la de identificar correctamente al paciente tanto de forma presencial como al trabajar con la documentación clínica, física y electrónica.
- Elaboración de un procedimiento de gestión de usuarios en la sala de espera de Laboratorio. Se añade un profesional administrativo y se divide la agenda en 2 tramos para descongestionar el volumen de usuarios y de interrupciones a los profesionales que inducen a errores.

LA MEJORA CONTINUA TAMBIÉN EN LAS DIETAS DEL HOSPITAL

VIRGINIA FLOR MORALES; FABIOLA CRUZ TAMAYO; CAROLINA LECHOSA MUÑIZ; ELENA PEREZ BELMONTE; LUIS RUIZ HERNANDO; M^a DEL CASTAÑAR GARCIA GOMEZ M^a DEL CASTAÑAR GARCIA GOMEZ

HOSPITAL VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17609

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En los pacientes pediátricos ingresados, que no pueden elegir lo que consumen, es importante tener dietas adecuadas a sus gustos y necesidades nutricionales para intentar que las comidas sean un momento que no genere estrés añadido a las familias. Hay que tener en cuenta que los niños en esta situación tienen un apetito más delicado o caprichoso y en algunos casos tienen restricciones debido a su patología.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Adaptar las dietas disponibles en el hospital a las necesidades de la población pediátrica ingresada.

En el área de hospitalización pediátrica, se realizó análisis del proceso utilizando como herramienta el Value Stream Mapping (VPM). Se identificaron los riesgos y se priorizó como relevante la mejora de las dietas para la población pediátrica. Además para conocer la opinión de los usuarios se analizaron los comentarios relacionados con las dietas, registrados por estos en la encuesta de experiencia del paciente que se envía a las familias tras el un ingreso.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para trabajar este "riesgo" donde se invitó a participar a todos los agentes que intervienen en el proceso de la nutrición: empresa responsable del catering, Unidad de Nutrición y facultativos especialistas en nutrición infantil. Durante 6 meses se mantuvieron reuniones semanales de corta duración en las que se hacía seguimiento de las acciones de mejora propuestas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se propusieron e implementaron acciones de mejora:

- Se definieron e incorporaron en el catálogo de dietas disponibles, 8 dietas adaptadas a la población pediátrica: sin lactosa, sin gluten, sin residuos/colonoscopia, líquida, geogénica, semilíquida fría, de fácil masticación y túrmix.
- Se incluyó una dieta libre para los niños con ingresos de más de 15 días.
- En el programa donde se hace la petición de las dietas, para facilitar su localización en el listado, se denominaron todas las dietas adaptadas con el código PED
- Se incluyeron entre los productos disponibles, galletas sin gluten con empaquetado comercial, que permite a las familias conocer el contenido en alérgenos.
- Se incorporaron en las dietas basales nuevos alimentos como nuggets, yogures enteros de diferentes sabores, y pan de fácil masticación.
- Para mejorar el conocimiento del programa informático por parte de los profesionales encargados de hacer la prescripción y la petición de dietas, se organizaron sesiones de formación acreditadas para el personal de enfermería (Miércoles formativos) y una sesión clínica para los facultativos del servicio de pediatría; impartidos por la nutricionista de la Unidad de Nutrición y las dietistas de la empresa de catering.
- Desde la Comisión de nutrición se está tratando de unificar los listados de las dietas disponibles en los diferentes programas donde se prescriben y registran las dietas.

La cultura de la mejora continua, la implicación y motivación de todos los integrantes del grupo de trabajo, han permitido mejorar un aspecto muy importante para los pacientes pediátricos como es la dieta.

REDISEÑO DE PROCESOS PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL TRABAJO EN EQUIPO

JUAN ANTONIO LOPEZ GARCIA; ANTONIO GARCIA MARTINEZ; JUANA SANCHEZ SANCHEZ; ANA BELEN RODRIGUEZ VELAZQUEZ; PILAR TOMAS RIVERO; TEODORO JOSE MARTINEZ ARAN

HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE - ÁREA IV DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17742

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El trabajo dentro de una unidad de calidad asistencial y formación continuada requiere de un equipo multidisciplinar que trabaja en conjunto en múltiples expedientes y documentos en paralelo, y de manera asíncrona. Debe garantizarse una correcta gestión longitudinal para cada uno de los expedientes desde principio a fin del proceso, y, a la vez, debe ser posible valorar transversalmente el estado en que se encuentran y las tareas pendientes para cada uno de ellos.

Asegurar una buena integridad del trabajo requiere de una importante vía de comunicación y herramientas que ayuden a gestionar adecuadamente los expedientes y documentos. Las nuevas tecnologías ofrecen una serie de herramientas que permiten un trabajo colaborativo eficiente, manteniendo unos estándares altos de calidad. Se expone el rediseño del proceso de gestión de actividades formativas y acreditación docente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Rediseñar el proceso de gestión de las actividades formativas del área, con objeto de mejorar la eficiencia y calidad del proceso.

Metodología

- Elaboración de un mapa del proceso de gestión de acciones formativas y acreditación docente (inclusión, envío a acreditación, ejecución de la acción formativa, registro)
- Diseño de un modelo kanban electrónico para la gestión de las actividades de las acciones formativas
- Pilotaje y optimización del nuevo proceso
- Implantación y puesta en marcha definitiva

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tras un pilotaje inicial, en el que se optimizó el flujo de trabajo y se ajustaron algunas actividades, el nuevo proceso se ha puesto en marcha para gestionar la totalidad de las acciones formativas del área de salud.

Con esta herramienta se han gestionado los últimos 5 planes de formación, Un total de 793 actividades formativas, de las cuales 739 han sido acreditadas (93,2%). La mayor parte de las acciones no acreditadas no eran candidatas a ello, por ir destinadas a profesional no sanitario.

Conclusiones

El uso de herramientas de trabajo colaborativo por diferentes profesionales aumenta la sensación de cohesión en el equipo y ofrece una mejor experiencia de trabajo y mejores resultados en trabajos compartidos.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD PARA NUTRICIONES PARENTERALES ELABORADAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA

PILAR FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ; MARIA ANTONIA MEROÑO SAURA; PATRICIA ORTIZ FERNÁNDEZ; ANABEL HERREROS FERNÁNDEZ; GEMMA MARTÍNEZ SOTO; ELENA URBIETA SANZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15532

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de la implantación del sistema de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en el Servicio de Farmacia (SF), y dado que la elaboración de nutrición parenteral es un proceso complejo y con alta probabilidad de aparición de errores, se considera necesario tener un sistema de control de calidad del producto final elaborado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantación de un proceso de control de la elaboración y acondicionamiento de las nutriciones parenterales preparadas en el SF.

Se diseñó un documento que recoge distintos elementos de control que garantizan la adecuada elaboración de las nutriciones:

1. Etiquetado correcto.
2. Bolsa fotoprotectora.
3. Control gravimétrico.
4. Ausencia de turbidez o precipitados.
5. Integridad del envase.
6. Ausencia de separación de fases.

Para cada uno de estos elementos de control, se estableció un rango de aceptación:

1. Adecuación de la información de la etiqueta identificativa de la nutrición preparada, con la información de la hoja de preparación.
2. Adecuación de las condiciones de envasado a las indicadas en la etiqueta de preparación.
3. Adecuación del peso teórico indicado en la hoja de preparación con el peso real de la nutrición preparada. El error gravimétrico no deberá superar el margen $\pm 5\%$ para volúmenes mayores de 100 ml, y el margen $\pm 3\%$ para volúmenes inferiores de 100 ml.
4. Preparación transparente. No se debe observar a simple vista turbidez o precipitados en la preparación terminada.
5. Envase en perfectas condiciones. No se debe observar ningún desperfecto en el envase de la nutrición preparada.
6. Preparación compuesta por una sola fase. No se debe observar a simple vista varias fases en la preparación terminada.

Junto a estos criterios de aceptación, se estableció un estándar de reacción en caso de discordancia: rechazar y repetir la preparación o resolver el problema de etiquetado (en caso de etiquetado incorrecto), colocar bolsa fotoprotectora (en caso de ausencia de esta) o rechazar y repetir la preparación en el resto de los casos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se elaboraron 1886 nutriciones parenterales entre julio de 2022 y mayo de 2023, detectando en 20 de ellas (1,1%) alguna incidencia. Los errores se debieron a: ausencia del sistema de administración (45%), control gravimétrico erróneo (25%), fallos durante la elaboración (15%), etiquetado incorrecto (10%), y fallo en la transcripción (5%). En el 25% se rechazó la nutrición y se volvió a elaborar y en el 75% se subsanaron los errores detectados.

Se puede concluir que el número de errores detectados durante el proceso de elaboración de nutriciones parenterales es muy bajo. Por tanto, el control de calidad que se estableció y fue certificado por la norma ISO 9001:2015 garantiza la adecuada calidad y seguridad de este proceso en el SF.

FARMACOTECNIA: BUSCANDO LA CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES

PILAR FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS FERNÁNDEZ; MARÍA ANTONIA MEROÑO SAURA; ANABEL HERREROS FERNÁNDEZ; PATRICIA ORTIZ FERNÁNDEZ; MARÍA ONTENIENTE CANDELA; ELENA URBIETA SANZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17422

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de fórmulas magistrales (FM) se rige por normas de correcta elaboración y control de calidad, por lo que surge la necesidad de disponer de procedimientos escritos que recojan los ensayos necesarios para el adecuado control de calidad (CC) de las formas farmacéuticas (FF) elaboradas en el Servicio de Farmacia (SF).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estandarizar el proceso de CC realizado a aquellas FM elaboradas en el área de farmacotecnia en el contexto de la acreditación por la norma ISO 9001:2015.

Se identificaron las diferentes FF elaboradas en el SF. Se realizó una búsqueda bibliográfica (Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria y 5ª Edición Real Farmacopea Española) y se cotejaron los métodos de ensayo de los documentos de referencia. A partir de estos, se elaboraron tablas con los criterios a cumplimentar para cada FF.

Finalmente, se diseñó una instrucción técnica (IT) con todos los datos recogidos anteriormente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron 6 FF: cápsulas, polvos, supositorios, colirios e intravítreas, preparaciones líquidas orales, preparaciones cutáneas y otras preparaciones individualizadas.

Para cada FF se establecieron los siguientes elementos de control:

Las características organolépticas y el nº de unidades fueron comunes en todas ellas. De forma específica:

1. Cápsulas: uniformidad de masa.
2. Polvos: identificación, envasado y etiquetado y verificación peso materias primas.
3. Supositorios: uniformidad de contenido de las preparaciones unidosis.
4. Colirios e intravítreas: control de esterilidad si lote de más de 24 unidades.
5. Preparaciones líquidas para uso oral: identificación de la concentración y el volumen.
6. Preparaciones para uso cutáneo: envasado.

Para las no clasificadas en las categorías anteriores (p ej: pruebas de alergia), se indicó el CC en cada procedimiento normalizado de trabajo de forma individualizada.

Para cada uno de estos elementos de control, se estableció un rango de aceptación:

1. No más de 2 de las 20 masas se desvían de la masa media en un % mayor que el indicado y ninguna se desvía en más del doble de ese %.
2. Lo indicado en el producto terminado se corresponde con la hoja de elaboración y todas las unidades preparadas se encuentren dentro del margen establecido entre el 90% y 110% del peso medio deseado.
3. No >1 contenido individual está fuera del 85-115% y ninguno fuera del 75-125%. Si 2 o 3 están fuera del 85%-115% pero dentro del 75-125%, determinar los contenidos de otras 20 unidades.
4. Producto estéril.
5. Etiquetado adecuado. Las emulsiones y suspensiones deben ser etiquetadas indicando "Agitar antes de usar"
6. Envasado correcto.

La IT elaborada ha servido de aplicación en todos los CC de las FM. Además, es una herramienta útil para garantizar la seguridad de todas las FM elaboradas en el área de farmacotecnia del SF.

Tras la implantación de este procedimiento, se recibió la certificación por la norma ISO 9001:2015.

CAMBIOS A IMPLEMENTAR EN EL LABORATORIO CLÍNICO PARA LA TRANSICIÓN A LA NORMA UNE:EN-ISO 15189:2023

PILAR DUARTE GARCÍA; MARIA DEL VALLE ROMERO REAL; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA; MERCEDES BLANCO COLOMO; MARIA CONCEPCIÓN BURGOS BALLESTER; SERGIO REAL GUTIÉRREZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17672

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Se estima que en torno a un tercio de las visitas a un centro médico demandan pruebas al laboratorio de cuyos resultados se ven reflejados hasta un 70% de las decisiones clínicas. Esto hace necesario la existencia de un sistema que garantice la seguridad y la calidad, de modo que se puedan detectar y prevenir errores antes de que causen daño al paciente. Para garantizar la capacidad de producir resultados fiables, los laboratorios clínicos pueden aplicar los requerimientos de la norma UNE-EN ISO 9001:2015, para la certificación de sus procesos, o bien la norma UNE-EN-ISO 15189:2023, acreditando técnicas o determinadas pruebas específicas incluidas en sus carteras de servicios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se tiene por objetivo la comparación de la cuarta edición de la norma UNE-EN ISO 15189:2023 con aquella que anula y sustituye, UNE-EN-ISO 15189:2012 con el fin de evidenciar los principales cambios que el laboratorio clínico ha de efectuar para la transición al nuevo texto.

Para ello, se llevó a cabo el análisis comparativo de las normas quedando recogidos los puntos del índice de correspondencia entre una y otra, así como las principales similitudes y diferencias encontradas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La norma UNE-EN-ISO 15189:2023 mantiene en su texto los requisitos establecidos en la anterior versión, adaptando su estructura a las normas ISO 17000. A nivel conceptual, uno de los principales cambios es la concesión de un mayor énfasis a la gestión del riesgo (punto 5 de la Norma 2023, 4.1.1.4-4.1.2.7 de la Norma 2012). Para ello, la matriz de riesgo, el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) o el Análisis de Causa-Raíz podrían ser adecuadas herramientas a incorporar en el análisis de la gestión del riesgo del laboratorio clínico.

El segundo cambio significativo implica la incorporación de los requisitos para los análisis realizados a la cabecera del paciente (POCT), anteriormente descrita en la ISO 22870, (punto 6 de la Norma 2022, 4.4-4.6, 5.1-5.3 de la norma 2012), que quedará próximamente anulada. Algunos de los nuevos requisitos para los POCT incluyen la necesidad de un registro de los operadores POCT, así como de su evaluación formativa y competencias. De este modo, se consigue un punto de control y trazabilidad sobre pruebas que rutinariamente realizan personal no especializado de laboratorio.

Otros puntos novedosos comprenden la importancia de la trazabilidad en los análisis genéticos, alternativas aceptables para los casos en los que no se disponga de programa externo de garantía de la calidad, sistemas de identificación electrónica como LOINC, NPU o NGC o la planificación de la continuidad y preparación para emergencias.

Todo estos son los puntos indispensables a trabajar para realizar la transición de un laboratorio acreditado por ISO 15189:2012 a la versión actualizada de 2023. Cabe destacar que, para su consecución, la norma describe una forma de proceder más flexible y menos prescriptiva.

ESTUDIO DE REPRODUCIBILIDAD DE 6 ANALIZADORES DE LABORATORIO CORE QUE TRABAJAN EN ESPEJO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

PILAR DUARTE GARCÍA; MARIA CONCEPCIÓN BURGOS BALLESTER; MARIA DEL VALLE ROMERO REAL; JESUS CABANES MADRID; ESTHER CAROLINA TAMAYO HERNÁNDEZ; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17673

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el año 2017 se otorgó la acreditación al laboratorio CORE con 4 analizadores que forman parte de una cadena automatizada y realizan determinaciones en muestras de suero, plasma, orina y líquidos biológicos y 2 equipos que determinan los niveles de litio en suero. Uno de los requisitos para la acreditación según la norma ISO 15189 es realizar un estudio de intercambiabilidad entre los equipos: demostrar que no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos para una misma muestra en los distintos analizadores. Desde 2017, se han realizado estudios de intercambiabilidad conforme se añadían nuevas pruebas, pero sin revisar las pruebas ya acreditadas. A raíz de una no conformidad abierta en la última auditoría externa, se decide repetir con periodicidad los estudios de intercambiabilidad para la totalidad de las pruebas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo planteado fue llevar a cabo la intercambiabilidad de los parámetros disponibles en los 6 analizadores del laboratorio CORE de un hospital de tercer nivel. Para ello, se deben procesar un número considerable de muestras por todos los equipos/módulos implicados. Al tratarse de una revisión de la intercambiabilidad para 47 pruebas determinadas en 6 analizadores por varios módulos, el elevado número de determinaciones, muestras y analizadores imposibilita un estudio convencional de intercambiabilidad. Se diseña un método estadístico empleando como datos de estudio los resultados de los controles internos obtenidos entre los meses de septiembre de 2022 y febrero de 2023 siendo procesados de igual manera y a diario por todos los equipos/módulos disponibles para cada prueba. Los datos fueron extraídos desde Biorad Software (Unity). Se analizaron las medias de los resultados de los controles, para cada módulo y nivel del control, evaluando el porcentaje de diferencia entre dichas medias y la media global de todos los equipos/módulos para cada prueba. Se consideró que un resultado superior al 5% son diferencias significativas entre las medias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 47 pruebas estudiadas, tan solo 2 mostraron diferencias entre medias superiores al 5%: creatinina en suero/plasma y proteínas totales en orina/líquido cefalorraquídeo. En ambos casos, al ser valores tan bajos (menores de 0,8) por tratarse del nivel 1 del control interno, una desviación de 0,042 (creatinina) y 0,01 (proteínas totales) respecto a la media global de cada prueba supone una diferencia relativa superior al 5%. A pesar de ser diferencias significativas, no se consideran clínicamente relevantes.

Para mantener la acreditación lograda en 2017 es fundamental que desde el Laboratorio CORE se revise periódicamente la intercambiabilidad de los analizadores. Los resultados obtenidos mediante un análisis de diferencia de medias mostraron que los equipos disponibles en el laboratorio CORE son intercambiables para todas las pruebas realizadas, ya que las únicas diferencias significativas son justificables.

IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE - EN ISO 15189 EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA - SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

ANA MARÍA FERNÁNDEZ VERDUGO; CONCEPCIÓN CAMPILLO MARTÍN; MARÍA ROSARIO FERNÁNDEZ SANTIAGO; PABLO GONZÁLEZ MORENO; MARÍA MERCEDES RODRÍGUEZ PÉREZ; M^a EUGENIA LLANEZA VELASCO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 17680

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Microbiología del HUCA, siguiendo la línea del Área de Gestión Clínica (AGC) del Laboratorio de Medicina, toma la decisión estratégica de acreditarse en base a la Norma "UNE-EN-ISO 15189: Laboratorios Clínicos. Requisitos Particulares para la Calidad y la Competencia".

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Implantar los requisitos de gestión requeridos por la Norma UNE-EN-ISO 15189 con el fin de acreditar las siguientes determinaciones microbiológicas: serología infecciosa, niveles séricos de antimicrobianos y hemocultivos.

Metodología

Se implantó un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) utilizando como base el ya existente en el AGC y se desarrollaron dentro del Sistema de Información del Laboratorio (SIL) -Gustav tres módulos: a) difusión de la documentación, b) gestión de incidencias preanalíticas-analíticas-postanalíticas y c) gestión de equipos.

La selección del alcance de la acreditación se realizó en base al grado de automatización, el compromiso con la organización de los profesionales implicados y su competencia técnica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Responsabilidades

Se definieron las siguientes responsabilidades específicas: Responsable de Calidad, Responsable de Gestión de Equipos, Responsable de Calidad preanalítica y Responsables Técnicos.

Gestión de la documentación:

Para poder dar soporte al sistema se elaboró la siguiente documentación y se difundió en el módulo del SIL-GestLab:

- Un Manual de Calidad (con perfiles de puesto y organigrama). Documentación:
- Procedimientos de Acreditación para el cumplimiento de requisitos de gestión (13 documentos);
- Procedimientos Técnicos Generales comunes (17 documentos);
- Procedimientos Normalizados de Trabajo específicos de cada área analítica (17 documentos);
- Procedimientos de Gestión de Equipos y Procedimientos de Gestión de Personal (11 documentos).

Gestión de equipos:

- Inventario: El SIL- GestLab dispone de un módulo de instrumentos y se inventariaron el 100% de los equipos del Servicio.
- Planes de calibración/verificación: de acuerdo con el Servicio de Electromedicina se implantan planes de calibración de pipetas volumétricas, planes de verificación de medios isotermos (estufas, neveras, congeladores, ultracongeladores y bloques térmicos) planes de verificación de campanas de bioseguridad.

Plan de auditorías - No conformidades (NC) y Plan de Acciones Correctivas (PAC)

- Auditoría interna: se realizó en abril de 2021 por un auditor experto en colaboración con la Unidad de Calidad del Hospital de Jove y según planificación del AGC: se detectaron 8 NC.
- Auditoría externa: se realizó mayo de 2022 por la ENAC y se detectaron 9 NC: 2 mayores relativas a: 1) control de temperatura de la muestras y 2) al aseguramiento de la validez de los análisis (programas de intercomparación). Tras una aclaración de PAC se procedió a su aceptación.

Conclusiones

Tras tres años se obtiene la acreditación por la ENAC en noviembre de 2022 siendo el primer Servicio de Microbiología del Principado de Asturias en obtener este reconocimiento.

REQUISITOS TÉCNICOS -IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE - EN ISO 15189 EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

MÓNICA ÁLVAREZ ÁLVAREZ; MARINA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ; MARTA MARÍA GONZÁLEZ ARBESÚ; YAIZA ROSETE URÍA; RAINER CAMPO RAMOS; M^ª EUGENIA LLANEZA VELASCO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 17685

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Introducción

El Servicio de Microbiología del HUCA, siguiendo la línea del Área de Gestión Clínica (AGC) del Laboratorio de Medicina, toma la decisión estratégica de acreditarse en base a la Norma "UNE-EN-ISO 15189: Laboratorios Clínicos. Requisitos Particulares para la Calidad y la Competencia".

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Implantar los requisitos de técnicos de la Norma UNE-EN-ISO 15189 para acreditar la determinación serológica de Hepatitis, VIH y Sífilis; la determinación de niveles séricos de amikacina, gentamicina, tobramicina y vancomicina; y para los hemocultivos (identificación de patógenos y determinación de sensibilidad).

Métodos

Se elaboró documentación técnica (procedimientos/instrucciones) y se implantaron registros que verifican su cumplimiento.

Se formó específicamente a los responsables en criterios de norma.

Se establecieron reuniones cuatrimestrales de seguimiento del Sistema.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Punto 5.1 personal: Se estableció un plan de acogida para profesionales de nueva incorporación y un plan de capacitación para dos áreas específicas (Hemocultivos y Antibiógramas). Se diseñaron registros de cualificación y recualificación basadas en habilidades competencias adquiridas. Se estableció un programa de formación continuada basado en sesiones clínicas semanales.

Punto 5.3 equipos: se revisaron los mantenimientos preventivos y correctivos con las casas comerciales de los siguientes autoanalizadores (MaldiTOF - Bruker, Virtuo - Biomerieux, MicroScan - BeckmanCoulter, y Cobas 801 - Roche).

Punto 5.4 procedimientos preanalíticos: se actualizó la cartera de servicios incluyendo los tiempos de respuesta y el manual de toma de muestras estableciendo los criterios de aceptación, rechazo y condiciones de envío.

Punto 5.5 procedimientos analíticos: Se elaboraron 15 documentos analíticos y un procedimiento de verificación: Serología infecciosa y determinación de niveles de antibióticos: se realizaron estudios de precisión (cálculos de coeficientes de variación; error sistemático y error total).

Hemocultivos: se realizaron estudios de promoción del crecimiento utilizando material de referencia (Cepas ATCC).

Punto 5.6 aseguramiento: se establecieron controles internos y se participó en programas de intercomparación externos (SEIMC: identificación mensual, resistencias -trimestral, serología trimestral, EQAS - Biorad- mensual-niveles). Se diseño un cuadro de mandos.

Punto 5.7 procedimientos posanalíticos: Se estableció un procedimiento de notificación de valores urgentes y un registro en Historia Clínica Electrónica (Formulario - Microbiología) y un procedimiento de modificación de informes.

Punto 5.8 Informe de laboratorio: Se revisaron los requisitos mínimos, se incluyeron más de 30 comentarios normalizados que facilitan la interpretación de resultados, se rehizo su diseño y se incorporó la marca ENAC.

Conclusiones

Tras tres años se obtiene la acreditación por la ENAC en noviembre de 2022 cuyo fin es mejorar la confianza en los resultados y la competencia técnica.

IMPLANTACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

ALICIA HERNÁNDEZ SANTANA; NORBERTO MEDINA RAMOS; CAROLINA AFONSO PISOS; MARGARITA MEDINA CASTELLANO; CARMEN MESA MONTENEGRO; SALVADOR NAUZET DEL ROSARIO LORENZO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL// CANARIAS

ID: 17734

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior es una unidad asistencial de referencia para el tratamiento y seguimiento de patología de alta complejidad que afecta al tracto genital inferior.

Presta atención sanitaria a la paciente ginecológica en la prevención del cáncer de cérvix, vulva y vagina, así como el diagnóstico y el tratamiento de otras alteraciones de carácter no oncológicas, que afecten a dicha zona anatómica de la mujer.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es desarrollar la actividad bajo el enfoque basado en procesos para lograr el desempeño eficaz de la actividad asistencial y la mejora continua.

La metodología es el diseño y desarrollo del proceso bajo la perspectiva de un sistema de gestión por procesos, basado en la norma internacional UNE-EN ISO 9001:2015 especificando requisitos que permiten la mejora continua de la calidad de sus productos o servicios.

La Unidad de Gestión de la Calidad participa en el diseño e implantación del proceso, facilitando el apoyo metodológico para su desarrollo.

Metodología de trabajo con objetivos y metas, responsabilidades definidas, actividades de capacitación, cumplimiento de requerimiento legal específico para la actividad, desarrollo del sistema documental y otros requisitos de la Norma como las actividades de mejora (auditorías internas, no conformidades, encuestas, identificación de riesgos y oportunidades y acciones correctivas), seguimiento de indicadores e informe de revisión del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La identificación de las partes interesadas así como sus necesidades relevantes nos ha permitido determinar los requisitos a considerar por el proceso asistencial. La implementación de la gestión por procesos permite el control eficaz de los procesos asociados a la actividad asistencial y actividades relacionadas con la seguridad de la paciente.

La implantación de esta metodología, el seguimiento de los objetivos propuestos, indicadores y acciones de mejora da como resultado la introducción de una dinámica de mejora continua.

Como conclusión, la calidad asistencial consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de la Unidad para lograr el mejor resultado posible en el estado de salud y calidad de vida de las pacientes. Un sistema de gestión de la calidad como herramienta facilita la gestión eficiente del proceso, fomenta la cultura de la excelencia y la dinámica de mejora continua imprescindible en un servicio sanitario.

USO DE LA TECNOLOGÍA PARA FACILITAR LA VIDA DEL PACIENTE

VANESA DOMINGUEZ LEÑERO; EVA MARIA GARCIA MARTINEZ; JOAQUIN PLAZA ANIORTE; JOSE CARLOSTITOS ARCOS; PAULA TORRANO BELMONTE; LYDIA FRUCTUOSO GONZALEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15216

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Proporcionar al paciente información validada y accesible para el uso seguro de los medicamentos dispensados en el servicio de farmacia contribuye a mejorar los resultados en salud de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Hacer más accesible la información relacionada con los medicamentos prescritos al paciente en beneficio del uso seguro de los mismos para la identificación de reacciones adversas prevenibles, el conocimiento de los efectos adversos esperados y la mejora de la adherencia a los tratamientos, por parte de nuestros pacientes, en una consulta hospitalaria de Atención Farmacéutica Oncohematológica.

Disminuir el consumo de recursos innecesarios evitando la impresión en papel de la documentación descrita y favoreciendo la sostenibilidad medioambiental.

Disponemos de 62 hojas informativas sobre los medicamentos, en formato papel, que son utilizadas habitualmente como apoyo a la información proporcionada a nuestros pacientes en la consulta de atención farmacéutica.

Mediante herramienta de acceso: <https://me-qr.com/es/>, se generaron los correspondientes QRs para cada una de las hojas informativas.

La ubicación de QR identificador de cada hoja informativa quedó establecida en la esquina superior derecha de la hoja.

Queda pendiente de evaluar la percepción de satisfacción del paciente de la medida mediante una encuesta diseñada a tal efecto que se está proporcionando a los pacientes actualmente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las 62 hojas informativas se ofrecen actualmente en consulta en formato digital como opción para aquellos pacientes más habituados al uso de la tecnología.

Las hojas informativas proporcionadas en formato electrónico evitan el consumo de papel y materiales de impresión y contribuyen a la sostenibilidad medioambiental.

Consideramos que esta intervención es útil para el paciente y sostenible para el medioambiente, si bien el impacto real de la medida está pendiente de ser evaluado cuando tengamos los resultados de la encuesta de satisfacción en función del grado de manejo de los pacientes con las nuevas tecnologías.

DIFUSIÓN, CON APOYO DE LA TECNOLOGÍA, DE PUNTOS CRÍTICOS DE LOS PNTs DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

MARTA DIAZ RAMON; MARIA MUROS ORTEGA; MARIA GUILLEN DIAZ; ADRIAN MARTINEZ OREA; SILVIA FERNANDEZ ALVAREZ; ROSARIO TUDELA VILLENA

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15222

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) contribuyen a estandarizar la práctica clínica y a disminuir la variabilidad asistencial. En cada PNT es posible identificar una serie de puntos críticos cuyo desconocimiento por parte de los profesionales implicados en su ejecución puede representar una merma importante en la calidad del producto o servicio producido.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Contribuir a la difusión de los puntos críticos de la gestión del almacenamiento y conservación de medicamentos en el Servicio de Farmacia Hospitalario (SFH).

Disminuir el consumo de recursos innecesarios evitando la impresión en papel y favoreciendo la sostenibilidad medioambiental dotando el documento de puntos críticos del QR que permite el acceso para consulta y la portabilidad electrónica del documento.

Se realiza un estudio aleatorio sobre una muestra de 40 medicamentos del almacén principal de farmacia para determinar la idoneidad en relación a los ítems:

- o Ubicación correcta: SI/NO
- o Almacenamiento individualizado: SI/NO
- o Ordenados en base a su caducidad: SI/NO
- o Separados por lotes: SI/NO

Se realiza en documento que recoge los puntos críticos del PNT de almacenamiento custodia y conservación de medicamentos en un Servicio de Farmacia

Mediante herramienta de acceso: <https://me-qr.com/es/>, se generó el QR del citado documento que fue añadido en la parte superior derecha de la primera hoja del mismo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 40 medicamentos analizados:

38 (94,7%) frente a 2(5,3%) estaban correctamente colocados en su ubicación. 37 (91,9%) frente a 3(8,1%) estaban en almacenamiento individualizado.

36 (88,9%) frente a 4(11,1%) estaban correctamente ordenados por caducidad.

31 (71,0%) frente a 9 (29%) estaban separados por lotes.

Tras el análisis de resultados manifiestamente mejorables y teniendo en cuenta la elevada rotación de personal ocurrida en los últimos seis meses, se decide elaborar el documento de puntos críticos del PNT de Almacenamiento y Conservación de Medicamentos y dotarlo de QR para facilitar la portabilidad y el acceso al mismo por parte de todos los Técnicos Auxiliares de Farmacia.

La incorporación de nuevas tecnologías permite la difusión y digitalización de información actualizada, necesaria y útil para el desempeño profesional, de manera más eficiente y sostenible y a su vez contribuye a disminuir la variabilidad en el desarrollo de aquellas tareas que deben ser realizadas, por turnos, entre un elevado número de profesionales.

¡FORMANDO A LOS HÉROES DEL MAÑANA! IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA¹; VANESSA GALLARDO RUEDA²; ANA BELÉN GARCÍA GARCÍA³; MARÍA ÁNGELES CANO BAÑOS⁴; SONIA CÁMARA PERALES⁵; MARÍA HORTELANO SAORÍN⁶

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR, ²EAP SAN PEDRO DEL PINATAR, ³EAP SAN JAVIER, ⁴EAP TORRE PACHECO ESTE, ⁵EAP TORRE PACHECOOESTE, ⁶EAP LOS ALCÁZARES// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15275

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La implementación de un programa de reanimación cardiopulmonar (RCP) en las escuelas está justificada por la promoción de la salud, la prevención de muertes evitables, el empoderamiento de los jóvenes, el acceso universal a la formación en RCP y el cumplimiento de directrices internacionales. La evidencia sugiere que la formación en RCP puede ser efectiva en niños a partir de los 12 años de edad (estudiantes de 1º de la E.S.O.) o incluso antes. A esta edad, los niños suelen tener la capacidad cognitiva y física necesaria para comprender y aplicar las habilidades de RCP básicas. No obstante, se ha demostrado que la formación en RCP puede adaptarse a diferentes grupos de edad y se pueden enseñar conceptos básicos de respuesta ante emergencias a edades más tempranas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se establece como objetivos prioritarios la capacitación de los estudiantes en RCP, fomentar la confianza y la capacidad de respuesta, promover la colaboración y el trabajo en equipo, establecer una cultura de respuesta ante emergencias y evaluar continuamente el programa para mejorarlo.

La implementación de un programa de RCP en la escuela incluye:

- a) Selección y formación de instructores (enfermeras escolares y enfermeras comunitarias).
- b) Diseño del material y de los recursos educativos de forma que los contenidos sean homogéneos para todos los estudiantes.
- c) Formación de los docentes para que den apoyo continuo a los estudiantes.
- d) Organización de sesiones de formación práctica en RCP para los estudiantes de al menos una hora de duración y de ésta, al menos, la mitad sea práctica, empleando torsos de simulación de baja fidelidad. Esta formación, una vez implementada, será realizada cada dos años hasta que el estudiante finalice su etapa escolar (1º y 3º ESO y 1º de Bachiller), de forma que como mínimo todos los estudiantes hayan realizado una actividad inicial y dos de reciclaje.

Se establecerán indicadores de calidad para monitorizar la efectividad del programa de RCP lo que permitirá evaluar el impacto del programa y realizar ajustes necesarios para mejorarlo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Implementación de un programa de RCP en las escuelas para la capacitación efectiva de los estudiantes en RCP, la creación de una cultura de respuesta ante emergencias y la mejora en los resultados de la RCP en general.

La implementación de un programa de formación en RCP adaptado a la edad de los estudiantes permite realizar un abordaje gradual y progresivo de estas habilidades a medida que los niños avanzan en su educación.

Esto puede contribuir a salvar vidas y promover la salud en la comunidad escolar y el entorno familiar y social, creando una sociedad más preparada y capaz de responder a situaciones de emergencia médica.

Es fundamental proporcionar actualizaciones periódicas y refuerzo continuo para mantener las habilidades de RCP a lo largo del tiempo.

CAPITAL PSICOLÓGICO POSITIVO Y SATISFACCIÓN LABORAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA ISABEL RÍOS RISQUEZ; MARTINA VALENZUELA ANGUITA; FRANCISCO GALLO PUELLES; ESTHER MARÍA CORTÉS LORENTE; LAURA ABELLÁN MOMPEÁN; ANTONIO LUIS GÁLVEZ MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15410

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción laboral es considerada un indicador de la calidad asistencial ofrecida a los usuarios de los servicios sanitarios. Por otro lado, el capital psicológico supone un constructo que modera la relación entre estresores y sus consecuencias negativas. En la literatura previa, se ha visto como ambos, capital psicológico y satisfacción laboral, contribuyen positivamente al bienestar psicológico en los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer el capital psicológico positivo y valorar el nivel de satisfacción laboral en una muestra de profesionales de un servicio de urgencias hospitalario, así como analizar asociaciones entre ambas variables y el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra.

Metodología

Estudio observacional de corte transversal. La población objeto de estudio fue el personal sanitario de un Hospital General incluyendo a médicos, enfermeros y TCAE. Instrumentos de evaluación: para conocer el Capital Psicológico Positivo se utilizó el cuestionario OREA, que consta de 12 ítems, que evalúan optimismo, resiliencia, esperanza y autoeficacia. Para determinar el nivel de satisfacción laboral se utilizó la Escala General de Satisfacción Laboral disponible como nota técnica del Instituto General de Seguridad e Higiene en el trabajo (NTP-394) que consta de 15 ítems. A dichos instrumentos se añadieron, además, una serie de preguntas relativas a variables sociodemográficas-laborales. Análisis estadístico mediante SPSS-22.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La tasa de participación obtenida fue del 81% (n=95), con una media de edad de 44,67±9,45 años y una antigüedad en el servicio de Urgencias de 10,12±8,25 años. El capital psicológico global obtuvo una puntuación de 3,36±0,45, mientras que la satisfacción laboral global fue de 65,26±17,22. El aspecto laboral menos valorado por los profesionales fue "la gestión de su organización" (2,96±1,66), mientras que el más valorado fueron "los compañeros de trabajo" (6±1,29). La satisfacción laboral se asoció positivamente con el capital psicológico positivo (p<.01). Según la variable "categoría profesional" los médicos registraron una mayor satisfacción laboral global, Intrínseca y Extrínseca (p<.01). Los turnos fijo diurno y fijo diurno más guardias registraron también una mayor Satisfacción Laboral global, Intrínseca y Extrínseca (p<.01).

Conclusiones

El presente estudio obtuvo un nivel de satisfacción laboral de moderado a bajo. Un mayor capital psicológico positivo se relacionó con una mayor satisfacción laboral. El adiestramiento y fortalecimiento de este recurso psicológico podría constituir una herramienta útil para superar la adversidad y los diferentes obstáculos que se puedan presentar en el entorno laboral, y con ello contribuir a mejorar la satisfacción de los profesionales, así como su bienestar y la calidad de servicioasistencial prestado.

PROYECTO DE INNOVACIÓN: PARTICIPACION DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN LA VIA RICA

LAURA CRISTINA GARROTE MORENO; ENCARNACION ARACELI SEVILLA HERNANDEZ; MARIA ANGELES MORENO CARRILLO; EVA MARIA BARRANQUERO TOMÁS; ALICIA MARTINEZ BARBA; JUAN VICENTE LOZANO GUADALAJARA

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15468

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El papel del servicio de Rehabilitación (RHB) es un componente esencial en la prehabilitación multimodal dentro del proceso asistencial "Vía RICA" (Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto) por lo que debe estar presente en todo el periodo perioperatorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Descripción de la vía RICA en nuestro hospital, el papel de RHB y nuestros primeros datos precirugía. Evaluación del circuito de derivación de pacientes incluidos en la Vía RICA hacia RHB, así como su seguimiento pre y postquirúrgico.

Criterios Inclusión: Mayoría de edad, cirugía mayor de cáncer colorrectal/vejiga, aceptar consentimiento informado. Exclusión: cirugías urgentes, deterioro cognitivo severo

Estudio descriptivo de los pacientes valorados en RHB desde la creación (año 2021) del circuito Inter-especialidades perteneciente a la vía RICA. Los pacientes propuestos son derivados a nuestra consulta desde preanestesia. Se recopilan variables demográficas, clínicas y funcionales (dinamometría de mano, test rápido de actividad física y test 6 minutos marcha). En base a resultados funcionales se adapta la enseñanza de ejercicios en una sesión individual de fisioterapia, con recomendaciones para domicilio. Tras la cirugía se valora la evolución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron remitidos 59 pacientes, que suponían el 25.8% del total de pacientes valorados en Preanestesia. 84.6% padecían una neoplasia colorrectal. 61.5% varones. Edad media: 70 años.

Más del 90% independientes para ABVD. Casi dos terceras partes sin hábitos de actividad física aeróbica ni de fuerza/flexibilidad. Por encima del 90% con un ASA menor de III. Mal rendimiento funcional: 15.4%. Sólo el 33.9% acudió al control postquirúrgico en RHB.

La instauración de la vía RICA supone una oportunidad para mejorar la recuperación funcional y disminuir complicaciones en pacientes quirúrgicos oncológicos.

Existe una proporción considerable de pacientes con mala capacidad funcional prequirúrgica y nulos hábitos deportivos. Debemos mejorar la derivación, asegurar el cumplimiento terapéutico y seguimiento postcirugía.

Para ello se proponen: reuniones periódicas del equipo, creación de Escuela de pacientes precirugía para entrenamiento, visitas durante el ingreso tras cirugía para comunicar fecha de revisión en consulta.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE BAJAS POR CONTINGENCIA COMÚN

ANA ZUFIA URIARTE; OSCAR BENEGAS DAÑOBEITIA; GEMMA LOPEZ RODRIGUEZ; ANA AGUIRRE MIÑANA
MUTUALIA// PAÍS VASCO

ID: 15661

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Hace ya unos años Mutualia inició un camino hacia la transformación digital. Se pensó en este proyecto como una herramienta para ayudar a los equipos sanitarios a gestionar un volumen importante de bajas, posibilitando una priorización de los casos, y optimizando recursos y sistemáticas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La inteligencia artificial nos permite mejorar nuestro procedimiento: evitar tareas que no aporten valor y elegir los casos en los que la actuación de los profesionales de la Mutua puede ayudar al paciente y conseguir un mejor resultado clínico y una menor duración de la baja.

Es una herramienta de apoyo, un programa predictivo que realiza la selección de procesos de bajas de Contingencia Común susceptibles de ser citados o valorados, en función del logaritmo basado en datos de Mutualia, alineado al concepto de historia clínica inteligente.

Iniciado en abril del 2022, se dividió en 3 fases: adquisición y entrega de datos, estudio y selección del modelo y despliegue e implantación en la Historia Clínica.

Adquisición y entrega de datos

Selección de datos anonimizados de los últimos 11 años, agrupados por diferentes variables (diagnóstico, Edad, Sexo, Nº bajas, Reincidencia, Código Ocupación, CNAE, Autónomo o Empresa).

Aprobación del comité de seguridad y protección de datos y realización del EIPD (Evaluación de impacto de protección de datos).

Estudios de los datos y selección del modelo.

La comisión Ética de Mutualia evaluó variables aplicadas en la selección de datos para asegurar el cumplimiento de los principios éticos de diversidad, equidad y no discriminación, entre otras cuestiones éticas.

Tras el estudio de los datos se observa que no se puede aplicar un modelo paramétrico para todos los diagnósticos, porque algunos se repiten poco.

Kaplan - Meyer: Modelo que evalúa la duración de las bajas aplicándolo con buenos resultados. El factor más importante para estimar la calidad del modelo es la no variabilidad de los datos.

Weibull: Modelo basado en machine learning, evalúa la duración de la baja y las variables. Se aplicó con un índice de concordancia excelente.

Despliegue e implantación en la Historia Clínica

El objetivo final es crear un programa en la historia clínica de Mutualia que ayude al profesional sanitario en la selección de los episodios susceptibles de ser valorados.

Como:

- Avisos para conocer el porcentaje de procesos similares que ya están de alta y así decidir la fecha más adecuada (en términos de efectividad) para su citación. Descartando los casos con baja probabilidad de mantenerse en situación de IT.
- Gráfica que muestre el tramo en el que más pacientes causan alta, según diagnóstico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El programa aprende de los nuevos procesos, recalculando las probabilidades cada varios meses.

Hemos realizado las 2 fases con buenos resultados, el modelo es capaz de seleccionar y priorizar los diagnósticos en los que volcar nuestra actuación sanitaria.

Estamos en condiciones de abordar la 3 fase del proyecto.

UTILIZACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ALIVIAR LISTAS DE ESPERA DE DERMATOLOGÍA

EDUARDO RODRÍGUEZ DE LA VEGA ESPINOSA; ANA MARÍA HUERGO SILVERIO; DOMINGO MENCHÓN SERNA; FRANCISCO DE ASÍS LÓPEZ GUERRERO; PEDRO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ

RIBERA HOSPITAL DE MOLINA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17475

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La dermatología es una especialidad con una muy alta demanda por parte de nuestros pacientes, que no conseguimos satisfacer ante la falta de especialistas. Esto no es un problema circunscrito a nuestro centro, más bien se trata de una problemática presente en todo nuestro sistema sanitario. Ello ha generado listas de espera que llegan a ser incluso de años sin que hayamos encontrado hasta ahora una solución real a tal demanda

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Utilización de una aplicación de dermatología digital basada en Inteligencia Artificial (IA) en la en la consulta de Medicina Interna (MI), con el objetivo de disminuir las listas de espera y mejorar la satisfacción de nuestros pacientes.

Metodología

Estamos en proceso de organización de unas consulta de MI que utilice una herramienta de dermatología digital desarrollada en colaboración con la startup Legit. Health, basada en IA para el seguimiento en remoto de patologías de la piel. Lo que nos aporta a la consulta de MI en la determinación de tres líneas diagnosticas fundamental es el grado de malignidad de una lesión lo cual permitirá hacer un cribado de estas listas dando carácter preferente a lesiones con una alta sospecha de malignidad permitiendo a su vez el abordaje temprano de entidades que, de tardar el tiempo que en este momento tenemos en espera, tendrían un peor pronóstico. Y en este caso, en particular, su remisión preferente al especialista este programa de IA nos ofrece una aproximación diagnóstica, para el caso de lesiones que por su pronóstico y manejo, puedan empezar a ser tratadas desde la consulta de MI, así como orientarnos en otras pruebas que pudieran ser necesarias para la confirmación de dicha patología, en particular enfermedades sistémicas con manifestaciones en piel.

El programa nos ofrece seguimiento de la lesión, es decir es también una herramienta que evaluará la evolución de esta lesión, con imágenes secuenciales a partir de la lesión inicial lo cual nos permitirá evaluar nuestro tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Esperamos que con la aplicación de este programa de IA a las consultas de Medicina Interna consigamos reducir las listas de Dermatología, cribar aquellos pacientes que requieran ser enviados de manera preferente a consultas de dermatología así como atender aquellas afecciones que puedan ser diagnosticadas y seguidas desde la consulta de MI.

EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA DIFUSIÓN DE CONTENIDOS, EN UNA UNIDAD DE FORMACIÓN CONTINUA

GENOVEVA FERNANDEZ CARRAL; SELMA HERRERO LÓPEZ; ELENA RIVAS CILLEROS; MARIA INMACULADA COLLANTES HERNANDEZ; RAQUEL PELAYO ALONSO; PATRICIA LAURA AGUEROS FUENTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17542

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

De la misma manera que los conocimientos se quedan obsoletos, los modos de aprender también lo hacen, encontrándonos actualmente en un momento donde la inmediatez, la cultura visual y la interactividad, inciden en las formas en las que las personas aprenden. Desde la Unidad de formación, aprovechando el impulso propiciado por la irrupción de la pandemia, determinamos que podía ser el momento adecuado para desarrollar otro tipo de contenidos educativos, que atrayendo el interés de los profesionales, generasen una experiencia formativa más innovadora, efectiva y atractiva, pero con la máxima de que lo pedagógico siempre primase sobre lo tecnológico. La implementación de herramientas y creación de contenidos digitales se tornó fundamental.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Exponer herramientas y recursos implantados para producción y difusión de contenidos digitales. Para la implantación se siguieron varias etapas:

1. Reunión del equipo para analizar situación de partida. Revisión recursos y herramientas ya existentes y aquellas que podíamos necesitar en función del tipo de contenido a crear, (entorno virtual de aprendizaje, herramientas para generar contenidos, cuestionarios, encuestas, edición, comunicación, control telemático asistencia, gamificación, etc).
2. Se revisaron y evaluaron distintas herramientas y aplicaciones, analizando funcionalidades, condiciones de uso, requerimientos técnicos, limitaciones, compatibilidad, reproductibilidad, capacidad de adaptación a cualquier tipo de enseñanza, tiempo de aprendizaje, necesidad o no de licencia y facilidad de uso para alumnos y docentes, estos últimos serán los que decidan cómo y cuándo utilizarlas para impulsar el proceso de aprendizaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las herramientas implantadas fueron:

1. Plataforma Moodle. Datos asociados a su uso: 19 cursos gestionados, 90 documentos subidos, 18 presentaciones, 83 grabaciones de audio, 41 videos, 472 preguntas, más de 500 participantes.
 2. Plataforma Zoom: 12 cursos gestionados, 50 sesiones web impartidas, 99 horas de formación y 537 participantes
 3. Producción de contenidos: Ispring, genially, canva, animaker, biteable, H5p
 4. Programas edición videos y audios: Movavi, Audacity, VSDC, Handbrake
 5. Gamificación: Educaplay, wordwall
 6. Cuestionarios google y códigos QR
 7. Cámara de vídeo, micrófonos, croma, trípode, focos
1. Conocer las distintas herramientas nos ha permitido adquirir mayor conciencia de las nuevas tecnologías y su impacto para el correcto desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje
 2. Ofrecen la posibilidad de crear contenidos adaptados a las necesidades e intereses que el docente persigue con la formación
 3. Enriquecen el proceso enseñanza aprendizaje al motivar al alumno con la interactividad y participación, favoreciendo el desarrollo de competencias digitales
 4. Favorecen la comprensión y el interés de los alumnos al disponer de recursos muy variados como animaciones, material audiovisual, programas interactivos
 5. Las unidades de formación como agentes de cambio debemos ofrecer y facilitar su uso

EXPERIENCIA DE MICROLEARNING EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

GENOVEVA FERNANDEZ CARRAL; SELMA HERRERO LÓPEZ; FAUSTINO GONZÁLEZ MENÉNDEZ; JOSE LUIS COBO SÁNCHEZ; RAQUEL PELAYO ALONSO; MARÍA INMACULADA COLLANTES HERNANDEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17551

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El microlearning o microaprendizaje es una metodología elearning que se caracteriza por fragmentar los contenidos en pequeñas unidades de aprendizaje, de breve duración, disponibles en línea, accesibles desde cualquier dispositivo y con la máxima de "menos es más", por lo que busca aportar mayor calidad de contenido en el menor tiempo posible. Con estas premisas se diseña un programa formativo online, constituido por distintas píldoras formativas para profesionales del servicio de neonatología de nuestro Hospital, cuyos responsables buscaban ante la restructuración de su plantilla, actualizar y unificar procedimientos de actuación, brindando una formación online y posibilitando que estos contenidos pudieran reutilizarse en el futuro para personal de nueva incorporación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un programa formativo que ofreciendo contenidos actualizados, cortos y precisos, transmitiesen una idea clara y concisa que facilitase al profesional su comprensión y entendimiento de manera efectiva.

1. Se mantienen reuniones con los responsables docentes, donde tras presentar su idea de proyecto y contenidos, reciben asesoramiento sobre el posible diseño, formatos, recursos y procedimiento para su utilización.
2. Consensuado estos aspectos, se diseña una presentación de contenidos que pueda llevarse a cabo de forma estructurada y dinámica permitiendo un aprendizaje progresivo y autónomo del alumno.
3. Se establece un calendario para la elaboración y grabación de píldoras formativas algunas de las cuales se complementan con el diseño de ejercicios interactivos o actividades de gamificación. Los archivos se presentan en formato Scorm y como vídeos, en formato mp3 con una duración máxima de 10 minutos. El material revisado y maquetado por los gestores de formación, es alojado en una plataforma Moodle, a la que el alumno debe acceder con sus propias credenciales y cuyos únicos requerimientos son disponer de una conexión de internet y un dispositivo de conexión (pc, Tablet o móvil).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se diseñan tres Acciones formativas: Método madre canguro, monitorización de la función cerebral y sistema de hipotermia terapéutica.

Se elaboran: 22 Grabaciones audio, 11 vídeos, 8 actividades de gamificación, 75 preguntas. Participantes 171. Índice medio satisfacción: 95,49%. Valoraciones estudiantes: Utilidad, claridad, concreción, aplicabilidad, formato dinámico y atractivo.

1. El microlearning se postula como una metodología perfecta, para actualizar conocimientos de forma amigable, en un tema concreto y de una manera rápida.
2. Permite ofrecer contenido actualizado, con rigor y combinando distintos formatos.
3. Incrementa la atención y el interés del alumno por su interactividad y favorece la retención de lo aprendido.
4. Su diseño debe cumplir con los mismos criterios de rigurosidad exigidos a formaciones de mayor extensión.
5. Aumenta la participación voluntaria en el aprendizaje y disminuye el abandono.

NOTAS DE ESPERANZA: EXPLORANDO EL IMPACTO DE LA MÚSICA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑEIRO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; JESÚS CAMPOS ALBERT; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17652

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La música es una terapia no invasiva y motivante con un demostrado efecto positivo sobre el estado de salud del paciente, aumentando su bienestar emocional, cognitivo y físico. Por esta razón, desde nuestra UCI hemos emprendido una iniciativa piloto para valorar los efectos de la música en nuestros enfermos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo es conocer los efectos positivos de la música en los pacientes ingresados en nuestra UCI.

Varios estudios han analizado el efecto de escuchar música en pacientes de la UCI. En ellos, se describe que la música se asocia significativamente con niveles más bajos de cortisol sérico, disminución de la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, así como una disminución de la presión arterial media, del dolor y la ansiedad. En pacientes que requieren ventilación mecánica, se ha observado una menor necesidad de fármacos sedoanalgésicos, disminución del tiempo de destete y mejora de otros parámetros fisiológicos. La UCI del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena inició en el año 2020, varios proyectos dirigidos a mejorar la experiencia de pacientes y familiares durante su estancia en UCI. Todos ellos forman parte del Proyecto de Humanización y quedan recogidos dentro del plan de Gestión de Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 en la que estamos acreditados desde el año 2018. Como parte de ese proyecto se decidió iniciar una experiencia piloto para valorar el impacto de la música en pacientes y familiares de UCI. Para ello se contactó con músicos voluntarios, algunos de ellos antiguos pacientes, que han querido cantar a nuestros enfermos, familiares y compañeros con el objetivo de aliviar la experiencia de estar hospitalizado en la UCI.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2023, se han llevado a cabo 4 sesiones de música en las que se vivieron momentos muy emotivos. Pacientes, familiares y cuidadores consiguieron liberarse de las preocupaciones momentáneamente, logrando disminuir el estrés asociado a la hospitalización en la UCI y viviendo la magia de la música en directo.

Incluir la música en la UCI es una intervención no farmacológica económica e inocua, que reduce la ansiedad y la intensidad del estrés y de la percepción del dolor. Aunque la evidencia aún es débil y necesitamos de más estudios para confirmar todos estos efectos, desde nuestra UCI seguimos trabajando en este proyecto para fomentar el mayor bienestar de nuestros pacientes y en un futuro poder estudiar de una forma más precisa el impacto de la música en nuestros enfermos.

Actualmente estamos desarrollando esta nueva estrategia de forma más precisa redactando protocolos que describen cada paso a dar desde el contacto con los músicos y cantantes, los permisos pertinentes, encuestas de satisfacción a pacientes, a familiares y a personal sanitario, medición de impacto sobre variables clínicas, sobre consumo de analgésicos, grado de ansiedad y estrés. Todo ello en colaboración el Servicio de Psicología Clínica.

PROCESO PARA IMPLANTAR UN NUEVA TERAPIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA ACREDITADO EN CALIDAD ASISTENCIAL

JESÚS CAMPOS ALBERT; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS; MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; MARIA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15137

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La hemoperfusión (HP) es un procedimiento que consiste en la retirada de mediadores inflamatorios mediante adsorción durante el paso de la sangre por un filtro específico. El objetivo es atenuar la respuesta inflamatoria que la sepsis provoca en el paciente crítico, siendo éste uno de los motivos por los que se decide implementar en la cartera de servicio de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Su puesta en marcha es un proceso de gran complejidad que precisa ser correctamente justificado, pero su evidencia creciente la hace importante como otra herramienta terapéutica en el paciente crítico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir todo el proceso seguido y necesario para introducir una nueva técnica para el tratamiento del paciente crítico.

Se describe de forma detallada el procedimiento de implantación de una nueva terapia en la cartera de servicio de una UCI, desde el conocimiento de la evidencia científica hasta la puesta en marcha definitiva.

El procedimiento queda recogido en distintos protocolos que forman parte del plan de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en la que nuestra UCI está acreditada y reacreditada desde el año 2018.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se inicia con la revisión de la evidencia científica publicada sobre el uso de la HP en el manejo de determinados pacientes críticos. Tras esto, se procede a la presentación de los documentos necesarios para su aprobación por la Comisión Técnica de Compras y por el Gerente del hospital.

Una vez aprobado, pasa a ser valorado por el Grupo de Evaluación de Nuevas Tecnologías y por el Gerente del Servicio Murciano de Salud. Obtenida la conformidad, queda introducida en la cartera del servicio de nuestra UCI.

Se elaboraron protocolos de práctica clínica que detallan el perfil del enfermo candidato y el modo técnico de desarrollar la terapia. Se realizó entrenamiento del personal con talleres prácticos documentados con recogida de firmas, como se detalla en el protocolo de formación de nuestro plan general de calidad.

En octubre de 2022 se realiza la primera sesión de HP. Tras sentar la indicación e informar a la familia, se contactó con la casa comercial para recibir soporte. No se describieron complicaciones relacionadas con la técnica. Se han tratado 4 pacientes más con resultados similares, siendo actualmente una técnica integrada en nuestro servicio.

La introducción de una nueva terapia en un servicio hospitalario es un proceso complejo que debe ser correctamente justificado y aprobado por diferentes comisiones. En este caso concreto, precisa además de un entrenamiento específico del personal, así como de la elaboración de protocolos detallados que abarquen todos los detalles clínicos y técnicos oportunos para conocer sus indicaciones, montaje y manejo para evitar eventos adversos. Esta complejidad se ve incrementada en nuestro caso ya que, al tratarse de una unidad acreditada en gestión de calidad, la ampliación de cartera de servicios se tiene que documentar adecuadamente según los procesos establecidos por dicho plan de gestión.

GESTIÓN DE OPORTUNIDADES Y PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

SUSANA MENDEZ LAGE; MARIA CRUZ FONTECOBA SANCHEZ; ALICIA MARIA FERNANDEZ LOPEZ; TAMARA MANSO GÓMEZ; LAURA SANTE FERNÁNDEZ; JOSE ANDRÉS AGULLA BUDIÑO

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL// GALICIA

ID: 15258

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El riesgo de desabastecimiento y necesidad de resultados inmediatos identificados debido a la pandemia SARS-CoV-2 hizo necesario adquirir nuevo equipamiento entre otras medidas. Este tratamiento del riesgo se ha convertido en una oportunidad que nos permite mejorar el diagnóstico en otras muestras optimizando los equipos. Es el caso del procesamiento convencional de heces que tiene limitaciones en la identificación etiológica de la gastroenteritis infecciosa (GI) requiriendo un mínimo de 48 horas para dar respuesta, con lo que implantando el diagnóstico sindrómico basado en PCR múltiple en tiempo real, se obtiene mayor sensibilidad y especificidad, disminuyendo el tiempo de respuesta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar la detección de patógenos causantes de GI en muestras de heces mediante biología molecular y compararlo con el cultivo convencional. Planificar y gestionar el cambio en el proceso acorde a requisito de norma en un servicio certificado por la Norma ISO 9001.

Métodos

Se analizaron 238 muestras de heces con sospecha de GI de 6 a 27 de febrero de 2023. Se realizaron ambas técnicas en paralelo: cultivo convencional para detección de entero bacterias y determinación de antígeno mediante inmunocromatografía para virus gastrointestinales según metodología implantada en nuestro laboratorio, y se comparó con la detección molecular mediante PCR a tiempo real con 3 paneles Allplex que detectan bacterias, virus y parásitos (Seegene Inc. Seoul, Corea).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De las 238 muestras de heces, 27 (11,34%) fueron positivas en cultivo y/o antígeno, mientras que por técnicas moleculares fueron positivas 77 muestras (32,35%).

El patógeno bacteriano más frecuente detectado por técnicas moleculares fue *Campylobacter* spp. en 12 muestras (15,58%), entre los virus fue *Norovirus* en 36 muestras (46,75%), y con respecto a los parásitos, *Dientamoeba fragilis* y *Blastocystis hominis* en 2 muestras cada uno (2,6%). Se detectaron infecciones mixtas en 3 casos (3,9%).

Se llevó a cabo la implantación coordinando personal de microbiología, técnicos de empresa proveedora y otros profesionales afectados, mediante formación, actualización de protocolos de trabajo y difusión de información. Concluida la formación y verificada la mejora en los resultados, se informó a los peticionarios del cambio de técnica mediante correo electrónico corporativo.

Conclusiones

La detección molecular incrementa la tasa de detección de patógenos, acorta tiempos y permite una actuación más rápida, mejorando la seguridad del paciente.

La planificación del cambio se ha llevado a cabo siguiendo los protocolos de trabajo y procedimientos de calidad de nuestro laboratorio.

Se ha gestionado una oportunidad derivada del tratamiento de un riesgo, con una adecuada planificación y gestión del cambio.

REDES SOCIALES EN ENFERMERÍA: ANÁLISIS E IMPLICACIONES PARA LA DIVULGACIÓN DE CONTENIDO CIENTÍFICO Y PROFESIONAL

MARÍA TERESA ROLDÁN CHICANO¹; M^a GEMA JOVER DORADO²; EVA MARÍA MADRID CLEMENTE¹; MARÍA TERESA MORENO MARTÍNEZ¹; ALVARO MORENO FERNÁNDEZ²; JOSÉ MARTÍN RODRÍGUEZ¹

¹HGU SANTA LUCIA DE CARTAGENA, ²SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17739

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las redes sociales pueden ser herramienta para la difusión y divulgación de contenido científico y profesional en Enfermería. Un análisis sociodemográfico de la población objeto puede facilitar la planificación de estrategias de divulgación (selección de red social, formato óptimo en el diseño de contenidos etc.).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir el uso de redes sociales por estudiantes y profesionales de enfermería para consultar contenido profesional o científico, y analizar su relación con las características sociodemográficas de la muestra.

Diseño descriptivo. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario online creado ad-hoc. La encuesta fue cumplimentada por estudiantes y profesionales de enfermería. Se hizo un análisis descriptivo de las variables. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de las variables cuantitativas. Se utilizó la prueba de U Mann-Whitney para determinar la asociación entre variables categóricas dicotómicas y cuantitativas y la prueba de Kruskal-Wallis para variables categóricas politómicas y cuantitativas. Se consideraron diferencias significativas entre variables cuando el nivel de significación (p) fue inferior a 0,05.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

103 personas contestaron la encuesta. La edad media fue de $34.9 \pm 14,7$ años. La mayoría de los encuestados confirmó que utiliza las redes sociales para acceder a contenido profesional o científico, de forma frecuente 41 (39%) u ocasionalmente 47 (44,8%). Las redes sociales que más utilizan para consultar contenido de enfermería (opciones no excluyentes) fueron: Instagram 75 (72,1%), Youtube 53(51,5%), Whatsapp 42 (40,4%) y Tik tok 37 (35,6%). Los formatos preferidos de presentación del contenido fueron vídeos 86 (82,7%), imágenes y gráficos 65 (62,5%) e infografías, algoritmos o resúmenes visuales 58 (55,8%).

El contraste hipótesis mostró que no había diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de uso de las redes sociales y la edad $p=0,38$, tampoco la hubo entre la autopercepción de capacidad de identificar noticias falsas o poco contrastadas y la edad (0,104) o el ser estudiante o profesional ($p=0,733$). Si las hubo al relacionar las diferentes redes sociales con la edad, siendo la edad media inferior en el uso de las redes sociales Instagram ($p<0,001$) y Tik tok ($p<0,001$). La edad media fue mayor, de forma significativa, en las redes sociales Whatsapp ($p<0,014$), Telegram ($p=0,01$) y Facebook ($p<0,01$). No se encontró relación significativa entre la edad y el uso de Youtube y Twitter.

Instagram y Tik tok son las redes sociales más utilizadas entre los más jóvenes. Su enfoque en formatos visuales: vídeos, fotos e imágenes pueden ser un complemento importante para el aprendizaje. Sin embargo, la creación de contenido en estas redes debe contrarrestar la falta de contexto y el sesgo con el que puede darse la información, resultando necesario enfatizar la relación del contenido que se ofrece y la evidencia científica que lo sustenta.

POR UN HOSPITAL VERDE: MINIMIZACIÓN DEL CONSUMO PLÁSTICO EN EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS

JAVIER IBAÑEZ CATURLA; NOEMÍ MANRESA RAMÓN; ISA QUILES PEDROSA; ERIKA PÉREZ UREÑA; MARÍA DOLORES MARTÍNEZ AMANTE; JOSEFA LEÓN VILLAR

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14804

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Optimizar la gestión del almacén de medicamentos mediante la adaptación de la Guía Farmacoterapéutica del hospital (GFT) a presentaciones comercializadas en dosis unitaria, con el objetivo de minimizar el reenvasado hospitalario de fármacos con el consiguiente ahorro tanto material, plástico y energético como de recursos humanos por parte de los técnicos de farmacia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo era minimizar el reenvasado de medicamentos sustituyendo aquellas formulaciones presentes en el hospital por otras equivalentes comercializadas en envase clínico disponible para su dispensación en dosis unitaria. Para ello, se extrajo y analizó un listado conteniendo todas las marcas comerciales farmacéuticas compradas a lo largo de 2022 por parte de nuestro centro con la ayuda del Servicio de Gestión Farmacéutica del Servicio Murciano de Salud . De este listado, se retiraron las marcas que habían sido dadas de baja por la AEMPS a fecha de enero de 2023 y las presentaciones compradas por adjudicación de concurso. Estas referencias se cruzaron con el analizador de compras del grupo TECNO-SEFH para evaluar las presentaciones no dosis unitaria y las posibles alternativas. Aquellas referencias detectadas se evaluaron individualmente en el almacén y se revisaron, eliminando aquellas con número bajo de movimientos no incluidas en la guía farmacoterapéutica. De los medicamentos restantes, se evaluaron alternativas con dosis unitaria según oferta comercial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el cribado inicial, se encontraron 105 referencias que no se presentaban en dosis unitaria; 55 de las mismas se eliminaron por tratarse de medicamentos no incluidos en la GFT; una revisión manual reveló que 13 de ellos sí presentaban dosis unitaria. De los 40 fármacos valorados para su sustitución por otras marcas comerciales, 8 se descartaron por baja rotación. Se sustituyeron 32 presentaciones por marcas comerciales con presentación en dosis unitaria no requiriendo reenvasado hospitalario.

Como consecuencia, teniendo en cuenta el consumo de 2022, se prevé que se logrará ahorrar el reenvasado de 11.200 medicamentos en unidosis anualmente.

La minimización del reenvasado de medicamentos es una medida útil y sencilla que disminuye la contaminación plástica y ahorra recursos tanto materiales como humanos, sin perjuicio para los pacientes.

LA DESCARBONIZACIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

JULIA RODRÍGUEZ SANCHIDRIÁN; ANA ISABEL CERRILLO MARTÍN; MATIA TERESA ARAQUE SANCHEZ; CONCEPCIÓN SIERRA RICO; CARMEN OÑATE HEREDERO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15217

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La industria textil es responsable del 20 % de la contaminación mundial del agua potable y del 10 % de las emisiones mundiales de carbono.

Cada año se produce el equivalente a 1200 millones de toneladas de CO₂. Este dato está en continuo crecimiento y demuestra que la industria textil es una de las más contaminantes del mundo, teniendo en cuenta el gasto de agua y la huella de carbono.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Gestión de la operativa de la unidad de lencería Control de expedientes contratación

Control de stocks

Gestión y análisis de partes de actividad Creación de un inventario de uniformidad

Control en la entrega de uniformidad y calzado según trabajador y categoría Reducción de residuos

Reducción de consumo recursos naturales

A través de reuniones entre la Jefa de Servicio de Servicios Generales, el Jefe de Sección de Asuntos Generales y la Responsable de Gestión Ambiental, se analizaron las necesidades de la unidad de lencería, dirigidas tanto a la mejora de la gestión de la unidad, la disminución de los residuos que generaba, así como la disminución de las emisiones de CO₂.

Se han llevado a cabo dos acciones principales:

1. Instalación de dispensadores de uniformes en los quirófanos del Hospital.
2. Creación de una aplicación informática de los Servicio Generales del Hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la instalación de los dispensadores de uniformes en los quirófanos:

Se realiza un uso optimizado de la uniformidad a través del control de créditos de los empleados. Ahorro de espacios, reducción de espacios y de los gastos que conlleva.

Mayor eficiencia y ahorro de costes en la dispensación y devolución de uniformes (ahorro en costes de electricidad y agua). Reducción de los gastos de lavandería y recortar el nivel de inventario.

Disminución en la compra de uniformidad, disminuyendo así las emisiones de CO₂, el consumo de recursos naturales,...

Gracias la aplicación informática, se ha realizado un catálogo de uniformidad y EPIS por categoría profesional, en el que se establece una frecuencia de entrega, con lo que se consigue que el profesional sea más responsable con su ropa de trabajo, evitando el mal uso y que los uniformes sean acaparados, por lo que la petición de uniformes ha disminuido de forma considerable.

Se ha instaurado la firma digital a la hora de recepcionar la uniformidad por parte del profesional, con lo que se ha notado una disminución en el consumo de papel.

Nuestro Hospital es una gran organización, en la cual coexisten distintas disciplinas profesionales. El éxito de las acciones llevadas a cabo ha residido en la responsabilidad e implicación de todas ellas de una manera transversal.

Con el apoyo de formaciones específicas, cartelería y sensibilización y educación en materia de medio ambiente hemos conseguido la implantación de dispensadores de uniformidad y de una aplicación informática que nos permite gestionar la unidad de forma eficiente y eficaz, y dirigir nos a nuestro objetivo de emisiones cero. La emergencia climática es una realidad en la que todos somos responsables.

LA RESPONSABILIDAD DEL SECTOR SANITARIO. CAMINANDO HACIA UN HOSPITAL SIN PLÁSTICOS

JULIA RODRÍGUEZ SANCHIDRIÁN; ANA ISABEL CERRILLO MARTÍN; MARIA TERESA ARAQUE SANCHEZ; CONCEPCIÓN SIERRA RICO; CARMEN OÑATE HEREDERO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15224

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La sanidad genera un 4,4% de las emisiones netas mundiales de gases con efecto invernadero. Según datos de la OMS el cambio climático causará anualmente unas 250.000 defunciones adicionales entre 2030 y 2050. Se conoce que los efectos del plástico sobre la salud son muy negativos. Algunos de estas consecuencias nocivas conocidas van desde afecciones cancerígenas prácticamente en todo el ciclo de vida de los plásticos, afecciones cardiovasculares debido a la ingesta de micro plásticos, enfermedades relacionadas con el sistema nervioso o reproductivo, así como enfermedades inmunosupresoras, entre otros impactos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Una de nuestras líneas de actuación en los últimos años ha sido el compromiso con el medio ambiente, para minimizar nuestro impacto sobre él, y prevenir sus efectos negativos sobre la salud de las personas. Por ello, desde el 2019 trabajamos para eliminar los plásticos en el Hospital, disminuir su consumo o sustituirlos por materiales sostenibles

Se ha implicado a todos los profesionales de la organización. Ha sido un trabajo transversal y multidisciplinar en el que todas las categorías han intervenido a la hora de aportar ideas y soluciones.

Se ha llevado a cabo una formación en materia de sensibilización ambiental y de gestión de residuos sanitarios a los profesionales. En el Hospital hay disponible un curso anual presencial de Gestión de Residuos Sanitarios y también se realizan formaciones in situ a todas las unidades e inspecciones a los cuartos de residuos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A lo largo de los últimos años se ha reducido considerablemente el plástico utilizado en el centro, y se ha aumentado la cantidad de envases de plástico reciclados en el Hospital.

En 2021 se recogieron 4.640 Kg más que en 2020, lo que supuso un aumento del (12,26%)

En mayo de 2022 se han instalaron 3 máquinas de reciclaje de envases con un sistema de devolución y recompensa, a través del cual se han reciclado 1.710 latas y 13.434 botellas.

Se ha eliminado la compra de menaje de plástico de un uso: cuchillos (102.300 unidades), tenedores (139.900 unidades), platos (229.300 unidades), vasos (2.565.850 unidades) y cucharas (668.200 unidades).

Los contenedores de clase V se han sustituido por bolsas de gran capacidad.

Se han sustituido las bateas de plástico por bateas de celulosa (Compra/año 21.700 ud).

Se han sustituido las botellas de agua por botellas PET, y las botellas de las máquinas vending por botellas 100% recicladas y reciclables.

Concurso de bolsas de RSAU y para Ropa sucia (100% recicladas)

Se han instalado máquinas de café con la posibilidad de utilizar tu taza.

El deterioro del medio ambiente influye negativamente en la salud de las personas, por ello las organizaciones sanitarias debemos abrir una línea de trabajo para cuidarlo y minimizar al máximo el impacto que tiene nuestra actividad sobre él. Debemos ser referentes y servir de modelo a la sociedad, a través de la incorporación de nuevos hábitos en nuestra praxis diaria.

TUTORIZAR UN ALUMNO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE MEDICINA INTERNA. TODA UNA RESPONSABILIDAD

GLORIA MUÑOZ PÉREZ; JOSÉ JORGE CARRASCO GUIRAO; ENCARNACIÓN CANTERO SÁNCHEZ; MARÍA GIMÉNEZ CASSINELLO; ANTONIA BELMONTE GARCÍA; M^ª ÁNGELES CARMONA RODRÍGUEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15238

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La figura del tutor de prácticas de Enfermería, como enlace entre la Universidad y la institución permite que los alumnos adquieran las competencias en los distintos prácticums del Grado de Enfermería. Nuestro hospital acoge durante todo el año alumnos de varios cursos de las distintas universidades de Murcia. En las unidades de MI, pasan alumnos de 2º y de 3º con distintos niveles de conocimientos. Cada uno es tutorizado por un enfermero, que de forma voluntaria se responsabiliza de su formación como futuros compañeros, y debe adaptarse al nivel que trae el alumno. Consideramos que sin ellos sería imposible garantizar la calidad de la formación de estos futuros profesionales. Necesitamos conocer la percepción del tutor al añadir a su trabajo diario esta responsabilidad de llevar una carga extra. Para ello se realizó este estudio en dos unidades de Medicina Interna MI de nuestro centro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General: Analizar el grado de satisfacción de los tutores de Enfermería de MI Específicos:

1. Describir los aspectos positivos y negativos valorados por los profesionales
2. Identificar posibles mejoras en la tutorización

Estudio observacional descriptivo transversal del 1 de abril al 25 de mayo, mediante cuestionario a los enfermeros de dos unidades de MI, con distintos tipos de respuestas y texto libre.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participación: 86,4%. El 58% consideran que llevar un alumno les mantiene activo en conocimientos y el 20,7% nos indica que les mantiene motivados. El 58,1% identifica que les enlentece el trabajo y el 35,6% destacan que es mucha responsabilidad. Casi el 50% piensa que es necesario mejorar la coordinación entre el tutor y el profesor asociado.

Conclusiones

1. El grado de satisfacción de los tutores de alumnos es positivo entendiéndose que esta responsabilidad les permite sentirse motivados y activos en conocimientos.
2. El tutor aboga por una mayor retroalimentación desde la institución y la universidad que les permita conocer con antelación cuáles son los conocimientos que tiene el alumno al inicio de sus prácticas.
3. Consideramos que en un futuro podría ser interesante validar la encuesta y trasladar el estudio a otras unidades y distintos hospitales para futuras líneas de investigación.

LA INTEGRACIÓN DE LOS ODS EN EL PLAN ESTRATÉGICO DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

JULIA RODRÍGUEZ SANCHIDRIÁN; ANA ISABEL CERRILLO MARTÍN; MARIA TERESA ARAQUE SANCHEZ; CONCEPCIÓN SIERRA RICO; CARMEN OÑATE HEREDERO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17126

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El sector sanitario tiene un alto impacto sobre el cambio climático, pero al mismo tiempo, puede ser uno de los sectores claves en su lucha

El papel de las organizaciones en el alcance de la Agenda 2030 es fundamental. Para ello es imprescindible integrar los ODS en la gestión de estas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Desarrollar un plan de acción para alcanzar la descarbonización de la organización y cumplir así con la agenda 2030-2050.

Los pasos llevados a cabo para esta integración han sido los siguientes:

- Conocer los ODS
- Definir prioridades
- Definir los objetivos para trabajar y establecer metas.
- Integración de los ODS y acciones dirigidas a la consecución de los objetivos
- Comunicación

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los ODS integrados en el Plan de Gestión de la Organización y las metas trabajadas son:

ODS 6. AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO

Meta 6.4. Aumentar el uso eficiente de recursos hídricos: Reutilización del agua para actividades como riego de zonas verdes

ODS 7. ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE

Meta 7.2. Aumentar la energía renovable del conjunto de fuentes energéticas

Meta 7.3. Duplicar la tasa de eficiencia energética, ampliar la infraestructura y mejorar la tecnología, servicios energéticos modernos y sostenibles Edificios con energías renovables

ODS 9. INDUSTRIA, INNOVACIÓN, INFRAESTRUCTURA

Meta 9.4. Modernización de las infraestructuras, tecnología limpia Equipamiento y tecnología de vanguardia

ODS 12. PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES

Meta 12.2. Reducción del consumo de recursos naturales Meta 12.3. Reducción desperdicio alimentario

Meta 12.4. Gestión de desechos y productos químicos

Meta 12.5. Prevención, reducción, reciclado y reutilización de desechos Eliminación de plásticos de un solo uso.

ODS 13. ACCIÓN POR EL CLIMA

Un medio ambiente saludable es un requisito indispensable de la buena salud. La reducción de la contaminación del aire, el agua y las sustancias químicas puede evitar hasta una cuarta parte de la carga mundial de morbilidad.

IMPACTO DE UNA INICIATIVA DE ESCRITURA TERAPÉUTICA PARA LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

ANA PATRICIA NAVARRO EGEA¹; MARIA TERESA RABADAN ANTA¹; MANUEL JOSE SAURA PEREZ¹; MIGUEL HERNANDEZ VALVERDE²; ARTURO PEREDA MAS¹; FRANCISCO SORIANO CANO¹

¹H.C.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²CONSEJERÍA DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17478

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El programa 'Cuidamos de ti' es una iniciativa de nuestra organización que fomenta el bienestar físico y emocional de los profesionales del sistema público sanitario y sus familiares. Dentro de dicho programa se han llevado a cabo actividades muy diversas relacionadas con el ocio y el tiempo libre (como rutas y visitas guiadas), talleres de bienestar emocional (vídeos explicativos y clases dirigidas, ambos realizados por compañeros) y actividades relacionadas con el bienestar físico (recetas de cocina y vídeos explicativos sobre ejercicio).

Enmarcado en este programa, nuestra área de salud ha liderado, entre otras iniciativas, el I Concurso de Microrrelatos para profesionales del sistema público sanitario, una propuesta para promover entre los profesionales la escritura terapéutica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Ofertar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de la organización la posibilidad de escribir uno o dos microrrelatos, de forma que compartan sus inquietudes y pensamientos con el resto de compañeros.

Para llevar a cabo esta iniciativa, se constituye en primer lugar el comité organizador que se encarga de establecer las bases del concurso, crear el cartel y dar difusión del mismo.

En este foro, se validan los premios que se van a entregar a los tres mejores microrrelatos, que constan de tres una noche para dos personas en tres hoteles de la región.

A continuación, se constituye el jurado, el cual estará formado por profesionales relacionados con la literatura y que representen todas las áreas de salud de nuestra comunidad. Este jurado determina los criterios para llevar a cabo la evaluación de los trabajos presentados. Estos serán leídos por dos miembros del jurado, y serán puntuados de 1 a 10.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han presentado un total de 164 microrrelatos, de los cuales el 7.3% han sido excluidos por no cumplir con las bases establecidas. Las áreas de salud con más trabajos presentados han sido la I, la VII y la II, con un 40.9%, un 15.2% y un 13.4% de participación respectivamente.

Se va publicar un libro que contenga todos los microrrelatos presentados, tanto en formato papel como digital.

Esta iniciativa otorga la posibilidad de compartir vivencias entre los profesionales de la organización a la vez que damos a conocer el programa 'Cuidamos de Ti'. Además, con la colaboración de los tres hoteles que han cedido los premios otorgados, se dan a conocer distintos lugares de nuestra región. Consideramos que ha sido un éxito y hemos aprobado el lanzamiento de la segunda edición del concurso en el año 2024.

EL GRAN DESAFIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONSEGUIR COBERTURA ASISTENCIAL

MARIA LUISA ALCAZAR GONZALEZ; MERCEDES ALMAZAN DEL POZO; GEMA DOMINGO GIL; MARIA DEL MAR CALVO MARIA; ELOY VARGAS PEREZ-CEJUELA; ANTONIO MARTINEZ AGUADO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 12653

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria debe ser estratégica en cualquier servicio de salud de Comunidad Autónoma.

La sostenibilidad de este modelo se ha visto amenazada en los últimos años por el déficit de profesionales, en especial de médicos de familia y pediatras, dispuestos a trabajar en centros de salud donde hay mayor sobrecarga asistencial y/o aquellos que están más alejados de los grandes núcleos de población.

Además, es preciso optimizar el trabajo de los profesionales con una visión de equipo y racionalizando los recursos. La GAAP de la CM ha realizado una planificación estratégica que incide sobre aspectos clave del presente y futuro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo primario es aumentar la cobertura asistencial, adaptándola a las necesidades de asistencia sanitaria y circunstancias de la población y de la plantilla.

Otros objetivos

Incrementar número de profesionales dispuestos a trabajar en A.P.

Hacer más atractivas plazas concretas valorando sus especiales condicionantes asistenciales utilizando las retribuciones.

Aumentar el % de puestos cubiertos (cobertura asistencial), especialmente en categorías deficitarias (mf y pp) y en centros donde es necesario.

Mejorar la accesibilidad.

Material y Métodos

Se realiza un análisis de las coberturas asistenciales en los últimos años de los Centros de salud. Se decide impulsar líneas de trabajo dirigidas a conseguir la adecuación y el dimensionamiento de la plantilla, la reorganización de la atención sanitaria y la gestión de la accesibilidad a los centros; Plan de Mejora Integral de la A.P.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En cuanto a profesionales disponibles: se logró la aprobación del Consejo de Gobierno de la CM para crear 1.222 nuevas plazas de todas las categorías (2022-23), tres nuevos complementos de productividad fija (tarjeta sanitaria atendida -TSA-, población atendida en domicilio enfermería y ruralidad) y una retribución específica (productividad variable) para MF y PED para cubrir ausencias. Acuerdo 2 de febrero de 2022, por el que se aprueba la implantación de medidas en materia de rr hh contempladas en el Plan de Mejora Integral de la A. P. 2022-2023.

Los nuevos conceptos retributivos han supuesto 3.800 € de media anual para MF, 3.300 para PED, 1.600 para enfermería y 1.300 para aux. adm., TCAE y celadores en concepto TSA y 3.600 € anuales para MF y PED, 2.304 para ENF y 1.368 para resto en concepto ruralidad.

Conclusiones

Las medidas económicas ayudan a mejorar la cobertura de plazas no deseadas.

La GAAP considera necesario "hacer más atractivas" plazas con mayor dificultad de cobertura.

Los centros con un % mayor de población atendida deben ser beneficiados (TAS), dado que ya tienen menores cupos asignados (TIS).

La asignación de recursos parece ecuánime a la vista de la similar carga asistencial que soportan los centros REFLEXIÓN ¿A la vista del conflicto social desde noviembre 2022 (huelga de facultativos) ha resultado una buena medida? ¿La medida técnicamente era razonable y son otras las causas de este conflicto?

CONTROL DE CALIDAD EN LA DERIVACIÓN DE PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA Y EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO DESDE A.P.

CARMEN HERNÁNDEZ BARRANCOS¹; JOSÉ RAMÓN BENEDICTO SÁNCHEZ²

¹EAP ÁGUILAS NORTE (MURCIA), ²E.A.P MAR MENOR (EL ALGAR) MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14972

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La elevada tasa de prevalencia de patología musculoesquelética que es motivo de consulta en Atención Primaria, tanto dolencias agudas como crónicas, hace necesaria una buena gestión en la derivación al fisioterapeuta que se basará en el cumplimiento de unos criterios que detallaremos en la metodología. Este cumplimiento seleccionará a los pacientes que más se favorecerían de ser incluidos en los grupos de ejercicio físico terapéutico y los que no son susceptibles de dicho acto asistencial. Protocolizar la actuación con estos pacientes hace más dinámica y efectiva la atención a dichos usuarios, además de agilizar y descargar de presión asistencial a la Atención Primaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar a pacientes con patología musculoesquelética crónica, subsidiarios de mejoría y/o curación con el ejercicio físico terapéutico.
- Agrupar a los pacientes en grupos de 10-15 personas con patologías similares.
- Estimular y dinamizar el cumplimiento con refuerzo positivo y consecución de resultados.

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal en un tiempo comprendido desde la captación hasta el alta por mejoría; realizando un corte transversal en el momento del alta a domicilio para seguimiento de los ejercicios en el área doméstica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Por lo expuesto, se hace patente que en las patologías tratadas con el método desarrollado en el apartado anterior, el cumplimiento terapéutico es mayor que cuando es realizado de manera individual, además de ser más dinámico por la interacción entre los propios pacientes. Es de destacar que la figura del fisioterapeuta como monitor y supervisor del correcto cumplimiento es de vital importancia, interviniendo de manera individualizada en los casos que fuera necesario debido a las particularidades de cada paciente.

MEJORA DE LA GESTION DOCUMENTAL EN UN SERVICIO DE FARMACIA

MARÍA DOLORES NÁJERA PÉREZ; CONSUELO GARCÍA MOTOS; MARIA HERNANDEZ SANCHEZ; JUAN ANTONIO GUTIERREZ SANCHEZ; MARIA JOSE PAVIA RODRIGUEZ (2); JOSEFA LEON VILLAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15191

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El funcionamiento correcto de un Servicio de Farmacia Hospitalario (SFH), requiere de un elevado número de documentos: planillas, procedimientos, protocolos, memorias, hojas informativas, consensos, etc. que deben estar permanentemente actualizados y disponibles para todos los profesionales implicados en las diferentes tareas. Adicionalmente la prevención de los defectos de calidad derivados del uso erróneo de procedimientos obsoletos permite incrementar la eficiencia en la gestión de los recursos humanos y materiales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer un sistema de organización sistemático claro y accesible para la información compartida en el SFH. Disminuir el tiempo de búsqueda de la información compartida.

Contribuir a la sostenibilidad medioambiental disminuyendo el consumo de papel evitando copias innecesarias que pueden ser consultadas on-line.

Se designó una unidad virtual cuyo acceso es compartido por todos los profesionales del SFH donde quedó ubicada toda la documentación necesaria para el desarrollo organizado y eficiente de las diferentes tareas.

Se seleccionó la documentación actualizada, compartida y previamente codificada, para facilitar su búsqueda, en base a un protocolo de abreviaturas conocido para dotar los documentos de una descripción sistemática con una nomenclatura común en base a la naturaleza del mismo (Manual de Informática: MAN INF, Acta: ACT, etc. Procedimiento Normalizado de Trabajo: PNT), fecha de actualización y nombre específico que definía su contenido.

o Ejemplo: PNT 2023 (nombre del documento)

Se diseñó una encuesta, dirigida a los profesionales del SFH, para evaluar la satisfacción y el tiempo medio necesario para acceder a un documento ejemplo contenido en la unidad compartida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

294 documentos fueron codificados y convertidos en formato PDF e incluidos en la unidad compartida cuyo acceso estaba permitido a todos los profesionales.

El tiempo medio de búsqueda del documento seleccionado para la prueba fue de un minuto. La valoración de la experiencia, fue definida como satisfactoria en el 90% de los usuarios.

Al implementar esta forma de nomenclatura, se ha optimizado el tiempo en la búsqueda de información compartida en el servicio de farmacia y mejorado la eficiencia del equipo.

Disponer de la información actualizada y accesible necesaria para el desarrollo de las diferentes tareas de los diferentes profesionales del SF, permite la mejor gestión del tiempo de cada profesional y eleva la eficiencia global del SFH. Así mismo, puede prevenir errores e ineficiencias en el desempeño laboral y por tanto contribuye a la prevención de defectos de calidad y/o errores que pudieran alcanzar al paciente.

Prevenir la impresión en papel de diferente documentación fútil o desactualizada durante el desempeño laboral contribuye al uso eficiente de los recursos y a la sostenibilidad medioambiental.

IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE FARMACIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARIA VENTURA LOPEZ; ALICIA CASTAÑOS ORTELLS; ISABEL MARIA ALVAREZ MORENO; MARIA DEL CARMEN SOLA ZARAGOZA; RAQUEL LOPEZ MARTINEZ; JUAN RUIZ MARSILLA

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15245

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de prácticas seguras que ayuden a prevenir errores en el proceso de utilización de los medicamentos, es compartida por todos los profesionales sanitarios. La identificación correcta de un medicamento, así como las estrategias para prevenir confusiones de isoapariencia o nombres similares son un elemento clave en la prevención de errores que pueden llegar al paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Incrementar la seguridad del almacenamiento y dispensación de medicamentos evitando la confusión por isoapariencia del material de acondicionamiento secundario o la confusión por nombres o sonidos similares, en el servicio de farmacia del hospital.

Los técnicos Auxiliares de Farmacia (TAF) tienen entre otras funciones la responsabilidad del mantenimiento del almacén de farmacia y el llenado los carros de distribución de los medicamentos individualizados por paciente en Dosis Unitaria.

Se solicitó a los TAF del Servicio de Farmacia que identificaran, de manera individualizada, los medicamentos que con más frecuencia les generaban individualmente algún tipo de confusión o duda.

Se estableció el uso de subrayado de color para identificar las agrupaciones fonéticas y/o léxicas subsidiarias de añadir confusión entre dos medicamentos distintos.

Se estableció que, serán excepciones a la organización del almacén "por orden alfabético de principio activo", aquellos medicamentos subsidiarios de generar confusión que deberán almacenarse siempre separados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La puesta en común de los posibles medicamentos confusores arrojó una lista de 12 medicamentos candidatos a intervención.

Estos medicamentos fueron señalizados en la raíz léxica de las letras que llevaban a confusión por el método descrito anteriormente y se separaron aquellos medicamentos que se encontraban, siguiendo el orden alfabético, próximos en el almacén.

La medida puesta en marcha fue muy bien acogida así como valorada como mejora de la seguridad en la dispensación y almacenamiento de los medicamentos por parte de los TAFs.

La mejora continua de cualquiera de las actividades relacionadas en el servicio de farmacia contribuye a la mejora de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria que proporcionamos a nuestros pacientes.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL: APORTACIÓN

PATRICIA VALERO VALDELVIRA; RUTH GUARCH GONZALEZ; FRANCISCO JOSÉ QUÍLEZ DOMINGO; REBECA DÍAZ GARCÍA; BEATRIZ DÍEZ SÁNCHEZ; MERITXELL DAVINS RIU

HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS Y PUJOL// CATALUÑA

ID: 15314

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Estamos viviendo una etapa de cambios en todos los aspectos a nivel mundial y la incorporación de la transformación digital en nuestra práctica diaria es un hecho evidente y real.

Uno de los pilares fundamentales es el empoderamiento del paciente para que sea partícipe de su proceso de salud junto con el equipo asistencial. Esto supone un cambio de paradigma a nivel asistencial y de roles de los actores actuales. Para ello es necesario cambiar la cultura de la organización y ampliar las competencias del personal asistencial.

¿Cuál es la función de enfermería? ¿Qué puede aportar en este nuevo modelo? ¿Hace falta crear nuevas estructuras o nuevas funciones?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Crear nuevos perfiles asistenciales para ayudar al cambio de modelo asistencial Generar una cultura de cambio dentro de la organización
- Formación en nuevas competencias
- Conseguir mantener o aumentar la humanización en la práctica asistencial con la incorporación de las nuevas tecnologías

Ante estos nuevos retos, se ha evaluado qué necesidades tenemos en los roles actuales y como poder llevar a cabo la transformación del sistema.

Después de diferentes entrevistas y reuniones con los directivos correspondientes, se llegó a la conclusión de que se requería tener una enfermera capacitada con competencias digitales y conocimientos en sistemas de información que asumiera este nuevo rol para ayudar a la transformación del sistema, colaborando con el resto de profesionales sanitarios implicados en el cambio y garantizando el mantenimiento del nivel de seguridad y calidad máxima en el cuidado realizado a los pacientes.

Durante el año pasado, se realizaron cursos de transformación digital dirigido a los profesionales implicados en los proyectos para mejorar las competencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tal y como dice la Agenda Europea 2019-2024 en la segunda de sus prioridades "Desarrollar nuestra base económica: el modelo europeo para el futuro", la transformación digital se seguirá acelerando y tendrá repercusiones de gran alcance.

Enfermería debe incorporarse a este movimiento para garantizar que se mantenga el nivel de calidad y seguridad máxima en el cuidado realizado a los pacientes.

Ello se consigue siguiendo la metodología del proceso enfermero, con evaluaciones continuas que permiten detectar los puntos de mejora consiguiendo aumentar o mantener la máxima calidad asistencial.

Después de 6 meses, se ha conseguido tirar adelante 20 casos de uso de telemedicina en el ámbito hospitalario donde aproximadamente 30 enfermeras han sido líderes o colíderes del proyecto. Actualmente, se han definido 2 tesis doctorales que están en proceso de pasar el CEIC.

Gracias a esta nueva figura, las enfermeras tienen referentes para sumarse al cambio.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE FARMACIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTE UNA SITUACIÓN DE CONTINGENCIA

IRIS MUÑOZ GARCÍA; MARIA JOSEFA BLÁZQUEZ ÁLVAREZ; BEATRIZ GARRIDO CORRO; JUAN LUIS JIMÉNEZ MOLINA; JUAN JOSÉ VERA GUIRAO; JORGE LÓPEZ DÍAZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15342

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, los servicios de farmacia hospitalaria han incorporando nuevos aplicativos que dan soporte a la asistencia sanitaria. Sin embargo, cuando éstos no están operativos, es necesario activar acciones alternativas que garanticen la continuidad asistencial sin perjuicio final sobre el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es describir el Plan de Contingencia del área de atención farmacéutica al paciente hospitalizado del Servicio de Farmacia (SF) durante una caída de los aplicativos implicados en la prescripción electrónica e historia clínica (HIS). Ligado a un proyecto global del hospital, se implantaron e identificaron 3 equipos (+3 impresoras) de contingencia en el SF. El acceso a ellos se realiza por un usuario genérico de contingencia, conocido por el personal facultativo. Se especificaron los diferentes niveles de contingencia y las medidas adoptadas en cada caso, y se recogieron en una instrucción técnica disponible para todo el personal implicado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para cada una de las siguientes acciones y en función del nivel de contingencia activado se establecieron las siguientes medidas:

Para la consulta de las prescripciones médicas (PM) del paciente que se encuentra hospitalizado:

- A. Ante la no disponibilidad de programa de prescripción electrónica (PPE), la PM se consulta en el HIS del hospital (formulario: Tratamiento). Este formulario se genera de manera automática cada vez que se firma/valida una PM en el PPE. El farmacéutico podrá extraer del HIS un listado completo del último formulario generado de todos los pacientes ingresados.
- B. Ante la no disponibilidad de PPE ni HIS, los equipos de contingencia contienen los archivos con la última PM en forma de PDF. Estos ficheros se generan automáticamente cuando la PM es firmada/validada agrupándose por la ubicación que tiene el paciente en el momento de la firma/validación.
- C. Ante un corte de suministro de red, los equipos de contingencia contienen un fichero con un listado de todas PM de los pacientes hospitalizados, que se genera todas las horas pares del día.

Para la dispensación de medicación en dosis unitarias, se ha establecido la generación de 3 archivos diarios (a las 7, 17 y 22h) que contienen la simulación de medicación que debe ser dispensada. Estos archivos quedan disponibles en los sistemas semiautomáticos de dispensación verticales (SSADV). Ante las situaciones 1) y 2), el SSADV no se ve afectado, y la preparación de medicación se realiza como en una situación de no contingencia. En la situación 3), en el SSADV se podrá recuperar el último archivo generado, permitiendo llevar a cabo la dispensación de medicación.

La elaboración de una instrucción técnica propia del área de atención farmacéutica del paciente hospitalizado del SF permite establecer las actuaciones que deben llevarse a cabo ante una situación de contingencia y su difusión al personal implicado, evitando improvisación de las tareas e incertidumbre, garantizando la continuidad asistencial del paciente hospitalizado.

MEJORA ESTRATÉGICA EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA CON ROMIPILOSTIM

ADRIAN MARTINEZ OREA; MARIA GUILLEN DIAZ; JUAN ANTONIO GUITERREZ SANCHEZ; MARIA HERNANDEZ SANCHEZ; SILVIA FERNANDEZ ALVAREZ; NOEMI MANRESA RAMON

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15487

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La elaboración centralizada en el Servicio de Farmacia (SF) de diferentes medicamentos, contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario dado que presenta claros beneficios relacionados con el consumo de recursos (medicamentos) y la mejor gestión del tiempo de los profesionales implicados en la dosificación y administración de los mismos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar los beneficios derivados de la centralización de las preparaciones de romiplostim en el SF junto con la coordinación con el Hospital de Día Médico (HDM).

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes en tratamiento activo con romiplostim desde el 1 de octubre de 2021 al 30 de marzo del 2023. El nuevo circuito participa el farmacéutico responsable del Área de Mezclas Intravenosas (MIV) de la sala blanca, enfermera coordinadora de la zona de MIV y la coordinadora de enfermería de HDM.

Los pacientes con terapia activo de romiplostim se programan los jueves (exceptuando en los días festivos que se agrupan los miércoles) por parte de HDM. Un día antes de la cita, la enfermera coordinadora de MIV, imprime un listado con todos los pacientes citados, permitiendo la validación por parte del farmacéutico antes de su elaboración a través de la historia clínica (Selene®) y analítica. Una vez realizada la validación, se procede a imprimir todas las hojas de preparación y etiquetas identificativas respectivas de cada paciente mediante el programa Farmis®. A primera hora de jueves, el personal de enfermería de la sala blanca prepara todos los romiplostim permitiendo una optimización de los viales, la cual, queda reflejada en la pestaña de "adecuación de la dispensación" de Farmis®. Además de los ahorros de viales, reduce el tiempo de espera de los pacientes ya que su medicación esta validada y preparada desde primera hora.

Las consultas de hematología coinciden con los jueves para aquellos pacientes que necesiten un ajuste de dosis o para cualquier toma de decisión respecto a la terapia.

Las variables recogidas a través de Farmis® y SAVAC® fueron: preparaciones de romiplostim, número de viales consumidos, pacientes con terapia activa y ahorro económico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, se llevaron a cabo 1.197 preparaciones, lo que resultó en un consumo de 1.446 viales. El circuito afectó a 31 pacientes, con un promedio de 12 preparaciones de romiplostim por paciente. Gracias a la implementación del circuito, se logró un ahorro de 367 viales, lo que se tradujo en un coste directo evitado de 175.172,77 €. Única limitación del circuito encontrada es cuando un paciente que no acude a la administración de romiplostim (suponiendo menos de un 1% de las preparaciones).

La centralización en la elaboración de romiplostim ha permitido beneficios significativos como uso eficiente de los viales, mejora de la seguridad, evitar errores de preparación y ahorro de tiempo en HDM.

IMPLEMENTACIÓN DE CÓDIGOS QR PARA PREVENIR ERRORES EN EL ÁREA DE FARMACOTECNIA

ADRIAN MARTINEZ OREA; NOEMI MANRESA RAMON; SILVIA FERNANDEZ ALVAREZ; MARIA GUILLEN DIAZ; PAULA TORRANO BELMONTE; LYDIA FRUCTUOSO GONZALEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15490

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La elaboración de fórmulas magistrales (FM) en el Servicio de Farmacia (SF) representa uno de los puntos más susceptibles para cometer errores, debido a la cantidad de procesos que debe sufrir una fórmula antes de poder ser dispensada al paciente. Tanto la calidad de su elaboración como un riguroso control de todos los pasos involucrados, desde su preparación hasta la revisión final antes de la dispensación, son de vital importancia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implementar un código QR en el área de farmacotecnia recogiendo las medidas claves que debe de conocer y entender el equipo de enfermería para la prevención de posibles errores de elaboración de FM.

Para establecer los 18 puntos críticos del código QR ubicado en la sala blanca, se analizaron los errores más frecuentes cometidos o más graves destacando algunos como: la no comprensión de la terminología empleada en los procedimientos normalizados de trabajo (PNTs), circuitos propios de trabajo, elección errónea de materias primas y/o excipientes por la similitud en su nomenclatura o isoaparencia...etc. Dicho código QR fue redactado por la farmacéutica responsable del área de Farmacotecnia y la coordinadora de enfermería, y validado por la jefa del SF.

Tras la implantación del código QR, se envió telefónicamente una simple encuesta de satisfacción a todo el personal de enfermería para conocer: lectura correcta y total entendimiento del código QR, cuantas ocasiones había recurrido a él y grado de aceptación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 16 profesionales que trabajan en la sala blanca, el 75% confirmó haber leído la encuesta, de los cuales el 62.5% leyó el protocolo más de una vez. El grado de aceptación de esta mejora fue de un 100%.

La digitalización en formato QR de los puntos críticos del PNT de la elaboración de FM en sala blanca, permite a los profesionales implicados en la elaboración de las FM el rápido y sencillo acceso a la información y por tanto ayuda en la prevención de errores de elaboración, la optimización de los tiempos en la elaboración de FM, y la optimización de recursos al disminuir el número de FM desechadas por incumplimiento de las especificaciones.

Nuestra experiencia nos muestra, que la elaboración de un protocolo claro y conciso, así como facilitar el acceso a él, tanto con los métodos tradicionales como con las nuevas tecnologías, disminuye el número de errores por falta de conocimiento o mala comprensión. Por otro lado la digitalización en formato QR de documentos críticos para la calidad y la seguridad en las diferentes tareas del SF permite hacer más accesible y portátil esta información, a través de los propios teléfonos de los profesionales implicados y evita, a su vez, las múltiples impresiones en papel de estos documentos para favorecer su difusión y por tanto contribuye también a la sostenibilidad medioambiental.

PREVISIÓN EN GESTION. CONOCIENDO A 32 PROFESIONALES QUE SE INCORPORARÁN A ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA CRISTINA SOLÉ AGUSTÍ¹; DOLORES PEREZ GALVEZ¹; MARIA ROSARIO VALVERDE JIMENEZ¹; CECILIA BANACLOCHE CANO¹; MARIA DOLORES OLIVO PEREZ²; ANA MARIA ADORNA MORENO²

¹ÁREA I. SMS; ²EAP// REGIÓN DE MURCIA

ID: 16271

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Previsión en gestión: "elemento con base en condiciones futuras, reveladas por una investigación técnica, que determina los principales cursos de acción para realizar los objetivos de la empresa".

Un área sanitaria espera más de 60 enfermeros en unos traslados de personal.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Conocer la experiencia de estos profesionales en relación al desempeño del puesto de trabajo en atención primaria.

Metodología

Estudio descriptivo

Encuesta web a profesionales que previsiblemente llegarán. Preguntas sobre: titulaciones/intereses profesionales/dificultades esperadas/expectativas del nuevo trabajo/necesidades sentidas/experiencia profesional/conocimientos AP diversas materias (escala Likert)

Indicadores:

1. Numero de encuestas contestadas/enviadas
2. Respuestas a: a-estudios/b-intereses/c-dificultades/d-ventajas/e-experiencia/f-conocimientos/g-trabajo en primaria

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS 1.31/50

2.a- ENFERMERIA+TCAE+TLAC=1/ENFERMERÍA+FISIOTERAPIA=1/ENFERMERÍA+ESPECIALIDAD=11
/ENFERMERÍA+OTROGRADO= 3/ENFERMERÍA=9/ENFERMERÍA+MASTER=7

2.b-continuidad=3/horario=1/relacionadas con trabajo AP=18

2.c-ninguna=8/distancia=3/horario=3/salud=4/cambio=15/conocimientos=35/no se=1

2.d-18 categorías (nada=5/estabilidad=10/cercanía=9/reto=4/salud=1)

2.e-AP=22/hospitalización=34/otros=18

2.f-conocimientos sobre:

- bases de la atención primaria=media 3.5
- historia clínica OMI=media 3.1
- guías clínicas patologías crónicas=media 2.9
- cartera de servicios=media 3.0
- portal de inteligencia de negocio=media 2.6
- acuerdos de gestión= =media2.7

2.g-no=9/si=23

Conclusiones

Los profesionales que vendrán tienen un amplio bagaje académico, muchos señalan déficit de conocimientos en AP, 9 no han trabajado en AP-

Puede ser necesario planificar dos estrategias de aterrizaje en el puesto de trabajo: una para los enfermeros con experiencia en AP y otra intensiva, por fases para el grupo de enfermeros sin experiencia en ap y tener prevista una estrategia de acompañamiento/mentoría/tutelaje.

Sería útil conseguir que el 100% de los enfermeros conteste la encuesta y poder trabajar desde este mismo momento a través de acciones formativas que cubran las necesidades de los enfermeros venideros.

ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE

RAQUEL ABEJÓN MARTÍN; MARIA ANGELES RAMIREZ PEREZ; RICARDO GARZÓN SANCHEZ; JESUS MARIA MONTERO GOMEZ; JUAN ANTONIO PINGARRÓN LOPEZ; JOSE ALFONSO JIMENEZ RODRIGUEZ

SUMMA112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17081

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Transporte Sanitario No Urgente (TSNU) consiste en el traslado de pacientes que por causas clínicas no pueden desplazarse en medios ordinarios.

Su gestión es compleja por los múltiples intervinientes (centros prescriptores, centro gestor y empresas de transporte), precisando un gran despliegue de recursos humanos y materiales, y un sistema de coordinación, seguimiento y control para alcanzar unos estándares de calidad óptimos.

Casi el 100% de las prescripciones de TSNU se realizan en el hospital, detectándose errores en aproximadamente el 40% de las mismas que afectan al servicio recibido por el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

*Disminuir errores de prescripción que repercuten en los servicios prestados.

*Facilitar la accesibilidad y comunicación entre centro prescriptor de TSNU y centro prescriptor.

Análisis descriptivo de las solicitudes de traslado. Variables: Errores de prescripción, reclamaciones.

Recopilación de los errores de prescripción entre 2021 y 2022. Identificación y priorización de causas. Elaboración de Plan de Mejora (PM):

-Diseño de un tríptico informativo.

-Diseño de chat bot para facilitar la solicitud a los prescriptores y ayuda a los servicios de admisión.

-Cronograma de sesiones informativas por toda la red hospitalaria pública para aclarar dudas, informar de la accesibilidad por medio de nuestra web y de que se va a generar un chat bot.

Evaluación y seguimiento a través de un porcentaje de acciones previstas del plan de acción que se realizan y la disminución de las reclamaciones de TSNU.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Enero 2023: Se finaliza la elaboración del PM e inicia su implantación

Mayo 2023: Se ha editado el tríptico informativo que incluye resolución de las dudas y problemas más frecuentes, procedimientos y recomendaciones en la prescripción de solicitudes de traslado según características y circunstancias con difusión a través de la intranet.

En desarrollo el chat bot.

Realización de 28 sesiones informativas con 27 centros prescriptores y Atención Primaria. Decremento del 45% en las reclamaciones de los pacientes en el primer cuatrimestre del año. Implantación del 80% del plan previsto.

En base a nuestros datos preliminares la comunicación entre centro coordinador de TSNU y centros prescriptores disminuyen los errores en la realización de solicitudes de traslado.

La implantación del PM con la instauración y divulgación de un tríptico de consulta/ayuda y las sesiones informativas incrementan el conocimiento y confianza mutua, lo que consideramos que facilita la mejora del servicio de TSNU con mayor satisfacción para los pacientes, como indican el decremento en la reclamaciones en este tiempo.

LA CALIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA: PROMOCIÓN DE LA EFICIENCIA

MARIA CRISTINA SEGADO SOLANO; ANTONIA CANOVAS ORVAY; MARÍA DE LOS ÁNGELES VALLE CARRÓN; GLORIA MARÍN DÍAZ; ANTONIO PÁEZ GARCÍA; MARIA NIEVES FRANCO RUESCA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17158

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Se debe promover un modelo de contratación en el que junto al precio se ponga en valor la calidad de la prestación, de conformidad con las bases marcadas por la Estrategia Nacional de Contratación Pública para los años 2023-2026.

Art. 145 LCSP:

1. La adjudicación de los contratos se realizará utilizando una pluralidad de criterios de adjudicación en base a la mejor relación calidad-precio.
2. La mejor relación calidad-precio se evaluará con arreglo a criterios económicos y cualitativos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- La eficiencia económica mediante la agregación de la demanda. Correcta utilización de los criterios de adjudicación.
- Adecuada ponderación a la calidad de los suministros, servicios u obras que se contraten. Mejora de los pliegos de cláusulas administrativas y técnicas.
- Mejora en la ejecución contractual que permita una mayor eficiencia en la satisfacción de las necesidades públicas.

Metodología

- Definición clara del objeto del contrato.
- Especificaciones técnicas adecuadas, muy importantes para un buen estudio de mercado. Obtención del presupuesto adecuado.
- Establecer un "umbral mínimo" que evite que ofertas técnicas puedan ser adjudicadas en función del criterio de precio. Utilización adecuada de los criterios de adjudicación con aplicación de criterios claros de calidad que permitan la comparación de ofertas con igualdad de trato a todos los licitadores.
- Planificación de los contratos públicos que permitan definir adecuadamente las condiciones de contratación aplicables a los mismos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Estudios previos llevados a cabo con algunos expedientes tramitados por el Servicio de Contratación Pública del Área II - Cartagena, a los que se ha aplicado concienzudamente la metodología señalada anteriormente, han puesto de manifiesto la satisfacción del Servicio demandante del contrato con la oferta adjudicataria.

Conclusiones

Todo lo aquí señalado refleja la importancia de la fase de preparación de los contratos, donde el diseño y la claridad en la definición del objeto del contrato, en las especificaciones técnicas, y en la utilización estratégica de los criterios de adjudicación junto a una adecuada promoción de la competencia, permitirán asegurar las mejores ofertas basadas en la mejor relación calidad-precio, lo que redundará en una mejora asistencial.

MEJORA DE LA PRIMERA ATENCIÓN FACULTATIVA EN URGENCIAS

SUSANA M RAIGAL JURADO; RAFAEL A PEREZ COSTA; CARMEN MORENO BARBA; FRANCISCO J SIERRA PREFASI; JULIAN ALCARAZ MARTINEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17563

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2022 se realizó, como todos los años una encuesta de satisfacción entre los usuarios del servicio de Urgencias de nuestro hospital. Uno de los apartados que recibió una valoración inferior a la de años anteriores fue la de "Porcentaje de pacientes que valoran con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en el Servicio de Urgencias del hospital" donde sólo el 51% de encuestados realizó esta valoración positiva. La espera en Urgencias y, más aún, la espera según gravedad inicial, determinada en el triaje, es uno de los indicadores más importantes

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Mejorar el tiempo de primera asistencia facultativa en el servicio de Urgencia. Que esta mejora debe tener impacto en todos los niveles de triaje, sobre todo en los más graves.

Métodos

Se han revisado los circuitos y se ha reorganizado, implantando una consulta específica de niveles altos (menos graves) para que no entren en el circuito general interfiriendo en el circuito de pacientes más graves. Este circuito no está atendido por residentes. Las noches y fines de semanas, al haber menos adjuntos, no se ha podido mantener este circuito. Se han comparado los tiempos de triaje, primera asistencia facultativa y estancia total en todos los pacientes del año 2022 con los del mes de mayo de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el año 2022 se han atendido a 88.401 pacientes y en mayo de 2023 a 6525. Comparando los tiempos, la media de tiempo de triaje fue de 7,9 minutos, de primera asistencia facultativa 49,4 minutos y la media de estancia total de 250,7. En mayo de este año, la media de triaje ha sido de 7,9 minutos, de primera asistencia facultativa 40 minutos y la media de estancia total de 245,9 minutos. Valorando por nivel de gravedad el tiempo de primera asistencia facultativa en minutos, se constata una disminución en este año, más importante en pacientes leves (16 minutos en grado 4 y 20 en grado 5) pero que también se ha reducido sensiblemente en los graves (grado 2, 3 minutos y grado 3, 6 minutos). Aunque no era el objetivo de este cambio, se ha constatado también una reducción del tiempo total de estancia en los grados 4 (47 minutos menos de media) y 5 (56 minutos)

Conclusiones

Se ha evidenciado una mejora de los tiempos de atención en Urgencias con los cambios de circuitos implantados.

PROCEDIMIENTO DE DESENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA A UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; JESÚS CAMPOS ALBERT; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17645

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde el sistema de gestión de calidad (acreditados desde el año 2018 según la norma ISO 9001:2015), se ha intervenido en varios aspectos para conseguir que la desensibilización en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se realice óptimamente consiguiendo además la coordinación de los servicios implicados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo es definir la sistemática utilizada por la UCI del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena para gestionar la desensibilización.

El procedimiento comienza cuando el médico responsable solicita ingreso en UCI mediante la generación de una interconsulta, que en nuestro hospital se gestiona a través de la plataforma Selene. La desensibilización puede solicitarse con carácter urgente o programado. Si es programada, el médico intensivista encargado de atender las interconsultas confirma, junto con enfermería, la disponibilidad de cita en agenda. Posteriormente, se informa al médico solicitante de la fecha asignada y se refuerza el turno de enfermería correspondiente con un enfermero más. En caso de ser urgente, el intensivista receptor de las interconsultas se encarga de transmitirlo a los compañeros de guardia. Previo al ingreso, el médico solicitante deberá realizar interconsulta a Alergia (elaboran pauta de desensibilización que se dejará reflejada en la historia clínica electrónica en Selene) y avisar a Farmacia.

Los criterios de inclusión son pacientes diagnosticados o con sospecha fundada de alergia a un fármaco que precisen al no haber otra alternativa terapéutica. Por el contrario, se excluyen aquellos para los que sí existe otra opción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez se confirma el ingreso en UCI, se comprueba la disponibilidad del consentimiento informado firmado (en papel o digitalizado en la historia clínica electrónica en Selene); posteriormente el equipo de nuestra UCI realiza la acogida e ingreso del paciente. El médico intensivista de guardia transcribe la pauta de desensibilización en la historia clínica electrónica de UCI mediante el programa de IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia. Enfermería administra el tratamiento y en caso de cualquier incidencia, avisa al intensivista de guardia para valorar si se puede continuar o debe suspenderse el procedimiento. En cualquier caso, el paciente no recibe el alta hasta comprobar durante el periodo de observación, que su situación clínica no requiere mantener su ingreso en UCI. En el informe de alta se detallará el tipo de reacción adversa al tratamiento, en caso de que se haya producido, y se avisará a Alergia y al servicio solicitante.

Desde el inicio de este procedimiento en junio de 2017, se han realizado un total de 114 desensibilizaciones. Sólo en 23 de ellas se ha producido algún tipo de reacción alérgica y en ningún caso han estado relacionados con errores en la administración.

Mediante nuestro protocolo de desensibilización, hemos mejorado la coordinación con los servicios implicados y hemos optimizado la seguridad para el paciente alérgico y sin otra posible alternativa.

Y DICE USTED QUE NO LE COGEMOS EL TELÉFONO? INTENTAREMOS MEJORARLO

ELOI SABATE GUERRERO¹; LIDIA RIOS VALLES²; MARTIN MARTIN QUILEZ¹; ISMAEL PEÑA CAPSIR¹

¹CAP ANTONI DE GIMBERNAT CAMBRILS, ²HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT// CATALUÑA

ID: 14329

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

En la encuesta de satisfacción que realiza anualmente el Cat salut, la accesibilidad telefónica es el item peor valorado reiteradamente en nuestro centro y una de las quejas habituales de nuestros usuarios. Desconocíamos cual era la situación real, las llamadas que entraban diariamente, por qué motivo llaman, las que dejábamos de responder, etc. Por ello implantamos un Plan de mejora mediante un Programa de Gestión de telefonía.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- 1.- Analizar la atención telefónica prestada a nuestros usuarios.
- 2.- Mejorar la eficacia de la respuesta en el área de admisiones.
- 3.- Mejorar la visión de los pacientes respecto al servicio telefónico

Metodología

Se analizan los datos mediante el gestor de llamadas implantado en agosto 2022. Se comparan los datos registrados durante 5 días consecutivos, de lunes a viernes, en abril de 2023, antes de la puesta en marcha del plan de mejora, y la misma semana del mes siguiente.

Situación inicial: En nuestro centro trabajan 18 administrativos. Un total de 1550 usuarios (3.637 llamadas) llamaron durante la semana pre mejora. La media de llamadas entrantes diaria era de 727. El 89% de llamadas entrantes se produce entre las 8:00 y 12:00 horas y un 54 % quedaban sin respuesta. Los lunes o días post fiesta son los de mayor número de llamadas, se duplican las entradas. No se realizaban rellamadas y desconocíamos el motivo. El tiempo que los administrativos destinaban al teléfono era de 7,2 horas en horario de mañanas y 6,2 de tarde.

Plan de mejora: instalamos un mostrador extra para atención exclusiva telefónica. Redistribución de las tareas administrativas priorizando la atención telefónica entre las 8 y 10 de la mañana. Reubicamos el tiempo del almuerzo de 10 a 11 horas. Rellamada a los mayores de 70 años para gestionar la demanda telefónica no atendida, por ser los que tiene más dificultad del acceso por internet.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las llamadas entrantes han disminuido un 35,8% (2.334 llamadas en 5 días laborables), si bien el número de usuarios (1.452) apenas ha variado. La hora punta se mantiene entre las 8 :00 y 12:00 de la mañana. Solo quedan sin respuesta un 16.3% de las mismas. Con las rellamadas, se detecta que el motivo más frecuente es solicitar visita médica o cambio de cita, siendo resueltas en el 44.7% de casos, 26.2% no contestan y un 10.5% acuden presencialmente al centro. En los mayores de 70 años, se resuelven el 100%. La dedicación telefónica ha pasado a ser de 8,8 horas diarias de mañanas y 6,8 de tarde.

Conclusiones

Se ha mejorado el acceso telefónico al centro con poca inversión y sin gran incremento de horas de Atención telefónica, fundamentalmente con distribución de tareas y horarios. La disminución del número de llamadas entrantes ha supuesto menor presión a los administrativos.

La satisfacción será evaluada al año de la implantación, no obstante, las rellamadas provocan sorpresa y satisfacción a los usuarios.

MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EN UN AREA DE SALUD MEDIANTE UN SISTEMA DE ENCOLADO DE LLAMADAS

RICARDO GARCÍA DE LEÓN CHOCANO¹; MARIANO FRANCÉS GARCÍA²; MARÍA INMACULADA POLO SORIANO¹; M^a JOSÉ GONZÁLVIZ LOZANO³; LUIS CLEMENTE VILLAESCUSA¹; MANUEL CLEMENTE RAMOS ALBAL³

¹HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO. AREA DE SALUD V - ALTIPLANO, ²CENTRO DE SALUD MARIANO YAGO, ³GERENCIA ÁREA DE SALUD V - ALTIPLANO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15067

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La atención telefónica es un servicio esencial en Atención Primaria. Es uno de los principales canales de comunicación con el paciente para gestión de citas y otros trámites. El aumento de la demanda, la insuficiencia de recursos y los picos de llamadas, dificultan la gestión y planificación del servicio, provocando la pérdida de llamadas y la consecuente falta de satisfacción del usuario.

Los sistemas de encolado y devolución de llamadas presentan una locución al paciente, seguidamente finaliza la comunicación y la llamada queda registrada y encolada para ser devuelta por un operador.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es mejorar el servicio de atención de llamadas de Atención Primaria en un área de salud, mediante una intervención de mejora consistente en la implantación de un sistema de encolado de llamadas, que permita gestionar adecuadamente la carga trabajo para minimizar el porcentaje de llamadas perdidas.

Intervención de mejora en dos fases: implantación piloto del sistema de encolado en uno de los centros de salud del área (marzo de 2022) y posterior extensión al resto de centros del área (junio a julio de 2022). Evaluación del efecto de la intervención en la reducción del porcentaje de llamadas perdidas. Se midió la puntualidad de devolución de llamada con el nuevo sistema como el porcentaje de llamadas devueltas dentro de un intervalo de 10 minutos de la hora informada al usuario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha implantado el sistema de encolado de llamadas en todos los centros de Atención Primaria del Área de Salud. El porcentaje de llamadas perdidas en el área ha pasado de un 42,57% previo a la intervención a un 0,02% tras la intervención. La puntualidad de devolución de llamada con el sistema de encolado ha sido del 98%.

Se ha conseguido una mejora notable en la accesibilidad del usuario al servicio de atención telefónica, con una reducción drástica del porcentaje de llamadas perdidas, con un porcentaje cercano al 0%. La mejora ha sido posible gracias a la gestión del servicio que permite el encolado de llamadas, sin haber aumentado el personal asignado al mismo. El conocimiento en tiempo real del volumen de llamadas pendientes de devolver ha permitido una planificación adecuada del servicio, asignando los recursos de manera eficiente y distribuyendo temporalmente la devolución de llamadas pendientes durante los picos de máxima afluencia.

Dada la alta puntualidad en la devolución de la llamada podemos asumir que la satisfacción del usuario respecto al nuevo servicio es buena, lo que actualmente estamos contrastando mediante una encuesta a los ciudadanos.

LIBRO DE ESTILO PARA APPS DE SALUD

PABLO ALEGRE CABRERA¹; JORDI TABOADA BERNAL¹; MIREIA CANO IZQUIERDO¹; ANDREA GIL-BERMEJO CORNELLAS²; LAURA GARCIA GIMENO¹; MERITXELL DAVINS RIU¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL, ²CAP SANT FELIX// CATALUÑA

ID: 15212

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

En un territorio sanitario son muchos los equipos que crean el contenido para los pacientes y diferentes departamentos (Calidad, Comunicación, Transformación Digital) los editan. Esto se traduce en numerosos documentos que no comparten unas mínimas directrices gráficas o estilísticas. Y aún se agrava más en el entorno digital, donde todo es más inmediato y dinámico.

Al revisar la calidad de los documentos para digitalizarlos se vio que cada texto utilizaba diferentes personas gramaticales, tiempos verbales, tipografías o lenguajes, con lo que un paciente con diversas patologías puede encontrarse con información presentada de forma muy diferente para cada dolencia.

Ante ello se ha hecho evidente la necesidad de establecer unas normas para unificar el lenguaje y el estilo del contenido que se introduce en la APP móvil del territorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Unificar los criterios ortográficos y estilísticos en los materiales informativos que se facilitan a los pacientes.
- Facilitar un mecanismo ágil y práctico de resolución de dudas gramaticales para los profesionales.
- Crear un lenguaje propio del territorio sanitario (hospital y primaria). Sentido de pertenencia.
- Ofrecer una calidad óptima.

Metodología

Para unificar todos los criterios y crear un lenguaje único, se ha desarrollado el libro de estilo de la APP del territorio sanitario, en el que se plantean una serie de normas y se aclaran las dudas de los conceptos que pueden dar diferentes interpretaciones.

El libro de estilo es un proyecto de cocreación, en el que se han involucrado diferentes departamentos del Hospital. Para ello, se ha formado una comisión entre los departamentos de Transformación Digital, Comunicación y Calidad, en la que se han revisado las nuevas normas antes de compartirlas con los trabajadores.

También se ha creado un documento compartido, en el que los trabajadores pueden exponer sus dudas lingüísticas para que se resuelvan y se publiquen dentro del libro de estilo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las entrevistas realizadas a los usuarios de la aplicación móvil revelan un alto grado de satisfacción con el lenguaje utilizado. Los profesionales también agradecen disponer de un documento que pueden consultar para solucionar las dudas que se les plantean. Según la escala uMARS (mide las app móviles en salud a nivel de usuario) pasada a los pacientes piloto, el resultado obtenido ha sido (en una escala del 1 al 5):

Calidad de la información: 4.25

Cantidad de información: 4.38

Información visual: 4.5

Credibilidad de la fuente 4.88

Conclusiones

La redacción del libro de estilo ha permitido que los pacientes entiendan bien la información. Esta homogeneidad y facilidad de uso convierte la aplicación móvil en un proyecto escalable en el que pueden participar todos los equipos del centro.

Además, aporta un valor intangible, en cuanto ofrece a los pacientes una uniformidad estética del lenguaje que le confiere credibilidad, sentido de pertenencia, tanto a los contenidos como a la propia APP.

LA VISITA DEL MÉDICO, PARA CUANDO?

LIDIA RIOS VALLES¹; ISMAEL PEÑA CAPSIR²; OLGA DOBLADO LOPEZ²; CHANTAL CARPINTERO COSTA²; TAREC DIAZ GRIJUELA²; MARTIN MARTIN²

¹HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT, ²CAP ANTONI DE GIMBERNAT CAMBRILS// CATALUÑA

ID: 15334

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

En Atención Primaria (AP), la falta de accesibilidad en los centros de salud para una visita médica presencial (VMP) es un motivo de queja reiterada de los usuarios y de insatisfacción y frustración para los profesionales. El empeoramiento detectado en el mes de enero de 2023, nos llevó a implantar un plan de mejora para disminuir los días de espera para una VMP

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En Atención Primaria (AP), la falta de accesibilidad en los centros de salud para una visita médica presencial (VMP) es un motivo de queja reiterada de los usuarios y de insatisfacción y frustración para los profesionales. El empeoramiento detectado en el mes de enero de 2023, nos llevó a implantar un plan de mejora para disminuir los días de espera para una VMP

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Objetivos

- 1.- Disminuir el tiempo de espera para una VMP con su profesional de referencia
- 2.- mejorar la satisfacción de los profesionales

Metodología

Cambios efectuados en febrero de 2023

- 1.- Instalación de un programa de telefonía para monitorizar las llamadas entrantes al centro y conocer la situación actual y punto de partida (una media de 750 llamadas de 8.00 a 10.00 de la mañana)
- 2.- Redistribución de las tareas administrativas liberando a la mayor parte de profesionales de otras tareas entre las 8 y 10 de la mañana.
- 3.- Incluir la figura del Administrativo referente por médico
- 4.- Toda segunda visita es gestionada por el centro, reestructurando en las agendas médicas los tipos de visita: 9R para gestión de segundas visitas, con 3 duraciones : corta de 6 minutos, larga de 12 y extra de 18 minutos., según indicación del médico
- 5.- Incrementar un 20% las citas 9R gestionadas por el centro, sin aumento del número total de visitas diarias
- 6.- Agenda diaria y rotatoria para la gestión aguda de la demanda por parte de enfermería (GID) , se consensuan los motivos y se realiza formación a las enfermeras del centro, poniéndose en marcha en mayo 2023
- 7.- encuesta a los profesionales para valorar los cambios

Los resultados se miden con el indicador de:

Accesibilidad: porcentaje de personas que tendrían VMP con su medico, desde el día que la solicitan, a las 48 horas, 5 y 10 días

Longitudinalidad: porcentaje de visitas realizadas por su propio profesional de referencia.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE PREHABILITACIÓN ANTES DE CIRUGÍA COMPLEJA

ROCIO MARTIN-GIL PARRA¹; MARÍA DEL MAR SERNA BARQUERO¹; SARA CURA IGLESIAS¹; MARIA DEL CARMEN FÁTIMA RUBIO FERNÁNDEZ¹; JUAN ANTONIO QUESADA TORRES²

¹HGU MORALES MESEGUER, ²SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15429

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes son cada vez más frágiles y no están en las mejores condiciones para superar el estrés quirúrgico. La Vía RICA ha sido publicada por el Ministerio de Sanidad y las sociedades científicas en un intento de establecer recomendaciones para que los pacientes lleguen al quirófano en las mejores condiciones, reciban el mejor tratamiento y que su recuperación sea la más eficaz. La adhesión a las recomendaciones RICA se asocia a una reducción de las complicaciones del 20 al 50%, disminuye la mortalidad y la estancia hospitalaria, según han puesto de manifiesto estudios multicéntricos.

En nuestro hospital se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar que colabora en el diseño de los procesos y la prestación de atención precoz y de calidad para la optimización de la situación del paciente previa a la cirugía.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En este trabajo se ha evaluado el cumplimiento de 9 recomendaciones de la Vía Clínica RICA para cirugía compleja del adulto en 141 pacientes (89 + 52) que se han sometido a Cirugía de Colon o Cistectomía Radical con reconstrucción tipo Bricker entre mayo de 2022 y mayo de 2023.

Los indicadores evaluados han sido:

1. Determinación de Hemoglobina en los 28 días previos a la cirugía.
2. Registro de: Peso, Ferritina, índice de saturación de la transferrina.
3. Tratamiento de la anemia ferropénica.
4. En la historia clínica del paciente debe constar que NO se le ha hecho transfusión de sangre en los 28 días antes de la cirugía.
5. Evaluación de la fragilidad.
6. Consejo antitabáquico.
7. Evaluación de la situación funcional mediante el test de los 6 minutos marcha.
8. Cribado nutricional
9. Control de ayuno (10 h para sólidos, y 4 h para líquidos)

La intervención realizada ha sido la comunicación de los resultados de la evaluación, formación de los profesionales directamente implicados en el manejo del paciente prequirúrgico, y optimización de los formularios y circuitos informáticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados de cumplimiento de los indicadores para las dos evaluaciones han sido:

- C1: 80,9 % (72/89); 70,2% (41/52).
C2: 25,8 % (16/62); 43,4% (20/41)
C3: 11,9 % (7/59); 29,7% (13/39)
C4: 92,0 % (81/88); 86,8% (39/40)
C5: 0,0 % (0/89); 0% (0/52)
C6: 100 % (89/89); 100% (52/52)
C7: 25,8 % (23/89); 35,5% (19/52)
C8: 21,3 % (19/89); 63,3% (37/52)
C9: 11,6 % (5/43); 0% (0/28)

La mejora relativa ha sido:

- C1: -11%
C2: 31%
C3: 24%
C4: 69%
C5: 0%
C6: 0% (cumplimiento del 100% en ambas evaluaciones) C7: 14%
C8: 63%
C9: -13%

Siendo esta mejora significativa para los criterios 2, 3, 4, 8 y 9 (empeoramiento). Consideramos que la mejora de las herramientas informáticas ha sido clave para la mejora de los indicadores relacionados con la anemia y el cribado nutricional.

Tras los resultados de la segunda evaluación, consideramos que es necesario realizar más intervenciones para mejorar el cumplimiento de los indicadores propuestos.

LA GESTIÓN INTELIGENTE Y ÉTICA DE LA LISTA DE ESPERA EN LA UNIDAD DEL DOLOR, MEJORA EL DOLOR Y EL AMBIENTE LABORAL

RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL¹; ENRIQUE MANUEL BÁREZ HERNANDEZ¹; MONICA LOPEZ-TAFALL CÁCERES¹; LUCIA PÉREZ DE ALBENIZ VESGA¹; JOSE ALVARO CALVO SÁNCHEZ ¹; MARIA TERESA MADRID CONDE²

¹ORGANIZACIÓN SANITARIA ARABA, ²DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA// PAÍS VASCO

ID: 15434

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la lista de espera en una Unidad del Dolor puede optimizarse utilizando enfoques inteligentes, eficientes y éticos, implementando un sistema de triaje, con colaboración interdisciplinar, estableciendo criterios de priorización claros, y supervisando periódicamente la eficacia del sistema de gestión de listas de espera y realiza los ajustes según sea necesario. Para ello hay que buscar y mantener equilibrio entre las entradas, las consultas, los procedimientos, las intervenciones y las salidas, que es lo que llamamos gestionar las listas de espera.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Definir qué personas deben ser atendidas y cuáles no
2. Orientar los casos considerados preferentes u ordinarios.
3. Tener los criterios de alta definidos, pactados y explicados desde el principio 4. Tener claro el momento en el que se decide que no hay nada más que aportar.

Ámbito de estudio: Todas las peticiones que llegan a la Unidad del Dolor de una población de referencia de 340.000 personas. Procedimiento: 1. Desde Consultas Externas, ingresos hospitalarios o Urgencias, las solicitudes llegan al listado de Interconsultas no Presenciales para consulta filtro. 2. Se contesta con: a) Una cita presencial de primera consulta: De alta resolución o Consulta estándar. b) Una cita presencial de consulta sucesiva (médica, de enfermería o de psicóloga clínica). c) Una respuesta a una pregunta asistencial (sin cita). d) Una cita telefónica. e) Se considera que no es una persona candidata a la Unidad del Dolor (por lo tanto, no se le atenderá). Criterios: Se consideran aspectos como la gravedad de la dolencia, el impacto en la calidad de vida y la necesidad de atención médica urgente. Esto asegura que los pacientes más necesitados sean atendidos con prontitud y se reduzca su sufrimiento, y no lo sean por antigüedad en la lista.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. La media de consultas que llegan cada día laborable es de 11, 55 a la semana, 220 mensuales y 2.640 anuales.
2. El 45% reciben cita presencial de primera consulta, 9% recibe cita telefónica de primera consulta, otro 9% sirve para contestar preguntas o dudas, el 18% reciben una consulta sucesiva, y otro 18% son consideradas no aptas, con su explicación justificando que no se les va a atender.
3. La prioridad de la atención es decisión de la Unidad del Dolor, Unidad receptora, y no de la Unidad derivante.

La gestión de la lista de espera basada en criterios éticos asegura que los recursos médicos se asignan de manera justa y equitativa. Se evita la discriminación y se garantiza que todos los pacientes tengan igualdad de oportunidades para acceder a la atención médica necesaria. Se fomenta la transparencia y confianza. Si no se cuenta con una demora aceptable, todas las peticiones tienden a ser consideradas preferentes. Aprender a decir no, es una de las habilidades más importantes que una persona puede aprender para aquellas derivaciones no justificadas en la atención hospitalaria y que no deberían llegar.

PROCESO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DEL PORTAL WEB DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

SONIA BERENGUER CERDÁ; NURIA MARTINEZ DUCE; VICTOR AGULLO BOIX; SAMUEL GIL BARCELÓ; JAUME SASTRE BARCELÓ
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELCHE// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17114

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Las normativas existentes en materia de accesibilidad web, destacan la necesidad de adaptar las estructuras de los portales de los organismos públicos de los estados miembros de la UE, con el fin de que sean accesibles para personas con discapacidad, además de su monitorización mediante el reporte y auditoría periódica del estado de los mismos.

Tras el estudio de comprobación del nivel de accesibilidad del portal web del Departamento de Salud de Elche - Hospital General, para cumplir con la normativa europea UNE-EN 301549:2019. Se identifican (mediante el uso de herramientas de certificación) los principales problemas que impiden a los ciudadanos/as con dificultades de accesibilidad el acceso adecuado a los contenidos del portal debido a un inadecuado nivel de cumplimiento

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los principales objetivos del proyecto son:

- Analizar la situación e identificar los problemas de accesibilidad que presentan algunas páginas del portal.
- Adecuación de las páginas web a la normativa vigente en materia de accesibilidad web para obtener el nivel de adecuación AA.
- Documentar y establecer los mecanismos adecuados para la resolución de los errores de accesibilidad para el personal encargado de la edición.
- Establecer plan de formación con carácter preventivo, para mantener el nivel de adecuación AA en las actualizaciones constantes a las que están sometidos los portales.

Para la realización de este proyecto, se utilizó la aplicación de verificación de accesibilidad web disponible en el Observatorio de Accesibilidad. Solicitando informes de revisión de accesibilidad en cada una de las secciones del portal y realizando las correcciones de los errores identificados hasta la obtención del nivel de adecuación AA.

Tras las correcciones realizadas, se procedió a la elaboración de varios documentos de carácter formativo, centrados en la capacitación del personal técnico y gestor de contenidos, encargado del mantenimiento del portal para solventar los problemas de accesibilidad más frecuentes. También para que dispusieran de conocimientos y autonomía para comprobar que el contenido publicado/actualizado esté libre de errores.

Aprovechando este proceso de adecuación, se hizo necesario reestructurar los contenidos del portal para facilitar la navegación rápida dentro del mismo para los profesionales y ciudadanos

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras realizar los estudios y correcciones, el portal web pasó de disponer de un nivel de adecuación A, con puntuación 7.79 a disponer actualmente de un nivel AA con puntuación 9.24, conforme a la normativa vigente, mejorando así el acceso a nuestro portal.

La reestructuración ha mejorado también la navegación y visibilidad de los contenidos que aporta actualmente el portal web.

ALIANZA ESTRATÉGICA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA INTEGRADA SUPRATERRITORIAL PARA MEJORAR LA EFICIENCIA Y LA ACCESIBILIDAD

RAFAEL LLEDÓ-RODRÍGUEZ¹; CRISTINA INIESTA-BLASCO²; ANDREU ALOY-DUCH³; OLGA PARRAMÓN-COSTA³; MÒNICABOTTA-SANTASUANA³; BEATRIU BAYÉS-GENÍS³

¹CONSORCI SANITARI DEL MARESME. MATARÓ, ²HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA, ³HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS-HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17444

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

En distintos territorios asistenciales se apreciaron en 2014 diversos factores disfuncionantes relevantes que afectaban a muchos ciudadanos: la desigualdad diagnóstico-terapéutica compleja, la dispersión en los flujos de procedimientos, la falta de guardias especializadas 24 h/día, la baja formación continua profesional e investigadora, y la infradotación tecnológica de algunos centros.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Presentar la creación e implementación de una Alianza Estratégica (A.EST) de 4 centros sanitarios de referencia comarcal con 1 centro de 3º nivel, a través de 3 áreas territoriales y 4 comarcas, en todas las especialidades, con una influencia en más de 1 millón de ciudadanos, para desarrollar proyectos compartidos (pruebas y tratamientos), orientados al ciudadano y a los profesionales, en una visión supraterritorial, para mejorar la eficiencia y facilitar la accesibilidad en las diferentes patologías.

Metodología

Proyecto prospectivo, transversal, multicéntrico e interterritorial, orientado al ciudadano (asistencial), y al profesional (conocimiento).

Población diana: 1.137.410 personas de 3 regiones sanitarias (5 hospitales y 50 centros de primaria); y >7.000 profesionales.

Equipos participantes con gestores, técnicos y especialistas para atender patologías de media y alta complejidad.

Los indicadores clave de estructura (IE), proceso (IP) y resultado (IR) se describen en los "Resultados". Las fuentes de información proceden de cada centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La A.EST se constituyó el 16.4.2015.

IE y IP (97% total de consecución) en:

1. , 100% "gobernanza compartida" (coordinación, órganos directivos, objetivos, comisiones, circuitos) (2016); convenio "Marco" (2021);
2. , 100% "diagnóstico 1º de la futura actividad" (2017);
3. , 100% "red conjunta de "TIC" (2018) (web de farmacia, y plataforma, conjuntas);
4. , 87% "comisiones y circuitos comunes" (oncología, cardiovascular, neurociencias, y radiología, entre otros) (2019);

IR (100% total de consecución) en:

5. , "desarrollo de flujos" (atención 24x7, protocolización, costes, y códigos de emergencia) (2020); 6., "innovación conjunta" (6 jornadas, 5 "macro" proyectos)(2017-2022);
6. , "experiencia compartida de los pacientes" (11 grupos focales) (2022); y, 8., "sistema de evaluación de los indicadores" (2023).
7. , "plan de difusión de la A.EST" con noticias frecuentes en los medios.
8. , El resultado global de las intervenciones ha alcanzado el 95%.
9. , Limitaciones. Demora de las actividades por las distintas direcciones, el número elevado de profesionales, la sobrecarga de trabajo, y la distancia entre los centros.

Conclusiones

La A.EST es un proyecto inédito y relevante. La colaboración y voluntad de los 5 centros ha reafirmado el modelo en red para garantizar la calidad, la equidad y la sostenibilidad. La A.EST está contribuyendo a mitigar el impacto de la falta de profesionales, la sostenibilidad, o el acceso a determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos y/o preventivos.

INTEGRACIÓN EFICIENTE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INTERCONSULTA SIN PACIENTE

OLGA OCHOA GONDAR¹; GASPAR DALMAU DUCH²; RAFAEL GRACIA ESCORIZA³; DANIEL FERRER-VIDAL CORTELLA¹; M. DEL PUY MUNIAIN DÍAZ DE CERIO¹; MONTSERRAT GENS BARBERÀ³

¹DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CAMP DE TARRAGONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, ²HOSPITAL JOAN XXIII, ³GERENCIA TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17730

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Las interconsultas sin paciente (ISP) entre profesionales de diferentes niveles asistenciales son actualmente un modelo de prestación de atención que permite mejorar la resolución de problemas de salud a nivel de Atención Primaria (AP) estableciendo una comunicación rápida y efectiva entre el médico de AP y el médico de Atención Hospitalaria con el fin de valorar conjuntamente a un paciente, ubicándolo en aquella parte del sistema más coste-eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar el grado de resolución de la interconsulta asíncrona y analizar si hay diferencias entre equipos de atención primaria y entre servicios hospitalarios.

Metodología

Para reportar el impacto de la ISP se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las derivaciones durante los años 2019 y 2022. Como población de referencia se cogió toda la población asignada a los 9 Equipos de Atención Primaria (EAP) del Tarragonés que tienen como Hospital de referencia el Hospital Universitario Joan XXIII, todos ellos del Institut Català de la Salut. Los EAP incluyen 7 Centros de Atención Primaria urbanos y 2 rurales.

Como fuente de datos utilizó de la Historia Clínica informatizada (eCAP/SAP) y SISAP (Sistema de información de AP del Institut Català de la Salut). Para el análisis, se utilizó el test de chi cuadrado para comparar el porcentaje de derivaciones y ANOVA para la comparación de medias. Los resultados se consideraron significativos con $p < 0,05$. Para los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS v18.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se observó que en el año 2019 se habían realizado un total de 17.356 derivaciones, de las cuales 14.049 (80,9%) eran visitas presenciales y 3.307 ISP. En el año 2022, se realizaron un total de 18.542 derivaciones, de las cuales 5534 (39,4%) fueron presenciales y 13.008 se resolvieron vía interconsulta. En el año 2019, la tasa de derivación global fue de 10,29% y en 2022 de 10,99%, sin encontrarse diferencias significativas en la tasa de derivación entre los 9 equipos de AP, aunque estas diferencias aumentaron al ajustarse por edad, sexo y nivel de complejidad del paciente. La tasa de resolución global de la ISP fue de 88,6% en el año 2019, con un tiempo de espera de respuesta de 25 días (rango 7-83 días), disminuyendo a 70,2% en el año 2022, con un tiempo de espera de 14,3 días (1-34 días). Las tasas de resolución no mostraron diferencias significativas entre servicios a excepción de reumatología que resolvió solo el 41% en el año 2022 ($p < 0,001$).

Conclusiones

El número de ISP se ha cuadruplicado en nuestro territorio en el último trienio con una resolución media de 70% en el último año. Es significativa la disminución de visitas presenciales al nivel hospitalario, incrementando de manera significativa el nivel de resolución en AP. La integración coordinada de niveles asistenciales parece, a la vista de nuestros resultados, una medida costo-efectiva que mejora la accesibilidad a nivel hospitalario y la resolución en AP.

DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD PARA FAVORECER LA EQUIDAD EN UN ÁREA DE SALUD

EMILIA SALMERÓN ARJONA¹; MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ PUENTE¹; ENRIQUE GÓMEZ BLANCO²; IVÁN ALEXANDRE ÁNGEL GARCÍA³; MIGUEL ÁNGEL VILLEGAS TURPÍN⁴; ISMAEL CÉSAR CARRILLO HITTA⁵

¹CENTRO DE SALUD DEL BARRIO DEL CARMEN, ²CS DE INFANTE, ³CS DE MONTEAGUDO, ⁴CS DE FLORIDABLANCA,

⁵CONSULTORIO EL ESPARRAGAL DE LA ZBS DE MONTEAGUDO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14778

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Proporcionar la misma formación e información sobre la salud a la población de un área es un pilar fundamental para disminuir la variabilidad y garantizar la equidad, de manera que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente del lugar de residencia. Los talleres de educación para la salud grupal (EPSG) constituyen una herramienta adecuada y eficiente para lograr este objetivo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

- Evaluar el alcance del proyecto de disminuir la variabilidad con el desarrollo de talleres de EPSG en el Área.
- Capacitar equitativamente a la población de un Área de salud para la toma de decisiones informadas sobre su salud y autocuidados.

Metodología

Creación de grupos de trabajo con profesionales de Enfermería referentes en los temas a desarrollar. Reuniones de grupo para ir definiendo los contenidos basados en evidencia científica actualizada y asesoramiento de expertos. Elaboración del material didáctico: diseño unificado de las presentaciones, folletos, cartelería y contenido documentado de las sesiones del taller. Pilotaje de los talleres por los componentes del grupo de trabajo con pacientes de sus centros de salud e incorporación de mejoras detectadas durante el mismo. Creación de un repositorio con dichos documentos accesibles a todos los profesionales en la intranet del Área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Hasta el momento se han diseñado dos talleres de EPSG para pacientes:

- 1.- “Dejar de fumar” Este taller se compone de 2 sesiones de dos horas y medias de duración, separadas por un periodo de 15 días en el cual los participantes han de dejar de fumar. El seguimiento se hace al mes y después cada 3 meses hasta un año. Se han desarrollado 11 talleres en 5 CS con un total de 128 participantes, de los que 31 han dejado de fumar al finalizar las dos sesiones, lo que supone que el 24 % de los asistentes a los talleres han dejado de fumar.
- 2.- “Uso correcto de Inhaladores” . Este taller se compone de una sesión teórico/práctica de una hora y media de duración. Se han desarrollado 5 talleres en 2 centros de salud con un total de 35 participantes. La evaluación del aprendizaje se hace con un test pre y post taller de 5 preguntas. El porcentaje de aciertos antes del taller es del 60% y después del taller del 96%.

La documentación correspondiente a ambos talleres se encuentra accesible en la Intranet.

Conclusiones

Disponer del contenido de talleres de EPSG unificados y consensuados facilita su puesta en marcha por los profesionales de Enfermería, disminuye la variabilidad y garantiza la equidad ya que permite ofrecer la misma formación e información a los pacientes sobre su salud, paso imprescindible para tomar decisiones, cambiar hábitos y realizar acciones de autocuidado.

PLAN DE MEJORA DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA DEMANDA AGUDA EN NUESTRA ÁREA BÁSICA DE SALUD

ROXANA ELENA CATALIN; JESSICA GUINART DE LA CRUZ; EVA LEAL SALIDO; DELIA ARCAS NEVADO; NURIA SARRA MANETAS; PALOMA CAMOS GUIJOSA

EAP TARRAGONA 1// CATALUÑA

ID: 15617

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La accesibilidad al equipo de atención primaria (médico-enfermera) es un tema complejo que depende de múltiples factores y varía en función del centro de salud y del momento del año. En nuestro centro de atención primaria tenemos una accesibilidad más baja de la esperada. Esta situación genera malestar, inconformidad y quejas en los usuarios, que se han manifestado a través de reclamaciones escritas y manifestaciones públicas en el centro de salud. Los problemas de accesibilidad generan insatisfacción tanto en los usuarios como en los profesionales que los atienden.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la calidad, seguridad de la atención al usuario, la accesibilidad y la satisfacción del equipo de nuestra Área Básica de Salud (ABS):

1. Mejorar la sistematización de la intervención administrativa en la gestión de la demanda aguda
2. Definir los aspectos que dificultan el grado de resolución de la gestión de citas que determinan la accesibilidad del usuario
3. Valorar el impacto de la formación recibida con relación a la seguridad en la gestión de citas

Metodología

Utilizando el método de Hanlon se identifican las posibles causas de los problemas principales en la citación de la demanda aguda de los pacientes. Pasamos un cuestionario ad hoc con casos clínicos de los principales motivos de consulta de demanda aguda, antes y después de la formación.

Variables del estudio

Indicador cualitativo: Satisfacción del equipo en la calidad y seguridad del trabajo hacia el usuario.

Indicador cuantitativo: Formación del equipo para mejorar trabajo en conjuntos.

Procedimiento

Priorizamos el programa de formación sanitaria básica mediante sesiones clínicas de patologías que normalmente requieren demanda aguda por parte de los propios profesionales de enfermería y/o medicina del centro al personal GiS, porque es una razón eficiente, coste efectiva, factible, que mejora otro de los problemas que es la falta de comunicación del equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Resultado cuantitativo: Por parte del personal Gis escasa mejora de la seguridad a la hora de atender pacientes, solo un 30% lo piensan. No mejora la facilidad a la hora de agendar pacientes según patología. No mejora del trabajo en equipo. Sin embargo, satisfacción positiva en mejora de la calidad asistencial. Resultado cualitativo: Los conocimientos sanitarios de los GiS han mejorado. Valoramos de hacer una fase más larga de seguimiento para todos realizando la encuesta a los 3 meses y a los 6 meses. Realizar sesiones periódicamente para que así ganen mayor seguridad al atender a los pacientes.

Conclusión

Una formación sanitaria a la "puerta de entrada" del centro de salud, personal GiS (Gestión y Servicios), sería de ayuda a la hora de gestionar las diferentes patologías, sobre todo a nivel de demanda aguda. No solo dándole seguridad a una parte del equipo para que puedan gestionar mejor las agendas, sino también para poder filtrar mejor la demanda y que el trabajo sea más fácil y seguro para todos.

PROYECTO PARA ATENDER LA DEMANDA ANESTÉSICA EN CUALQUIER LUGAR DEL HOSPITAL

JOSE LUIS PÉREZ SANTAR; AMAYA ALCOJOR DE LA MORENA; JOSE MARIA BELEÑA BURGOS; ILDEFONSO IBAÑEZ PRAENA; MONICA SANCHEZ-ROBUSTER SANCHEZ; LOURDES SAINZ DE LOS TERREROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17124

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

De manera tradicional los actos anestésicos han sido de siempre circunscritos al área quirúrgica. Todo acto que tenía que realizarse usando alguna técnica anestésica por parte de los anesthesiólogos tenía que movilizarse para poder acceder a estos servicios.

El paso a realizar procedimientos fuera de quirófano se hizo necesario al no poder transportar los nuevos aparatos electromédicos al área quirúrgica. Las torres de endoscopia, la RMN o los litotriptores no se podían desplazar a quirófano así que fue necesario desplazar al anestesista y su equipo a esas unidades.

Sin embargo el paciente si tenía que desplazarse al área quirúrgica para realizarse otros procedimientos. Los quirófanos tienen una capacidad limitada y muchos procedimientos se quedaban sin la posibilidad de aprovechar el alivio que proporcionan las técnicas anestésicas (sedación en broncoscopias, biopsias de médula ósea, histeroscopias diagnósticas...)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Siendo conscientes de las limitaciones de acceso al quirófano, el objetivo era diseñar un sistema que permitiera cualquier tipo de anestesia (incluido anestesia generales) en cualquier lugar del hospital. Todo ello sin comprometer la seguridad del paciente, no limitando los recursos materiales y humanos de los que dispone un quirófano. La mayor limitación era la salida de gases que necesitan las estaciones de anestesia. Para ello se adaptó una máquina de anestesia con un sistema de reciclaje de gases anestésicos que permitía el uso de gases en cualquier lugar del hospital. Del mismo modo se creó y modificó un carro para disponer de todos los fármacos y material electromédico necesarios para la realización de una anestesia general en cualquier parte del hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su implementación se han realizado procedimientos en hospital de día, consultas, radiología y rehabilitación, permitiendo el acceso a las técnicas anestésicas donde lo necesite el paciente.

Con este proyecto se han roto barreras, al sacar al anestesista del entorno quirúrgico y animando al resto de facultativos a aliviar el sufrimiento de sus pacientes, reticentes por miedo a la técnica anestésica o por desconocimiento.

LIVES: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE VIVEN CON ENFERMEDADES VASCULARES HEPÁTICAS

ALICIA SÁNCHEZ GARCÍA¹; EVA GIL HERNÁNDEZ¹; MERCE GUILABERT MORA²; IRENE CARRILLO MURCIA²; PURA BALLESTER^{1,3}; JOSÉ JOAQUÍN MIRA SOLVES²

¹FUNDACION FISABIO, ²UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE// COMUNITAT VALENCIANA

³UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SAN ANTONIO DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17204

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Las personas que viven con una enfermedad rara de tipo vascular hepática, experimentan problemas para obtener un diagnóstico certero, tienen necesidades complejas de atención sanitaria, escasez de ayudas y apoyo social. Los datos sobre la calidad de vida de las personas con enfermedades raras son pocos, y la mayoría se centran en variables relacionadas con la enfermedad, sin incorporar aquellos aspectos de la experiencia vital que supone vivir con la enfermedad rara.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general de este proyecto multicéntrico europeo, LIVEs (Quality of life of patients with vascular LIVER diseaseS), es diseñar y validar un cuestionario que permita evaluar la calidad de vida de estos pacientes, sensible con su experiencia vital con la enfermedad.

España lidera la exploración de estas dimensiones en miembros de asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, pacientes y/o cuidadores, haciendo hincapié en el impacto social y laboral de la enfermedad, necesidades no cubiertas, demandas habituales y recursos de apoyo disponibles.

Para ello, se consensuaron tres guiones de preguntas enfocados a paciente, profesional sanitario y asociaciones de pacientes. Un segundo paso consistió en la conducción de las entrevistas estos grupos de interés. El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por medio de asociaciones de pacientes y centros sanitarios colaboradores. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas para el análisis por categorías temáticas de la información. Se recogieron otros datos como experiencia de los investigadores que llevaron a cabo las entrevistas. Concluidas las entrevistas en los 4 países durante el mes de junio de 2023, se realizará un análisis global que considere los aspectos consistentes y diferenciales entre países en relación a la experiencia vital de las personas con enfermedades raras de tipo vascular hepática.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Por parte de España, se entrevistó a 4 miembros de asociaciones de pacientes, 5 pacientes con alguna enfermedad vascular hepática y 5 profesionales sanitarios que tratan con este tipo de enfermedades en su día a día.

Aunque los resultados eran distintos según el diagnóstico de los pacientes (trombosis venosa portal, síndrome de Budd-Chiari o enfermedad vascular porto-sinusoidal) entre los elementos consistentes en los tres grupos de informantes destaca: la dificultad de tener un diagnóstico y ser derivado al centro correspondiente, la capacidad para poder planificar su vida debido al incierto pronóstico de avance de la enfermedad, posibles recaídas o complicaciones, y el estigma social que supone tener una enfermedad rara de estas características condicionando muchos ámbitos de carácter social, de ocio y tiempo libre.

La necesidad de seguir investigando en este tipo de enfermedades para un adecuado diagnóstico y tratamiento se constituye como diana fundamental unida a la necesidad de explorar e intentar cubrir unas necesidades que son de vital importancia en la vida de estas personas.

PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN CENTROS SANITARIOS

ROSARIO PEINADO CLEMENS¹; DOLORES DONOSO CARMONA¹; MANUELA BOBADILLA DEL POZO²; MAGDALENA CARRACEDO MOLINA²

¹ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ. EXTREMADURA, ²SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD// EXTREMADURA

ID: 13065

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La accesibilidad universal es una condición previa para la participación e inclusión en la sociedad y en la economía de las personas con discapacidad. La obligación de proporcionar accesibilidad es, por tanto, un elemento esencial para hacer posible el derecho a la igualdad plena y efectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

El objetivo general es la creación de un protocolo para potenciar las estrategias de humanización, fomentando la accesibilidad de personas con discapacidad visual en los centros sanitarios del Servicio Extremeño de Salud, mediante el acompañamiento.

Metodología

Se creó un grupo de trabajo en el que participó Medicina, Enfermería, personal celador, Trabajo Social y miembros de la ONCE para la elaboración del "Protocolo de Acompañamiento a personas con discapacidad visual en los centros sanitarios", 14 centros hospitalarios y 112 centros de salud en toda la comunidad autónoma. Se excluyeron los consultorios locales por su pequeño tamaño.

En el procedimiento se definen en pasos estructurados cronológicamente:

- Previa a la consulta: el usuario indica al Servicio de Atención al Usuario (SAU), mediante correo electrónico o contacto telefónico, su nombre y el lugar, día y hora de inicio y finalización de la consulta. SAU informa a la jefatura de Celadores que programa la atención.
- Día de la consulta: 30 minutos antes y en el punto fijado (normalmente vestíbulo principal del centro), un celador acompaña al paciente y familiar al lugar de atención y lo comunica al personal del mismo.
- Posterior a la consulta: el personal avisa de nuevo al celador que acompaña al paciente a la salida o a otras dependencias del centro sanitario si lo requiere
- Control de incidencias: se realiza mediante llamada del SAU al usuario, transcurridos 7 días tras el acompañamiento, en la que se le pregunta por el grado de satisfacción global, la facilidad de acceso al acompañamiento y las posibles incidencias detectadas. Se realizó una formación a 87 celadores y auxiliares de enfermería y un pilotaje posterior de la implantación del protocolo en un área de salud de la comunidad durante tres meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados del Pilotaje

Durante el periodo seleccionado se realizaron 10 procedimientos de acompañamiento con un grado de satisfacción excelente. Se registraron dos incidencias relacionadas con la comunicación con el servicio de Atención al Paciente en el momento de las solicitudes y que fueron solventadas antes del día del acompañamiento.

Conclusiones

Este protocolo surgió del consenso y la participación de profesionales y usuarios desde la accesibilidad, la participación y la humanización ante una necesidad de acompañamiento a personas con discapacidad visual en nuestros centros sanitarios. Aunque el ámbito de actuación pueda ser pequeño por el número de personas a las que se afecta, consideramos fundamental el implementar medidas para mejorar la accesibilidad de todos los colectivos a nuestros centros sanitarios.

IMPACTO COVID EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL. RESULTADOS DE UN PLAN DE CHOQUE URGENTE

MARTA JOVER AGUILAR¹; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN²; ÁNGEL ESTEBAN GIL¹; CARIDAD MARÍN HERNÁNDEZ²; PEDRO ANTONIO CASCALES CAMPOS²; PABLO RAMÍREZ ROMERO²

¹INSTITUTO MURCIANO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA PASCUAL PARRILLA, ²HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14831

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Durante la pandemia por COVID-19, gran parte de la actividad hospitalaria tuvo que ser enfocada en tratar dicha patología. Éste hecho ocasionó el cierre y/o reorganización de algunos recursos, como las consultas externas de especialidades o la cirugía electiva no urgente, para poder hacer frente a la demanda asistencial y evitar el colapso del sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de la pandemia ocasionada por el COVID-19 en la actividad quirúrgica del Servicio de Cirugía General y Digestivo, así como evaluar el efecto de las medidas adoptadas. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal (2019-2022), donde se monitorizaron una batería de indicadores de actividad quirúrgica del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HCUVA. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS v.28.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En lo que respecta al Servicio de Cirugía del HCUVA, el mayor impacto en la reducción de la actividad asistencial tuvo lugar en los meses de marzo, abril y mayo de 2020 (especialmente en el mes de mayo, donde menos sesiones quirúrgicas se realizaron). Ante esta reducción de la actividad quirúrgica, se produjo un incremento de la lista de espera quirúrgica (LEQ) y una demora en la atención de los pacientes. Frente al aumento del número de pacientes en LEQ, el Servicio tuvo que adaptar algunas medidas estratégicas urgentes que permitiesen reducir tanto el número de pacientes en espera como el tiempo medio que éstos esperaban hasta ser intervenidos. Para ello, se implementó un plan de choque, a fin de disminuir el número de pacientes en espera estructural del Servicio de CGD. Así, para el primer trimestre de 2021, a 31 de enero de 2021, los pacientes en Espera Estructural (EE) eran de 541 vs. 850 a 31 de septiembre de 2020 (reducción de 309 pacientes) y el número de pacientes en EE con más de 180 días fue de 32 vs. 267 a 31 de septiembre de 2020 (reducción de 235 pacientes). Además, desde la Subdirección General Asistencial del Servicio Murciano de Salud se dio permiso para incrementar el N^o de prolongaciones quirúrgicas por la tarde, lo que contribuyó al incremento del número de jornadas de tarde, realizándose un total de 326 en 2021.

En este sentido, se puede concluir que el COVID-19 tuvo un impacto en la actividad quirúrgica del Servicio de CGD del HCUVA, ocasionando una reducción de la actividad quirúrgica y un aumento en el número de pacientes en LEQ y tiempo medio de los pacientes en EE, por lo que se tuvieron que adoptar medidas urgentes, que dieron como resultado un descenso de ambos indicadores, reanudando la actividad normal del servicio en el primer trimestre de 2021.

ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN

FRANCISCO GARCÍA GAMBÍN; JUAN LUIS JIMÉNEZ MOLINA¹

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14904

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

En España la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se regula por la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo (parcialmente modificada por la Ley Orgánica 11/2015 de 21 de Septiembre, que refuerza la protección a las menores y mujeres con discapacidad).

Según datos del programa integral de asistencia a la mujer (PIAM) del Servicio Murciano de Salud, en 2020 se realizaron en España 88.269 interrupciones del embarazo, lo que supone un 10.33 % de las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años de edad. En el mismo periodo en la región murciana se realizaron 3.232 interrupciones, lo que supone un 11.25 % de ese mismo grupo de edad. Este porcentaje es casi un 1 % superior a media nacional.

En este trabajo analizamos las IVEs que se realizaron en el Área I en el periodo 2008 a 2022, incluyendo también el número de IVEs por mujer en el mismo periodo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de todos los episodios de IVE realizados en el Área I durante el periodo 2008 a 2022.

Para cada uno de los casos se han recogido el número de episodios de IVE realizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El total de mujeres que han sido solicitado la realización de la técnica ha sido de 13.555 y el número total de IVEs tramitados en el periodo ha sido de 18.874.

Del total de mujeres del estudio, 1.125 (8.3 %) tuvieron 3 ó más episodios de IVE y una de las mujeres llegó a tener 18 episodios. Los datos aparecen recogidos en la tabla 1.

Nº de mujeres	Nº de IVE tramitadas	%
10371	1	76,51%
2059	2	15,19%
654	3	4,82%
242	4	1,79%
127	5	0,94%
38	6	0,28%
28	7	0,21%
13	8	0,10%
6	9	0,04%
11	10	0,08%
3	11	0,02%
2	14	0,01%
1	18	0,01%
Nº total de mujeres	13.555	

Tabla 1.

Conclusiones

Con independencia de la causa, la interrupción del embarazo puede tener consecuencias en la salud de la mujer. Según datos recogidos en el PIAM, las mujeres sometidas a este procedimiento tienen un 81% más de probabilidades de sufrir patologías como Depresión o Ansiedad y tienen mayor riesgo de presentar consumo de tóxicos.

Como servicio público, tenemos la obligación de realizar un abordaje integral y multidisciplinar de estas mujeres, con el objetivo de que se realicen con las máximas garantías y para minimizar los posibles efectos secundarios del mismo.

No obstante, otro aspecto a analizar es el hecho de que, según datos del PIAM, de las mujeres a las que se les practicó IVE en la Región de Murcia casi el 37% tenían al menos un IVE previo, llegando a casos extremos de 18 episodios de IVE a una misma mujer (Tabla 1).

El 57% de estas mujeres no había seguido ningún método anticonceptivo.

Así, de los datos podría inferirse que en algunos casos el IVE sustituiría a cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles. De ser verdad esta afirmación, supondría una inadecuada utilización de un derecho legalmente reconocido y un problema de salud y ético de especial relevancia que debe ser abordado de forma integral.

MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD A TRAVÉS DE UNA APP

PABLO ALEGRE CABRERA; JORDI TABOADA BERNAL; MERCÈ BONJORN DALMAU; ANGELICA POCINO CAMPAYO; LAURA GARCIA GIMENO; MERITXELL DAVINS RIU

HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS I PUJOL// CATALUÑA

ID: 15225

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Durante la transformación digital de los procesos asistenciales del territorio sanitario se ha comprobado que muchos documentos informativos que se facilitan no tienen en cuenta el nivel de alfabetización en salud de los pacientes y utilizan una terminología médica que dificulta su entendimiento.

Además, los pacientes pueden estar en shock debido a la información médica recibida (especialmente cuando se trata de un diagnóstico grave).

Se ha analizado la complejidad de los textos y adaptado el lenguaje a un nivel de alfabetización en salud bajo, lo que ha facilitado el entendimiento, pero esto no incide en el problema de fondo, la baja alfabetización en salud. Utilizando la APP del territorio sanitario, que es personalizada para cada paciente, se ha apostado por adaptar los contenidos según el nivel de alfabetización del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

- Empoderar al paciente.

Objetivos específicos

- Medir el nivel de alfabetización en salud de los pacientes.
- Crear contenidos didácticos para mejorar la alfabetización en salud de los pacientes.
- Medir la efectividad de los contenidos y reformularlos si fuera necesario.

Metodología

Para medir el nivel de alfabetización en salud, se realiza un test validado, el HLS-EU-Q16, que los pacientes deben responder en la APP al entrar por primera vez y a los 6 meses. Los resultados basales permiten conocer qué acciones son más necesarias y poder trabajar de una forma innovadora con conceptos generales de salud y específicos de cada enfermedad. Además, se les pasará un test de empoderamiento general y uno específico de la enfermedad, si existe.

Tras 6 meses realizando los ejercicios y retos se repetirá el test. La comparativa de los resultados aportará valor para comprobar si los materiales ofrecidos al paciente en la APP han funcionado o se deben modificar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los contenidos se han trabajado de forma general (alfabetización en salud) y específica para cada enfermedad. Todos ellos están gamificados tipo 'trivial' para conseguir una mejor adherencia y alfabetización. Además, los pacientes tienen un reto con diferentes niveles y van consiguiendo medallas conforme van alfabetizándose.

Se ha realizado una prueba piloto y los resultados con el uMARS (Escala validada a nivel de investigación para evaluar las app móviles de salud a nivel de usuario) han sido (en una escala del 1 al 5):

Calidad de la información: 4,25

Cantidad de información: 4,38

Información visual: 4,5

Credibilidad de la fuente: 4,88

Conclusiones

Las nuevas tecnologías han facilitar el acceso a la salud y ofrecer a los pacientes los recursos necesarios para entender los síntomas y los tratamientos.

Formar a los pacientes mediante contenidos adaptados a sus necesidades les permitirá empoderarse en su enfermedad hasta convertirse en pacientes expertos, con lo que esto comporta: mayor adherencia a los tratamientos, menor gasto sanitario y una recuperación más rápida de las enfermedades tratables.

Son necesarias estas acciones para conseguir un paciente empoderado.

EVALUACIÓN COSTE-EFECTIVA DE NUEVOS RADIOFÁRMACOS UTILIZADOS EN CÁNCER DE PRÓSTATA

ÁNGELA ALONSO GARCÍA; MARÍA DE LA LUZ BRAVO-FERRER MORENO; ANDREA BLESA JIMÉNEZ; CARMEN BELÉN OTERO ALONSO; MARÍA ALEJANDRA ASENSIO RUIZ; MARÍA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15421

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

Las técnicas de imagen convencionales para el diagnóstico de la recidiva bioquímica del cáncer de próstata, como la Resonancia Magnética, la Tomografía Computarizada y la Gammagrafía Ósea, tienen una precisión y sensibilidad limitada en la detección de la recurrencia y la enfermedad metastásica. En los últimos años, se han desarrollado nuevas técnicas.

diagnósticas basadas en la imagen molecular, como el PET-TC con ^{18}F -Colina o con radiofármacos basados en el Antígeno Prostático Específico de Membrana (PSMA), como el ^{18}F -DCFPyL (^{18}F -PSMA).

La ^{18}F -Colina está autorizada en España desde 2018 y presenta una tasa de detección variable y sujeta a los niveles plasmáticos de PSA. El ^{18}F -PSMA proporciona un método más sensible y preciso para la detección de la recurrencia temprana del tumor, sin embargo, en España aún no está autorizada su comercialización. A día de hoy existen una serie de limitaciones y acotaciones para utilizar esta técnica, pues se debe realizar una solicitud a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como medicamento de uso compasivo. La AEMPS autoriza el uso del ^{18}F -PSMA cuando el PSA del paciente es inferior a 2 ng/ml o cuando el PSA es superior a 2 ng/ml pero el paciente tiene un PET/TC con ^{18}F -Colina negativo o no concluyente en los 6 meses previos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Durante el año 2022 se observa en nuestro servicio un gran número de peticiones médicas de PET-PSMA en pacientes con recidiva bioquímica de cáncer de próstata que no se pueden tramitar por uso compasivo sin un PET-Colina previo sí autorizado. Se decide analizar las consecuencias de realizar una prueba de imagen previa a la realización del PET-PSMA. Se evaluará la dosimetría del paciente, el gasto sanitario y el tiempo de diagnóstico de los pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2022 se realizó un estudio PET-PSMA a 54 pacientes, de los cuales 24 pacientes tuvieron un resultado positivo. A 8 de estos pacientes con resultado positivo se les exigió un PET-Colina previo y el resultado fue negativo. Esto supuso un retraso en el diagnóstico (en ocasiones de varios meses), un incremento del gasto sanitario, un aumento de la dosimetría de los pacientes (dos exploraciones PET-TAC por paciente), en resumen, una gestión poco eficaz del paciente y del proceso.

El ^{18}F -PSMA ha demostrado tasas de detección superiores a las de la ^{18}F -Colina. El uso del PET-PSMA sin necesidad de pruebas de imagen previas representaría un ahorro desde la perspectiva del paciente y de la atención médica, al realizarse una sola prueba de imagen en lugar de múltiples. Con la evidencia existente las autoridades sanitarias deberían facilitar la accesibilidad a este radiofármaco, que ha demostrado ser más coste-efectivo.

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD. CUANDO EL ESPACIO CONDICIONA EL TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN ATENCION PRIMARIA

PEDRO MAS LLEDÓ; LIDIA BUITRAGO GALVEZ; MARIA SOLEDAD DELGADO GOMEZ; JOSEFA SARABIA MAYOR; LAURA GARCIA GALLEGO; ANTONIO PAREDES SIDRACH DE CARDONA

CENTRO DE SALUD MURCIA VISTALEGRE LA FLOTA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 16756

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La arquitectura y organización de los equipos tienen relación directa con la atención prestada en los centros sanitarios. Las limitaciones de espacio condicionan la organización del trabajo del equipo y que la atención de las enfermeras sea de calidad.

El tiempo de consulta utilizado por paciente es proporcional a la calidad percibida tanto del profesional como por el usuario. Viene además condicionado por el propio profesional que realiza la atención. Un cambio en la organización del trabajo puede suponer una mejora de la atención sanitaria aun manteniendo la misma estructura espacial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer los tiempos de atención directa de enfermería en la consulta de Atención Primaria en un Centro de Salud urbano Identificar diferencias entre los tiempos de enfermería empleados, los cupos y sus características.

Se analizaron tres consultas de enfermería de un centro de salud urbano en las que, por la falta de espacio físico, éstas se tienen que compartir con otros profesionales de enfermería, Lo que supone que la atención directa en consulta se limita a 2 horas/consulta/día. El resto del tiempo es dedicado a otras actividades asistenciales.

Del 16 de enero a 27 de abril de 2023 se cuantifican las consultas presenciales, telefónicas y telemáticas realizadas por enfermería para determinar los tiempos utilizados en atención directa.

Se estratificaron los cupos en tres grupos de edad (<14 años, de 15 a 64 años y >65 años) que justificarían a priori las posibles variaciones en los tiempos de atención, ya que existe la idea de que la frecuentación aumenta con la edad del usuario. El análisis se centró en los pacientes de edad superior a los 15 años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Dos de las enfermeras tenían cupos de 2.353 y 2377 pacientes, con porcentajes de cupo mayores de 65 años de 16% y 18%. La tercera enfermera, con un cupo de 1922 pacientes tenía un 23 % de mayores de 65 años, superando en número total a los cupos de > de 65 años de las otras dos enfermeras.

Las citas en consulta durante el periodo de estudio fueron 509, 693 y 539 de citas, teniendo una media de 9.69, 14.14 y 10.57 pacientes al día. El tiempo medio de atención de enfermería en la consulta se situaba en 12.3, 8.4 y 11.3 minutos respectivamente.

Según el análisis realizado, es evidente que el porcentaje de pacientes mayores de 65 años no es un factor determinante para disminuir los tiempos empleados por los profesionales de enfermería en atención directa, ya que el tiempo medio obtenido no se ha visto disminuido al aumentar la edad de la población atendida por cada uno de los cupos.

La asignación de un mayor cupo de pacientes por enfermera no implica necesariamente una mayor saturación de las consultas y por consiguiente una disminución de los tiempos de atención enfermera.

La limitación temporal y espacial de las consultas de enfermería sí implica directamente una disminución de los tiempos de atención ya que un aumento de horario o la asignación de una consulta por enfermera nos permiten aumentar los tiempos de atención directa.

ESTUDIO COSTE-EFECTIVO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR PARTE DEL HOSPITAL EN PACIENTES EN ESTADO DE ILT

FRANCISCO JAVIER CAMPUZANO LOPEZ; ANA PATRICIA NAVARRO EGEA; FRANCISCO JAVIER SIMON FRANCO; JUAN LUIS JIMENEZ MOLINA; MARIA ISABEL SANTOS ORTUÑO; CLARA MIRANDA LOPEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17530

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La Incapacidad Laboral Temporal (ILT) es aquella situación del paciente en la que no puede desempeñar su trabajo y requiere asistencia sanitaria hasta el restablecimiento de su salud.

En ocasiones, la Inspección Médica necesita gestionar con celeridad algunas citas o pruebas de los pacientes en situación de ILT. Para ello se pone en contacto con la organización para ver si es posible agilizarlas y resolver dicha situación en el menor tiempo posible.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Cuantificar el ahorro que suponen las intervenciones realizadas por nuestro Servicio de Admisión de Consultas Externas en pacientes que se encuentran en estado de ILT, a la espera de una consulta o una prueba diagnóstica o terapéutica con fechas demoradas.

Analizar las solicitudes realizadas para conocer los servicios del área más demandados Disminuir el tiempo de espera de los procesos de los pacientes en estado de ILT.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de las solicitudes que realiza la Inspección Médica sobre pacientes que se encuentran en situación de ILT para que se agilice una consulta o una prueba diagnóstica o terapéutica. El periodo de estudio comprende desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2022. Los datos han sido recogidos por el Servicio de Admisión de Consultas Externas de Adultos de nuestra Area de Salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el periodo de estudio se han recibido 77 solicitudes de adelantamiento de citas o pruebas, de las cuales se han adelantado la cita al 68,8%. Para el 10,8% no existía información del paciente, el 5,2% se derivaron a su área de referencia y en el 15,6% no se realizó ninguna intervención debido a que el paciente ya no lo requería.

Los servicios más demandados han sido: Rehabilitación (24,7% de las solicitudes); Traumatología (16.9%); Neurocirugía (9%) y Unidad del Dolor (6,5%).

El total de días de ahorro relativo en el periodo de ILT de los pacientes afectados ha sido de 3966. Teniendo como referencia el salario mínimo interprofesional, podemos calcular un ahorro económico aproximado de 142.776€.

Conclusiones

Tras analizar los resultados podemos concluir que se ha generado un ahorro estimado de más de 140.000€ por las intervenciones realizadas por nuestro Servicio de Admisión de Consultas Externas.

Los servicios más solicitados son aquellos relacionados con procesos quirúrgicos, su rehabilitación y el dolor crónico.

Además, ha aumentado la satisfacción del paciente tras ver disminuido el tiempo de espera para la resolución de su proceso clínico.

DEMORAS EN AP: EXPERIENCIA CON LA MONITORIZACIÓN Y MEJORAS EN UN CENTRO DE SALUD

DANIEL CAMPOY SOTO; ELENA ALBA ANDÚJAR

ÁREA III DE SALUD DEL SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17725

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID19 ha supuesto un cambio en la organización en los equipos de atención primaria. El aumento de la presión asistencial, los circuitos COVID y la incorporación de nuevos actos clínicos (consultas telefónicas, telemáticas, interconsultas no presenciales, gestión de resultados de laboratorio COVID, etc), además de por otras causas, han traído como consecuencia la aparición de demoras como no ha habido antes. El aumento de quejas y reclamaciones ha hecho necesario poner en marcha mecanismos de gestión de las demoras, en principio de manera reactiva a estas, pero las medidas de control no fueron suficientes por lo que se puso en marcha un sistema de monitorización que permitió detectarlas antes que se excedieran a su control. Las medidas de control que se pusieron inicialmente fueron la de mandar informes con los tiempos de demora a los responsables de los equipos. En aquellos donde la demora excedía ciertos tiempos intervenía la dirección. Algunas medidas de control realizadas fueron la de cambiar los circuitos de atención de la demanda imprevista, implantar el modelo de agenda pactado en la estrategia regional de mejora de la atención primaria, reforzar los cupos (pocas veces, debido a la escasez de recursos humanos), entre otras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es encontrar una manera más efectiva de gestionar las demoras con la experiencia en un centro de salud donde inicialmente se realizaba de manera reactiva, en base a quejas y reclamaciones y posteriormente se realizó de forma proactiva gracias a la monitorización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La monitorización de las demoras permitió informar a los responsables de los equipos de los tiempos para que de forma proactiva pusieran en marcha medidas de control y a la dirección a identificar donde realizar intervención. Los resultados obtenidos en un centro de salud son que las demoras se redujeron de manera significativa frente a la intervención reactiva por las quejas y reclamaciones. No obstante es necesario realizar nuevas reformas para volver a tener tiempos de atención similares a la prepandemia.

¿ES POSIBLE LLEVARSE LA HISTORIA CLÍNICA DE VACACIONES?

PATRICIA FERNÁN PEREZ¹ JULIO CESAR FERNÁNDEZ ÁLVAREZ²; MARÍA FÉLIX RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ²; ELVIRA ALONSO SUERO²; FELIPE MARÍA ESTÉVEZ DE GAMÓN³; JOSE ENRIQUE VIEGO DE LA ROZ⁴

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

²SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS Y SERVICIOS TÉCNICOS DEL S ESPA// PRINCIPADO DE ASTURIAS

³SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 17774

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Accesibilidad y equidad

JUSTIFICACIÓN

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantiza la accesibilidad a los datos de salud por parte de los ciudadanos.

Para garantizar esa accesibilidad de forma segura para los ciudadanos es de vital importancia tanto para la prestación de la asistencia sanitaria como para la obtención de la dispensación de un medicamento, se precisa poder consultar los datos relativos a la salud mínimos contenidos en su Historia Clínica, independientemente de dónde haya sido generada.

El Proyecto de HCDSNS (Historia Clínica Digital del Sistema nacional de Salud) es una iniciativa del Ministerio de Sanidad que surge para responder a las necesidades de los ciudadanos cuando éstos requieren atención sanitaria fuera de la Comunidad Autónoma (CA) en la que habitualmente son atendidos.

Cada una de las CA han puesto en marcha diferentes mecanismos para dar respuesta a dicho requisito legal, entre ellos, el diseño e implantación de la "Carpeta de Salud".

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la accesibilidad por parte de los ciudadanos a la HES en las CA

Detectar propuestas de mejora acerca de los contenidos mínimos necesarios.

FASE I:

-Constitución de un grupo de trabajo multiprofesional con perfil técnico y sanitario, que trabaja de manera online y con herramientas colaborativas del paquete de Microsoft 365.

-Detección de las fuentes de información necesarias para la obtención de datos de las carpetas de salud

-Revisión bibliográfica y webgrafía relacionada con la HES.

FASE II

-Diseño y elaboración de cuestionario ad hoc para la recogida de datos mínimos mediante metodología COBIT .

FASE III

-Análisis de resultados obtenidos.

FASE IV

-Conclusiones y estado de situación con propuestas de mejora y/o recomendaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha elaborado un cuestionario para la recogida de datos técnicos de 18 ítems en el que se recogen datos sobre los métodos de acceso a la carpeta de salud e implementación de la carpeta de salud; Y otro cuestionario para llevar a cabo el estudio de opinión de los diferentes grupos de interés usuarios de la Carpeta de Salud con un total de 10 ítems sobre usabilidad, adecuación y satisfacción con la misma.

Los resultados preliminares son:

95% de las CA disponen de la posibilidad de consultar parcialmente el contenido de la H.E.S a través de internet (excepto INGESA), 72% de las CA, disponen de APP específica para el acceso de los ciudadanos a su HES, a través de dispositivo móviles.

Solamente 3 de las CA, disponen de la posibilidad que los ciudadanos puedan incorporar datos a su HES a través de Internet (es decir solamente 16%).

El acceso a la Historia Clínica Digital del Sistema nacional de Salud en la totalidad del territorio nacional aún no es una realidad, por lo que aún no es posible echar en la maleta para las vacaciones nuestra historia, y tenemos que gestionar de manera proactiva, por ejemplo la retirada de medicamentos en nuestra CA de origen.

MEJORA DE RESULTADOS EN SALUD MEDIANTE ESTANDARIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS DATOS EN HCE Y CUADROS DE MANDO DINÁMI

JESÚS MANDINGORRA GIMÉNEZ; CRISTINA CAMPOS FERNÁNDEZ; LORENZO FÁCILA RUBIO; JOSÉ PÉREZ SILVESTRE; JAVIER MONTERO HERNÁNDEZ; FERNANDO ALFONSO RÍOS.

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14922

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El proyecto sigue una de las principales líneas estratégicas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), que se centra en la mejora y la optimización de la calidad asistencial. Para ello, el foco principal del proyecto se ha centrado en la estandarización, estructuración y automatización de indicadores clínicos, de gestión y de proceso para tener una visión 360 del manejo del paciente en servicios clave para Hospital.

Para ello, se crea un proyecto colaborativo público privado entre el CHGUV y la unidad de soluciones innovadoras de Novartis para apoyar la mejora continua del manejo clínico y asistencial mediante la estructuración y estandarización de la recogida de información e indicadores clínicos y de proceso en la historia clínica del centro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Agilizar y mejorar la toma de decisiones clínicas e individualizar al máximo la atención ofrecida a los pacientes de las distintas especialidades para mejorar su manejo y su experiencia en el proceso asistencial
- Mejorar y optimizar el proceso asistencial de los pacientes de las distintas especialidades.
- Estandarizar criterios de recogida de información en la HCE e indicadores de medición.

Metodología de trabajo

La metodología empleada Lean Healthcare pone al paciente en el centro del proceso trabajando con grupos multidisciplinares.

Los sistemas de información del CHGUV son muy dinámicos y permiten la adaptación de los formularios de recogida de información a las necesidades específicas de los profesionales. Mediante reuniones multidisciplinares se definen tanto los procedimientos como los datos a recoger de una patología determinada y se configura el sistema para adaptarse a lo solicitado.

Posteriormente, la herramienta de visualización y descubrimiento de datos Qlick Sense, permite integrar estos datos con otras áreas del CHGUV como resultados de laboratorio, medicación administrada, etc. A través de diferentes paneles personalizados se visualiza esta información de forma flexible e interactiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los profesionales son capaces de ver, analizar y en su caso generar alertas ante desviaciones de:

- Tiempos medios de atención, visitas de seguimiento o pruebas diagnósticas. Patologías sistémicas y comorbilidades.
- Adherencia a tratamientos.
- Evoluciones de parámetros de laboratorio o específicos de la patología.
- Itinerarios farmacológicos y tratamientos biológicos.
- Número de pacientes atendidos en la patología o que debutan en ella.
- Cumplimiento de las vías clínicas establecidas para la patología correspondiente.

Conclusiones

- Las reuniones multidisciplinares para la normalización de la información facilitan la concienciación e implicación de los profesionales en la mejora de la calidad asistencial.
- El sistema Qlick Sense permite detectar desviaciones en el proceso asistencial facilitando la toma de medidas correctivas o definiendo los itinerarios terapéuticos más eficientes con la consiguiente mejora de la experiencia del paciente.

¿HABLAMOS EN CÓDIGO? ANÁLISIS DE USO DE ABREVIATURAS EN LA HISTORIA CLÍNICA

ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ¹; ROSA SOLEDAD DÍAZ¹; ESTHER GARCÍA EXPÓSITO¹; NURIA ECHAVE HERAS²; ALBA RAPELA FREIRE¹; ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN ²INSTITUTO DE SALUD CARLOS III// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15026

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En la práctica clínica es frecuente el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o iniciales en la historia clínica, en la mayoría de los casos con la finalidad de agilizar la escritura; sin embargo, su uso no está exento de riesgos. Joint Commission International advierte que con frecuencia los fallos de comunicación se producen por el uso no estandarizado de abreviaturas, símbolos y códigos en las organizaciones sanitarias. Por ello, en nuestro hospital se elaboró y difundió un protocolo de adecuado uso de abreviaturas en el hospital que incluye aquellas abreviaturas aceptadas por la organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con la finalidad de conocer el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o iniciales y de otras funciones de la historia clínica en la práctica clínica habitual de nuestro hospital, se diseñó un estudio observacional en el que se auditaron episodios de hospitalización correspondientes a los años 2021 y 2022. Los objetivos fueron: describir la frecuencia de uso no adecuado de abreviaturas, estudiar aquellas que se utilizaron con más frecuencia y estimar el promedio de abreviaturas no permitidas empleadas en cada apartado de la historia clínica. La selección de la muestra se hizo mediante aleatorización desde la base de CMBD de todos los episodios dados de alta en mayo de cada año y la Comisión de Documentación Clínica fue la encargada de realizar la recogida de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 44 episodios de hospitalización. En total se detectaron 289 abreviaturas diferentes que no están admitidas o con significados diferentes a los permitidos según protocolo del hospital. Las abreviaturas más empleadas fueron: HD, lpm, TV, GN y H. Cuando se emplearon significados no admitidos, en varias abreviaturas se identificaron más de un significado diferente, llegando incluso a emplearse 3 significados distintos. En 65 siglas no se pudo identificar cuál era el significado utilizado. Los apartados de la historia que presentaban en mayor porcentaje de abreviaturas no permitidas fueron: evolutivo de enfermería (95% de los episodios; con un promedio de 7 abreviaturas por episodio), evolutivo de medicina (91% de los episodios; con un promedio de 6) e informe de urgencias (83% de los episodios, con un promedio de 5). Por lo tanto, concluimos que el uso de abreviaturas en la historia clínica electrónica continúa siendo un reto con amplio margen de mejora y es necesario establecer estrategias entre en personal sanitario que fomenten el uso correcto de abreviaturas.

FACTORES DE COMPLEJIDAD DE CUIDADOS ASOCIADOS AL FALLO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

ANDREA URBINA MORAL¹; JORDI ADAMUZ TOMÁS¹; MARIA EULALIA JUVÉ UDINA²; MARIBEL GONZÁLEZ SAMARTINO¹; EMILIO JIMÉNEZ MARTÍNEZ¹; MARTA ROMERO GARCIA³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. ²INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. CATALUÑA. ³UNIVERSIDAD DE BARCELONA// CATALUÑA

ID: 15470

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El fallo del catéter venoso periférico (CVP) es una complicación común generalmente infradiagnosticada que oscila entre el 4-19% en pacientes hospitalizados (1-3). Aunque algunos estudios han evaluado los factores asociados a fallo de catéter (3), hasta la fecha, ninguno ha identificado la asociación entre los factores de complejidad de cuidados y el fallo de CVP en el ámbito de urgencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar la prevalencia del fallo de CVP en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias y su relación con factores de complejidad de cuidados y otras variables clínicas y sociodemográficas.

Metodología

Estudio observacional transversal correlacional. Se incluyeron de forma consecutiva todos aquellos pacientes portadores de CVP atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel durante el período junio 2021-2022.

Las variables principales del estudio fueron el fallo de CVP (flebitis, extravasación, obstrucción o disfunción) y 26 Factores individuales de Complejidad de Cuidados categorizados en 5 fuentes (psicoemocional, mental-cognitiva, sociocultural, evolutiva, comorbilidades-complicaciones). Además, se recogieron otras variables secundarias como: edad, sexo, días de estancia o plan de cuidados enfermero.

Los datos fueron recogidos retrospectivamente de la Historia Clínica Electrónica. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial mediante el software informático SPSS versión 25.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el período de estudio consultaron a urgencias 35.968 pacientes que fueron portadores de CVP (incidencia de CVP fue del 72%). La media de edad fue de 66,2 años (DE 18,9), siendo el 54,3% hombres, con un nivel de triaje 1-2 el 30,7%. Los principales motivos de consulta a urgencias fueron: consulta por disnea, malestar general, infección por COVID-19 y dolor abdominal. Además, se observa que el 80% de los pacientes presenta algún factor de complejidad de cuidados. Entre los pacientes portadores de CVP, el 0,9% presentó fallo de catéter (55,1% disfunción, 26,2% extravasación, 19% flebitis o 0,9% obstrucción). Los factores de complejidad de cuidados que se asociaron a fallo de CVP fueron: incontinencia, inestabilidad hemodinámica, infección transmisible, fragilidad vascular, ansiedad y temor, trastornos de la adaptación, trastornos del nivel de consciencia y agitación (pValor<0,05). Además, se observa que los pacientes con algún factor de complejidad de cuidados presentan más fallo de catéter (12,7% vs 87,3%; pValor=0,001).

Conclusiones

La prevalencia del fallo de catéter venoso periférico en el servicio de urgencias fue del 0,9%. El fallo de catéter periférico se asoció con mayor número de factores de complejidad de cuidados.

La identificación precoz del fallo de catéter podría ayudar a estratificar los pacientes y diseñar estrategias preventivas para disminuir su incidencia.

ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA PARA SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE FRACTURA DE CADERA

CRISTINA OJEDA THIES; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ; NOELIA GARCÍA BARRIO; JOSÉ LUIS BERNAL SOBRINO; PABLO SERRANO BALAZOTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17471

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Existen dos sistemas de información sanitaria (SIS) para el seguimiento del proceso asistencial de fractura de cadera. El Observatorio de Resultados del Servicio de Salud alimentado con datos del Registro de Atención Especializada - Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) y el Registro Nacional de Fracturas de Cadera. Dada la necesidad de disponer de un cuadro de mandos que permitiese un seguimiento en tiempo real del proceso asistencial, se decidió crear un tercer SIS con PowerBi para los datos extraídos de la historia electrónica del hospital de aquellos pacientes etiquetados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es analizar la concordancia de los tres SIS, y evaluar las fuentes de error de captura de estos pacientes y variaciones en la codificación de las variables, que pudieran dar lugar a diferentes resultados al analizar el proceso.

Se creó una etiqueta de proceso en la historia electrónica titulado "Fractura de fémur proximal" con código SNOMED, y que actúa como identificador del proceso asistencial. El traumatólogo crea el proceso en el momento de diagnosticar la fractura. Además, se creó una pestaña en la historia electrónica llamada "Fractura de cadera" que agrupa a los pacientes hospitalizados con esta etiqueta, y en la cual constaban: filiación del paciente, edad y localización, demora quirúrgica, INR, fecha y hora de intervención, si eran candidatos a circuito "Fast track" o no, la movilización precoz y si eran candidatos a traslado a un Hospital de Apoyo para recibir rehabilitación. Esta pestaña era accesible para todos los grupos profesionales implicados en el proceso asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En total, se han recogido 970 casos. La concordancia fue mayor para el RNFC vs. CMBD que para el RNFC vs. PowerBi. La variabilidad inter-observador entre registros fue considerable, con una índice kappa de Fleiss de 0,182 para el periodo comprendido entre agosto de 2021 y diciembre de 2022. La correlación entre el RNFC y PowerBi mejoró en 2022 comparado con 2021, aunque con un deterioro en el segundo semestre comparado con el primero. La concordancia se deterioró aún más en el primer trimestre de 2023.

Si analizamos sólo los 579 pacientes recogidos por los tres registros, el porcentaje de fallecidos durante el episodio de hospitalización fue de 4,8% (28 casos) para el RNFC, del 5,0% (29 casos) para el CMBD y del 3,8% (22 casos) para PowerBi. La concordancia inter-registro fue mayor para el RNFC vs. CMBD (Kappa de Cohen: 0,982 \pm 0,018) que para el RNFC vs.

PowerBi (Kappa de Cohen: 0,708 \pm 0,074).

Si incluimos todos los casos registrados en alguno de los tres registros, el porcentaje de fallecidos durante el episodio de hospitalización fue del 4,2% (41 casos) para el RNFC, del 5,3% (40 casos) para el CMBD, y del 3,3% (31 casos) para PowerBi. La concordancia inter-registro apenas se resintió para el RNFC vs. CMBD (Kappa de Cohen 0,945 \pm 0,028) pero sí algo más para el RNFC vs. PowerBi (Kappa de Cohen 0,546 \pm 0,072).

EL BENCHMARKING PARA LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS

GEMA MUÑOZ GAMITO; MARTA JUBERT ESTIVARIZ; MÓNICA MARTÍNEZ NAVARRO; ORIOL FERRÉ TORRENTE; MARC MATARRODONA RIERA.

FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA// CATALUÑA

ID: 17356

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestra organización participa con Benchmarking Sanitario 3.0 (BS3) desde 2021. Uno de los kpi que facilita es la ratio de complicaciones intrahospitalarias.

En enero de 2021, nuestro centro tenía una desviación en la ratio de complicaciones de 1.31 respecto al resto de hospitales de la misma categoría.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Disminuir la ratio de complicaciones de 1.31 a 1.01 en dos años, con un objetivo intermedio a finales de 2022 de 1.09.

Metodología

- Se analizaron todos los casos de complicaciones y se realizó un diagrama de paretto para identificar las causas más relevantes.
- También se analizó, episodio a episodio, si había concordancia entre BS3, la codificación interna y la información clínica que constaba en el informe de alta.
- Se dividieron las complicaciones en aquellas relacionadas con el acto asistencial y aquellas relacionadas con discrepancias en el registro. Se diseñaron planes de acción específicos para cada una de ellas.
- Para las que afectaban a un único servicio, se realizaron sesiones formativas individuales, grupales y reuniones con dirección, área de calidad y jefe de servicio, en las que se exponía el problema y se solicitaba una revisión y un feedback por parte de los jefes de servicio. Se mantenía una comunicación presencial y por mail.
- Para las complicaciones con implicación transversal, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para realizar el análisis conjunto y hacer propuestas de mejora, con reuniones periódicas.
- Para los casos identificados como discrepantes entre la codificación interna y el informe de alta, se realizó feedback conjunto entre los responsables asistenciales y el servicio de codificación para resolver posibles dudas de interpretación. Se trasladó parte del problema al comité de historias clínicas y se elaboró una formación online para todos los profesionales.
- Para los casos discrepantes entre la codificación interna y el registro BS3, se solicitó una auditoría externa para identificar diferencias metodológicas, debidas al cambio de plataforma reciente en la entidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Como grupos de complicaciones más importantes, se identificaron las relacionadas con medicación no anestésica, las complicaciones gastrointestinales en el postoperatorio, y las broncoaspiraciones. Por relevancia y volumen del tipo de complicación, se centraron las medidas en los servicios médicos. Se realizaron sesiones individuales de carácter mensual con todos los jefes de servicio y dirección médica durante el primer año, y luego más espaciadas.

La ratio de complicaciones disminuyó de 1.32 a 1.07 (<1.09) a finales de 2021 y sigue disminuyendo (actualmente 1.04, datos de abril-23) por lo que se prevé llegar al objetivo a dos años a finales de 2023.

Conclusiones

El seguimiento mensual a través de la plataforma nos facilita poder realizar un análisis adecuado y dirigir las medidas hacia áreas específicas. Dividir la meta en subobjetivos realistas facilita el cumplimiento y mantiene la motivación para la mejora continua entre los implicados.

IMPACTO DE LA RESISTENCIA A FÁRMACOS ANTIMICROBIANOS EN LA ESTANCIA Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA

IVÁN OTERINO MOREIRA¹; FRANCISCO JAVIER CANDEL GONZÁLEZ²; MONTSERRAT PÉREZ ENCINAS¹; SUSANA LORENZO MARTÍNEZ¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ²HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17738

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La OMS advierte que la resistencia a los antimicrobianos hace más difícil el tratamiento de las infecciones e incrementa el riesgo aparición de formas graves de enfermedad y de muerte.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es determinar el impacto de la resistencia a fármacos antimicrobianos (RAM) en la estancia y mortalidad hospitalaria en pacientes hospitalizados con neumonía.

Para ello se diseña un estudio retrospectivo de caso-control, anidado en una cohorte, que incluyó a todos los episodios de hospitalización con diagnóstico de neumonía bacteriana con identificación del microorganismo causal en pacientes mayores de 17 años dados de alta durante el periodo 2017-2021 en un hospital terciario, utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se excluyeron aquellos episodios con diagnóstico de neumonía en los que no se pudo filiar el agente causal.

Los casos se definieron como cualquier hospitalización de pacientes con diagnóstico de neumonía bacteriana con confirmación etiológica que contiene como diagnóstico secundario los códigos Z16 "RAM" de la CIE-10. Los controles fueron el resto episodios exentos de dichos códigos de resistencia.

Las medianas se compararon mediante test Wilcoxon y las proporciones por Chi-2. Se construyeron dos modelos de regresión multivariante que estudiaron la influencia de la RAM en la estancia o mortalidad hospitalaria, usando como covariables edad, infección COVID-19 e índice de comorbilidad de van Walraven (IW).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Sucedieron 915 episodios de hospitalización por neumonía identificada como bacteriana de los cuales 108 (11,8%) se debieron a bacterias resistentes (casos).

Los pacientes con registro de RAM eran significativamente más mayores, con una mediana de 80 años (RIC: 71-84) vs 75 años (RIC: 60-83), $p=0,0024$. La proporción de varones en el grupo RAM fue del 73,15% y en el grupo control 64,68%, $p=0,082$. La mediana del IW fue 9 (RIC: 4-15) para los casos de RAM y 7 (RIC: 1-13) en los controles, $p=0,0041$. EL 7,41% de los casos y 13,01% de los controles presentó COVID-19, $p=0,096$.

La mediana de la estancia hospitalaria en el grupo con RAM fue 12 días (RIC: 7-29) y 7 días (RIC: 4-12) para el grupo control, $p>|z| <0,001$. El 18,52% de los episodios del grupo con RAM fue éxitus vs el 9,54% del grupo control, $p=0,004$

Los pacientes con RAM se asociaron a una mayor estancia hospitalaria: $IRR=2,13$ (IC95% 1,67-2,71), $p>|z| <0,000$. Así mismo, la comorbilidad (IW) fue un factor que aumentó la estancia hospitalaria: $IRR=1,02$ (IC95% 1,01-1,03), $p>|z|=0,005$.

La mortalidad aumentó significativamente en pacientes con RAM: $OR=2,02$ (IC95% 1,14-3,57), $p>|z|=0,016$. La edad y la comorbilidad también se asociaron con mayor riesgo de muerte, $p>|z| <0,001$.

Concluimos que la neumonía por bacterias resistentes a fármacos antimicrobianos se asoció con mayor estancia y mortalidad hospitalaria. La explotación del CMBD permite medir indicadores de calidad asistencial de resultados en salud.

CÁNCER DE MAMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA OBSERVADA EN UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO

MARIA JOSÉ MORALES CANTOS; LAURA PAREJA FERNÁNDEZ; JORDI GALVEZ ESCAÑUELA; LAURA ESTEBAN ETCHAMENDI; JOSEP MARIA ESCRIBÀ JORDANA; JOSEPA RIBES PUIG.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 14877

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama (CM) representa el 30% de los tumores en la mujer. En el período 2013-21 se recopilaron 13.240 CM incidentes en el Registro de Tumores Hospitalario Multicéntrico del Institut Català Oncología y el Institut Català de la Salut (RTH ICO-ICS). Este registro incluye 6 centros: ICO-H Germans Trias Pujol de Badalona, ICO-H Dr Josep Trueta de Girona, ICO- H Bellvitge de L'Hospitalet Llobregat.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar las características clínicas de las pacientes diagnosticadas/tratadas de CM en los centros del RTH en el período 2013-21 y estimar la supervivencia observada (SO) a los 7 años según factores pronósticos

Metodología

RTH identificó CM a partir de varias fuentes de información del ICO/ICS (altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos antineoplásicos aplicados durante los 365 días posteriores al diagnóstico del CM). La cirugía se captó de las altas hospitalarias (ICS) y, inmunoterapia/quimioterapia y radioterapia de los programas ESPOQ y ARIA (ICO). La comorbilidad (Charlson) se obtuvo de los diagnósticos de las altas hospitalarias anteriores/simultáneas al diagnóstico del CM de todos los centros públicos de Cataluña. El estado vital, del Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y el Registro Central de Asegurados (Departament Salut). La información se revisó manualmente en el SAP según reglas internacionales de registros de cáncer

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El 75.6% de los CM se presentaron en mujeres >50 años. Características clínicas: a) C. ductal infiltrante 76.9%, C. lobulillar 10.8%; b) estadio: I 38.8%, II 36.8%, III 13.4%, IV 5.3%; c) patrón luminal: A 32.0%, B 40.4%, Her-2+ 12.5%; triple negativo 8.8%. Tratamientos aplicados en los centros RTH: cirugía (n=5.121 38.7%; n=3.308 conservadora 64.6%/n=1.395 radical 27.2%), radioterapia (69.8%), quimioterapia (28.2%)

La SO global a los 7 años fue del 79.8% (IC 95%: 78.9-80.6) sin diferencias entre centros. La SO e IC95% según: a) edad (años): 35-49: 88.7% (87.3-90.1), 50-69: 88.5 % (87.5-89.5), >69: 55.8% (53.7-58.0); b) estadio: I 91.6% (90.6-92.6), II 82.6% (81.2-84.0), III 68.3% (65.7-71.1), IV 23.9 (20.0-28.6); c) patrón luminal: A 86.5% (85.2-87.9), B 79.0% (77.6-80.5), Her-2 + 78.8% (76.4-81.3), triple negativo 68.5% (65.5-71.8); d) comorbilidad: ninguna 83.7% (82.8-84.6), baja 70.3% (67.7-73.0), alta 31.9% (27.1-37.7)

Conclusiones

1. El RTH ICO-ICS es una herramienta útil para evaluar de forma objetiva y transparente los resultados obtenidos en el diagnóstico y el tratamiento de las pacientes con CM
2. La SO similar a los 7 años en los distintos centros sugiere que las enfermas con CM son tratadas con equidad independientemente del centro RTH ICO-ICS dónde se han asistido
3. Los factores que empeoran el pronóstico del CM son la edad avanzada, la presencia de enfermedades concomitantes, los estadios avanzados y el patrón luminal triple negativo, siendo estos resultados congruentes con los publicados previamente a nivel internacional.

REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO (RTH) MULTICÉNTRICO COMO INSTRUMENTO DE CONTROL DE CALIDAD EN HOSPITALES ONCOLÓGICOS

MARIA JOSÉ MORALES CANTOS; ANGELS MELIÀ FLORIT; MARTÍ RISPÚA PAGES; ULISES FERRANDIZ BROTONS; LAURA ROCA VIELBA; JOSEPA RIBES PUIG

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 14888

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Un RTH recoge sistemáticamente información de los tumores diagnosticados/tratados en un centro y en un período de tiempo determinados. Los enfermos de un hospital no son representativos de la población del área geográfica de influencia del centro. Los centros presentan características terapéuticas particulares y los pacientes asistidos en ellos podrían diferir. Disponer de un RTH multicéntrico podría paliar sesgos de selección y ser una herramienta útil para evaluar múltiples aspectos de la calidad asistencial

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Implementar un RTH en 3 centros de referencia oncológica del Institut Català Oncologia (ICO) y sus 3 hospitales de referencia del Institut Català de la Salut (ICS) (Badalona: H Universitario Germans Trias i Pujol; Girona: H Universitario Dr.

Josep Trueta; Hospitalet Llobregat: H Universitario Bellvitge)

Metodología

Las fuentes de información del RTH ICO-ICS fueron: ICS) anatomía patológica, altas hospitalarias; ICO) altas hospitalarias, consultas externas, comités de tumores, tratamientos oncológicos, ensayos clínicos y, específicamente citogenética y biología molecular para las neoplasias hematológicas. Se incluyeron en el registro todos los tumores invasores, los inciertos/in situ de vías urinarias y, in situ/inciertos/benignos de los sistemas nervioso central y hematopoyético

El programa ASEDAT, agrupó la información por paciente (patient matching) y mediante algoritmos que tienen en cuenta la topografía y la morfología tumorales, se identificaron tumores por paciente (tumour matching: tumores múltiples). Todos los tumores propuestos por ASEDAT se revisaron manualmente en el SAP por documentalistas siguiendo la normativa internacional de la European Network Cancer Registries y de la International Agency for Research on Cancer. El estado vital se recopiló mediante el cruce informático con el Índice Nacional de Defunciones (Ministerio de Sanidad) y con el Registro de Asegurados (Departament de Salut). El tiempo de supervivencia observado (SO) se consideró como el tiempo (años) desde la fecha de diagnóstico del cáncer hasta la muerte del paciente o cierre del estudio (marzo 2023). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico R

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Excluyendo el cáncer de piel no melanoma, se registraron 101.863 tumores en el período 2013-21. La media de casos recopilados anualmente y por área fue de unos 3.200 en Badalona, 2.800 en Girona y 6.000 en Hospitalet. La SO global a los 5 años según el sexo fue: Hombres 49.2% (IC 95%: 48.8–49.7), Mujeres 64.6% (64.1–65.1). La SO empeoró significativamente con la edad, los estadios avanzados y la comorbilidad

Conclusiones

El RTH ICO-ICS multicéntrico es una herramienta objetiva para monitorizar estrategias terapéuticas y resultados de supervivencia del cáncer teniendo en cuenta el grado de complejidad del paciente. El volumen de pacientes de este registro permite evaluar no sólo los tumores más incidentes en la población, sino que también los tumores raros.

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL PARA GESTIÓN Y EXPLOTACIÓN DE INDICADORES EN UNIDADES HOSPITALARIAS

MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ; OSCAR CRUZ SALGADO; ALBERTO MORENO CONDE; MERCEDES ROMAN FUENTES; JESÚS MORENO CONDE; SAMUEL SALAS FERNÁNDEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA// ANDALUCÍA

ID: 15384

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de gestionar y explotar cada vez más indicadores debido al incremento de los mismos, ha potenciado la necesidad de crear un sistema ágil e integrado que pueda arrojar resultados de los indicadores explotados provenientes de distintas fuentes de datos hospitalarios con indicadores clave de rendimiento específicos para cada Unidad.

La necesidad de facilitar el acceso a los cargos intermedios que gestionan las Unidades impera abordarlo para cubrir esta demanda en aras de una mejor gestión de las unidades.

La Unidad de Innovación y Análisis de Datos, junto con la Unidad de Calidad del Hospital han permitido el desarrollo de esta iniciativa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Como objetivos se plantean:

- Crear una herramienta que de soporte a la gestión transversal todos los indicadores presentes en los distintos sistemas de información y fuentes de datos
- Que los profesionales dispongan de las herramientas y tecnologías adecuadas para aumentar las capacidades de explotación y análisis de datos y de esta forma facilitar y optimizar las tareas de gestión y seguimiento de las unidades del hospital
- Acceso automatizado a todos los datos relevantes desde los sistemas corporativos locales, regionales y no corporativos
- Análisis automático y generación de alertas de indicadores de actividades relevantes para la gestión de la Unidad

El sistema se ha desarrollado como una herramienta de recogida de datos estructurados relacionados con la asistencia en distintas áreas temáticas entre las que se incluyen:

- Satisfacción y Reclamaciones
- Accesibilidad
- Demanda quirúrgica
- Pruebas Diagnosticas
- Actividad en Urgencias
- Información sobre Hospitalización y Consultas externas
- Datos económicos
- Seguridad Enfermería y de Cuidados (Incluyendo indicadores de Practicas Avanzadas)
- Calidad (Comisiones Clínicas, Acreditaciones, Auditorias, etc.)

Todo ello en un entorno completamente seguro que permite el acceso desde cualquier dispositivo conectado a la intranet hospitalaria de Andalucía mediante las credenciales de usuario corporativo y gracias al cual, se puede mantener una trazabilidad completa del acceso a la información.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema permite realizar diferentes análisis parciales o totales de las variables o datos que se necesiten en cada momento de manera instantánea y personalizada, para llevar a cabo una gestión transversal y eficiente de todas las especialidades que integran la red de Unidades Hospitalarias.

El disponer de estos resultados favorece la toma de decisiones más ajustada a la realidad y permite reconducir acciones para la consecución de objetivos anuales planteados.

Continuar con la medición de estos indicadores va a posibilitar el estudio de tendencias de los mismos y su posterior análisis.

EVALUACIÓN DE INDICADORES DE ACCESO VASCULAR EN UN PROYECTO DE ENFERMERÍA MEDIANTE LA PROGRAMACIÓN DE OBI- OAS

SILVIA GARCÍA DE GARAYO DÍAZ; JAIONE SANCHEZ ZUGAZUA; MIREN GARRASTATXU LANDALUCE OQUERANZA; BLANCA NIEVES GALLEJONES ALBUERNE.

OSI ARABA// PAÍS VASCO

ID: 15464

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2018 la OSI Araba opta al proceso de designación como centro comprometido con la excelencia en cuidados (BPSO), con la implantación de 3 guías de buenas prácticas, una de las cuales es "Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares" que se implanta en 7 unidades de enfermería del hospital.

En 2021 la OSI Araba consigue la acreditación BPSO entrando en la primera fase de sostenibilidad para el periodo 2021-2022.

El proyecto proporciona un diccionario de indicadores y un calendario de evaluación. Los datos se registrar en la base de CarEvID (Investén-iciii y RNAO).

A principios de 2022 se hace un diagnóstico de la situación del proyecto. Una de las áreas de mejora identificadas es que la evaluación de datos fue complicada y requirió mucho tiempo de profesionales ya que se hizo de manera manual.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es extraer de OBI - ORACLE ANALYTICS los datos de indicadores de Carevid para poder importarlos desde una única tabla evitando que las enfermeras deban hacer la extracción de datos manualmente.

Para ello ha sido preciso:

- Definir los criterios y fuentes de información de los indicadores.
- Obtener la muestra de la población diana.
- Extraer la información de cada ítem de forma individualizada.
- Diseñar un código SQL.
- Chequear que los datos sean correctos.
- Traducir los datos a los valores que requiere Carevid.
- Mapear los datos con la plantilla de Carevid.
- Importarlos a Carevid.
- Exportar los informes de Carevid.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las personas de la muestra, el 5,7% tuvieron dispositivos periféricos y centrales. El 96,6% tuvo dispositivos periféricos.

Únicamente se hizo valoración de la selección del dispositivo al 0,05% de las personas a través del formulario específicamente diseñado para este fin en la historia clínica.

En 2021, el 11% desarrollaron alguna nueva complicación relacionada con el DAV. En 2022 se han registrado nuevas complicaciones en un 0,7%.

De estas complicaciones, en 2021, el 6,5% fueron infiltraciones y el 4,8% flebitis. En 2022, los porcentajes son 0% y 0,2% respectivamente.

El principal motivo de retirada ha sido el fin de tratamiento (83,1%) seguido de las extracciones accidentales (13,2%) y de las complicaciones (7,2%, en 2021).

Se concluye que la extracción de datos desde OBI-OAS permite reducir el tiempo de profesionales dedicadas a esta tarea y homogeneizar los criterios de evaluación para poder comparar unidades y sedes hospitalarias.

Se observa una clara área de mejora en la valoración para la selección del dispositivo y en el registro de las nuevas complicaciones.

ADAPTACIÓN DEL STANDARD SET DE ICHOM PARA SU EVALUACIÓN SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

IAGO RODRÍGUEZ-LAGO¹; JOSE LÁZARO PÉREZ CALLE²; ELENA BARBAZÁN³; INÉS GALLEGO CAMIÑA⁴; CAROLINA VARELA RODRÍGUEZ⁵; XAVIER CALVET⁶

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO// PAÍS VASCO, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN// COMUNIDAD DE MADRID, ³IQVIA// COMUNIDAD DE MADRID, ⁴OSI EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES//PAÍS VASCO, ⁵HOSPITAL 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID, ⁶HOSPITAL UNIVERSITARI. INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I INNOVACIÓ PARC TAULÍ// CATALUÑA

ID: 17182

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de la Asistencia Sanitaria Basada en el Valor, los standard sets del International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) proporcionan una valiosa referencia sobre las variables necesarias para medir resultados en salud. Sin embargo, no existe una metodología estandarizada que permita evaluar estas variables en la práctica clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El presente resumen pretende revisar las modificaciones realizadas al standard set de ICHOM para Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) para permitir su recogida sistemática dentro del proceso asistencial en 15 centros hospitalarios españoles.

Este trabajo forma parte del proyecto EIIMPROVE, avalado por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) e integrado por 21 profesionales de Gastroenterología, Calidad y Sistemas de Información de los centros.

A través de 5 reuniones de trabajo, se analizó 1) la relevancia de variables, 2) la factibilidad de su recogida estructurada en la práctica clínica, 3) su adaptación para permitir su cuantificación y 4) el método de normalización para permitir la comparativa entre diferentes centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se acordó un conjunto final de 105 variables a partir de las 60 propuestas por ICHOM. Cuatro fueron eliminadas por redundancia, 8 añadidas por su relevancia para el proceso asistencial y 10 -como por ejemplo las cirugías- fueron desglosadas para facilitar su recogida individual. Se consensuaron los criterios de evaluación y las variables fueron traducidas al español. El set final se compuso de un 40% (42) de variables evaluando resultados en salud (con un 10% de Patient-Reported Outcomes o PROs), 57% (60) de contexto y 3% (3) administrativas.

Por su relevancia clínica, se seleccionaron 48 (46%) variables para priorizar su recogida periódica y análisis. Entre ellas destacan el uso de esteroides, la remisión de la enfermedad desde el punto de vista del paciente, la remisión según el médico, la presencia de anemia, la aparición de complicaciones o los tratamientos en curso.

Se habilitó también un campo de fecha de registro de la información con el fin de flexibilizar la recogida a momentos diferentes a los sugeridos por ICHOM (semestral y anual), adaptándose a la práctica clínica y al contacto asistencial del paciente.

A partir del set completo de variables, se adaptaron 53 variables para la evaluación de resultados. 19 indicadores de salud y 34 variables de contexto. Los indicadores de salud se agregaron, a su vez, en un único indicador global sintético de calidad de los centros.

En conclusión, los estándares de ICHOM han requerido una revisión profunda para permitir su recogida estructurada en la práctica clínica. Además, su gradación de acuerdo con su relevancia puede permitir una implementación progresiva la recogida sistemática de estos parámetros en los centros participantes.

CUADRO MANDO (CM) DE INDICADORES DEL PROYECTO: ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA POR ENFERMERÍA (APADE)

ANA BELÉN RAMÍREZ PUERTA; AURORA BARBERA MARTIN; JUAN ANTONIO SARRIÓN BRAVO; JOSE CARLOS ESTEVEZ MUÑOZ; JOSÉ LUIS ARÉJULA TORRES; TAMARA ALONSO SAFONT.

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17371

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Proyecto APADE de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) pretende potenciar la capacidad de enfermería para resolver problemas agudos de los usuarios que se relacionan con cuidados. APADE es un proyecto estratégico de la GAAP que precisa de un cuadro de mando (CM) que incluya indicadores claves para su monitorización y seguimiento. Una vez consolidados éstos pasan a ser objetivos específicos del Contrato Programa de Centro (CPC).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Disponer de un CM APADE, incluir indicadores en CPC y evolucionar a gestión clínica por parte de los centros.

Homogenizar el registro de episodios según codificación CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) entre los profesionales de enfermería.

Se definen los indicadores necesarios del proyecto y sus requerimientos, siendo la variable principal la Codificación CIAP por Enfermería. El Indicador principal (IP) en CPC es "Episodios APADE creados por enfermería": nº episodios APADE creados por enfermería con al menos un registro/ nº total de episodios APADE creados en el centro x100, con un criterio llave de validación de la Dirección Asistencial (DA) del circuito interno en el centro. En la intranet se publica listado de episodios CIAP propuestos para registro de los 21 procesos APADE desarrollados. Se construye un informe en Power BI: "APADE_DA", con datos agregados a DA, centro y CIAS profesional. La actualización de datos es mensual y accesible a directivos. El indicador de CPC está visible en eSoap (herramienta para el Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria), con volcado de datos trimestral y de acceso directivo y de profesionales.

En 2022 los profesionales de enfermería han creado 620.454 episodios APADE de los 3.166.364 totales APADE, lo que supone una media de 19.60 % (repunte en junio con un 23.02%). Una desviación típica entre DA de 1.694.

De los 15 procesos APADE que se implantan en una 1ª fase, los atendidos por enfermería con mayor frecuencia son: HERIDA AGUDA con 38302 episodios de 60139 totales (63,68%) y QUEMADURA con 15525 de 43590 (35,61%). El que menos consta

es ORZUELO con 1470 de 79666 (1,84%).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 6 procesos de la 2ª fase (2 meses de implantación en 2022) el más atendido en consultas de enfermería es la MORDEDURA ANIMAL/HUMANA con 3187 de 9655 (33,01%) y el que menos es la CRISIS ANSIEDAD con 1780 de 104931 (1,69%).

En el primer trimestre de 2023 los resultados son similares, un 18.40% de episodios APADE creados por enfermería, manteniendo la posición en el ranking los mismos procesos que en 2022.

Disponer de un CM con datos del IP permite a directivos de la micro y meso gestión hacer un seguimiento más exhaustivo de la implantación del proyecto e identificar áreas y acciones de mejora.

Durante el 1º año de implantación del proyecto se identifican episodios CIAP no incluidos en el inicio. Se actualiza listado e incluyen en la explotación del IP.

PROYECTO NACIONAL PARA LA ACTUALIZACIÓN CONTINUA DE LA VÍA CLÍNICA "RICA"

PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ; JOSÉ MANUEL RAMÍREZ RODRÍGUEZ¹; JOSÉ MANUEL ESTRADA LORENZO²; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ²

¹ HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. ZARAGOZA. ARAGÓN, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17453

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La vía clínica "RICA" (Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto), es un documento publicado en 2021 (versión anterior 2015) en el que constan 205 recomendaciones pre, intra y postoperatorias, siguiendo la metodología GRADE, que ha sido promovido por el Ministerio de Sanidad y avalado por GuíaSalud. En su elaboración han participado 33 Sociedades Científicas, siendo de amplia difusión y de referencia nacional. Para ello se requiere la colaboración coordinada de las diferentes especialidades y categorías profesionales involucradas en la asistencia al paciente.

Un reto complejo es poder disponer de un documento basado en la evidencia, actualizado continuamente, en lugar de únicamente optar por la revisión periódica convencional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Facilitar a los profesionales sanitarios la Vía clínica "RICA" con una actualización continua para disponer de las pautas que permiten una aplicación segura.

Bases y metodología del proyecto (2021-2022).

Diseño del proyecto, elaboración de Manual para revisión de artículos científicos y de formatos para la cumplimentación de los revisores.

Formación (revisión de artículos; talleres de GRADE y GRADEpro, impartidos por Cochrane- Madrid).

Estrategia de búsqueda bibliográfica (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, observacionales y guías de práctica clínica).

Realización de formatos y preparación de repositorios de documentos.

Recepción de las primeras alertas mensuales por parte de los Grupos de revisores (noviembre 2022).

Preparación de las nuevas recomendaciones para valoración por el Grupo Consultor (2023).

Auditorías cruzadas por parte del Grupo revisor (noviembre 2023).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Número de revisores: 20; Miembros del Grupo consultor (su función principal es la decisión final de incorporación de las nuevas recomendaciones): 41.

Número de artículos revisados (oct-2022-ene.2023): 599.

Tipo de artículos: observacionales 109, ensayos aleatorios 93, revisiones sistemáticas 19.

Especialidades más representadas en los artículos: Cirugía general (135), Anestesia (49), Varias especialidades (48).

Susceptibles de nuevas recomendaciones: 8,5%. Niveles de evidencia GRADE: Baja 52%; muy baja 23%; moderada 19% y alta 6%. Grado de recomendación: débil 87%; fuerte 13%

El desarrollo del proyecto hasta la actualidad ha mostrado la factibilidad de este nuevo planteamiento, considerando como pilares fundamentales para el éxito del mismo la formación, la disciplina de los revisores, el soporte metodológico y la coordinación, así como el reconocimiento de las personas que participan en el mismo.

COCREAR INDICADORES JUNTO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MEDIANTE AGILE MEJORA SU IMPLICACIÓN EN LA CALIDAD

ORIOLO FERRE TORRENTE; GEMA MUÑOZ GAMITO; MONICA MARTÍNEZ NAVARRO; MARC MATARRODONA RIERA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUATERRASSA// CATALUÑA

ID: 17469

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los datos cuantitativos y cualitativos asistenciales que se ofrece a los profesionales no tienen una estructura adaptada a los estándares de calidad. Esto dificulta que los profesionales puedan aplicar las medidas correctoras oportunas en caso de detectar desviaciones y que su implicación sea menor.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Potenciar la cultura de los indicadores asistenciales, el seguimiento y el desarrollo de su actividad entre los profesionales.

Se propone la cocreación de una herramienta informática con la implicación de los profesionales mediante metodología agile-scrum.

Consideramos el proyecto de Indicadores Asistenciales como un desarrollo Scrum permanente, en el que cada sprint supone el desarrollo de un nuevo indicador.

Para iniciar los sprints, se programan reuniones semanales con los diferentes referentes de cada área afectada, se generan las historias de usuario y se definen los criterios de cada indicador, cómo se calculan y cómo se agrupan los datos. Al mismo tiempo, se crean fichas descriptivas en las que se explica el detalle del qué y el cómo:

- Categoría
- Procesos relacionados
- Objetivo
- Definición de variables
- Fuente de los datos
- Fórmula de cálculo
- Criterios y definiciones
- Tipo de meta
- Inductores e inducidos
- Responsables del cálculo y del indicador
- Acciones derivadas
- Observaciones

Por otro lado, se trabaja estrechamente con el departamento de Sistemas de Información (SSII). Se realizan comunicaciones diarias breves para compartir conocimiento y detectar problemas en los registros a medida que se profundiza en el cálculo. Esto hace que el flujo de información del Área de Calidad, SSII y los referentes de los indicadores sea continuo hasta la validación y la puesta en producción, haciendo que cada sprint sea un ciclo iterativo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde enero de 2022 hasta el 31 de mayo 2023 se han diseñado más de 350 indicadores de diferentes ámbitos, la gran mayoría estrechamente relacionados con la calidad asistencial, y con un gran potencial de ayuda para el profesional.

Cada indicador muestra el resultado en números absolutos o en porcentajes en el período de tiempo escogido, y lo compara con el año anterior en el mismo período o con una meta fija definida; en el detalle, se puede visualizar los datos por servicio, planta o dispositivo, y también se pueden ver tendencias de años anteriores y gráficos dinámicos.

Además, los profesionales muestran interés por los indicadores de su área y solicitan reuniones con el área de calidad para consultar dudas, elaborar nuevos indicadores y para solicitar soporte en las acciones de mejora.

La implicación de los profesionales en la creación de la herramienta ha sido clave para que se interesen por esta nueva manera de objetivar y analizar los resultados.

MEJORA BASADA EN EL DATO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

CRISTINA OJEDA THIES; ELENA GARCÍA GÓMEZ; ARANZAZU CAPEL AGUNDEZ; ADOLFO GARCIA GUTIERREZ; CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ; CONCEPCIÓN MOLINER ROBREDO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17479

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La fractura de cadera es la fractura osteoporótica que mayor morbilidad, mortalidad y gasto sanitario genera. La carga de dependencia generada por las fracturas osteoporóticas supera a la de otras enfermedades como los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Todo ello da lugar a una gran carga económica para el sistema sanitario, la mayor parte para la asistencia hospitalaria, aunque con una importante variabilidad entre Comunidades Autónomas en los costes. Un informe del Ministerio de Sanidad publicado en el año 2010 estimó que las fracturas de cadera suponían un 2,6% del gasto hospitalario total del Sistema Nacional de Salud.

El buen manejo de pacientes con fracturas de cadera exige una interacción de múltiples servicios hospitalarios y repercute en mejores resultados en salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo fue la optimización del proceso asistencial para la mejora de la asistencia sanitaria y de los resultados en salud de los pacientes.

Para lograrlo se creó un grupo de trabajo para analizar los puntos de mejora del proceso asistencial, con reuniones periódicas para evaluar los resultados y corregir errores. Y se habilitó un sistema de información ágil mediante PowerBI con extracción de datos desde la Historia Clínica Electrónica para mejorar el seguimiento de indicadores. Y se facilitó una pestaña en la HCE con la información básica de los pacientes para todos los profesionales intervinientes en la asistencia.

Como grandes cambios del proceso asistencial se añade un clínico referente para la gestión de datos del proceso asistencial; se crea un identificador del proceso asistencial en el HCIS y se añade la posibilidad de un quirófano extraordinario los domingos, para poder evitar el efecto "fin de semana" en la demora quirúrgica.

El proceso asistencial incluye a todos los pacientes de 50 o más años que hubieran sufrido una fractura de fémur proximal (intracapsular, pertrocantérea o subcapital) de baja energía, excluidas las fracturas patológicas y las fracturas de alta energía en el contexto de un politraumatismo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La optimización del proceso permitió la reducción de las demoras prequirúrgicas, la reducción en dos puntos porcentuales la mortalidad en pacientes mayores de 75 años y un mejor cumplimiento del indicador de intervenciones en menos de 48 horas.

IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDIANTE HERRAMIENTAS DE BUSINESS INTELLIGENCE

LUCÍA SÁNCHEZ PIORNO; VIRGINIA FLOR MORALES; ELBA GONZÁLEZ DE LINARES BALLEGGI; ANA MARÍA RUIZ RUIZ; GONZALO PÉREZ ROJÍ; CONCEPCIÓN FARIÑAS ÁLVAREZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA// CANTABRIA

ID: 17589

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de Urgencias son puntos clave dentro de los hospitales, por lo que resulta fundamental conocer sus principales indicadores de actividad, con el fin de gestionar adecuadamente los recursos disponibles, ayudar en la toma de decisiones y ofrecer una asistencia de calidad. Estos indicadores constituyen el cuadro de mandos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar un cuadro de mandos de un Servicio de Urgencias Hospitalarias, utilizando herramientas de Business Intelligence que faciliten el acceso a la información en tiempo real.

Ámbito: Servicio de Urgencias de un hospital universitario de tercer nivel, que atiende 411 urgencias/día de media. Se conformó un grupo de trabajo, dentro del Grupo de Mejora de Calidad del S. Urgencias (del que forman parte los mandos intermedios y miembros de la Dirección del hospital). Se revisaron los indicadores propuestos por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), los indicadores del contrato de gestión del propio hospital, y los propuestos en varios artículos de revisión. Se identificaron los más relevantes, y se evaluó la fuente de los datos, la facilidad de acceso y la pertinencia de cada uno de los indicadores. Se seleccionó el conjunto definitivo de indicadores y para cada uno de ellos se elaboró una ficha con la definición, la fórmula necesaria para su cálculo, la fuente de datos, los límites y la periodicidad. La propuesta final se presentó al Jefe de Servicio y al grupo de mejora que la validó. Con toda esta información, el Servicio de Informática del Servicio de Salud elaboró unos informes accesibles desde una herramienta avanzada de visualización de datos (Qlik Sense®) permitiendo hacer una lectura sencilla e interactiva de los indicadores y su obtención automática.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se elaboró un cuadro de mandos con 20 indicadores asistenciales, accesibles a través de Qlik Sense®. Los datos se actualizan diariamente y se pueden analizar por día, mes, año, por las diferentes zonas de atención del S. Urgencias y por los diferentes equipos de trabajo.

Este cuadro de mandos se ha hecho extensivo a los servicios de urgencias de todos los hospitales del Servicio de Salud, de tal forma que se pueden comparar los indicadores por hospital.

Además, los indicadores más relevantes sobre la actividad sanitaria en Urgencias Hospitalarias son transparentes a través del portal web de nuestro servicio autonómico de salud, siendo accesible no solo para los profesionales, sino también para los usuarios.

La elaboración de un cuadro de mando basado en la evidencia científica, con participación multidisciplinar y consensuado con la Dirección y el Servicio de Salud, ha permitido disponer de información a demanda y actualizada diariamente, que mejora la gestión. La utilización de una herramienta de Business Intelligence facilita el manejo de datos y su presentación de forma visual y amigable. Todo ello ha hecho posible su difusión a la ciudadanía.

REGISTRO DE TUMORES COMO SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL CÁNCER INFANTIL EN UN HOSPITAL TERCER NIVEL AÑOS 2018 A 2022

MARÍA MONTSERRAT PILAS PÉREZ; IGNACIO BITTINI LATORRE; MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ GATÓN; ANA MARÍA MUÑOZ LUCAS-TORRES; FRANCISCO JAVIER SALAMANCA SANTAMARÍA; ÓSCAR TOLDOS GONZÁLEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. COMUNIDAD DE MADRID.

ID: 17589

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El cáncer infantil es muy poco frecuente, presenta una incidencia en España de 155,5 casos nuevos/año por millón de niños/as. Los tumores infantiles son la segunda causa de muerte entre los <15 años y la primera por enfermedad en la infancia y adolescencia a partir del primer año de vida. Es necesario conocer los tumores infantiles atendidos en el hospital para una adecuada planificación y gestión de recursos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Cuantificar la incidencia de tumores infantiles en un hospital de tercer nivel. Describir los tumores más frecuentes y la edad en las que se desarrollan. Comparar los resultados con los publicados por el Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SHEOP)

Metodología

Análisis descriptivo y retrospectivo de los datos del Registro de Tumores (REGT) del hospital (periodo 2018-2022). Se analizan todos los tumores malignos y todos los tumores (malignos, benignos e inciertos) del sistema nervioso central (SNC) en <15 años

- Captación de casos: fuentes de datos: Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD), Anatomía Patológica, Oncología Radioterápica, Oncohematología Pediátrica, historia clínica
- Seguimiento y Actualización anual.
- Control de Calidad periodicidad anual

Clasificación mediante la Clasificación Internacional para Cáncer Infantil basada en la CIE-O-3, que agrupa los tumores infantiles en 12 categorías diagnósticas.

Se describe la información a través de la frecuencia absoluta y relativa, o media y desviación estándar según la naturaleza de dicha información. La comparación entre grupos de la muestra se estima mediante el test chi-cuadrado o test exacto de Fisher y la t de Student, dependiendo de la naturaleza de las variables

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De un total de 17.312 tumores registrados en el hospital en este periodo, 167 (1%) corresponden a pacientes <15 años (87 niñas y 80 niños), con una media de edad al diagnóstico de 7 ± 5 años, sin diferencias significativas según sexo. La base de diagnóstico fue citohistológica en el 97% de los casos. El resto se diagnosticaron mediante pruebas clínicas o de imagen

Los tumores infantiles más frecuentes para ambos sexos son: Leucemias, síndromes mielodisplásicos (SMD) y síndromes mieloproliferativos (SMP) (24,6%); tumores del SNC y miscelánea de neoplasias intracraneales e intraespinales (22,8%) y Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales (16,8%)

La distribución por sexo muestra que las primeras categorías diagnósticas más frecuentes son las mismas pero cambia el orden de aparición resultando los tumores del SNC más frecuentes en las niñas que en los niños (32,2% frente al 12,5%) ($p < 0.01$); mientras que los linfomas son más frecuentes en niños que en niñas (22,5% vs 11,5%) ($p < 0.01$). Nuestros resultados son equiparables a los del RETI-SEHOP. Sin embargo, en nuestro caso los tumores del SNC se presentan en segundo lugar frente al tercer lugar en España. Esto puede deberse a que nuestro hospital es de referencia nacional y regional en neurocirugía pediátrica

MIELOMA MÚLTIPLE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SUPERVIVENCIA OBSERVADA EN UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO

NOEL MACHUCA NEGRETE; MARTI RISPAU PAGES; ULISES FERRANDIZ BROTONS; PAULA RODRIGUEZ BLANCO; MONICA RAMON BRU; GEMMA OSCA GELIS.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 14905

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El mieloma múltiple (MM) es uno de los subtipos de neoplasia linfoide más frecuente en España (19%). Su incidencia es de 6.01 casos por 105 habitantes/año (mayor en hombres que en mujeres). La supervivencia depende de la edad, opciones terapéuticas y comorbilidades de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos: a) determinar las características clínicas de los pacientes con MM durante el período 2013-2021 en 6 hospitales del registro multicéntrico del Institut Català d'Oncologia/Insitut Català de la Salut (RTH ICO-ICS); b) analizar la supervivencia observada (SO (Intervalo de confianza 95%)) a 5 años de los pacientes según edad, sexo, comorbilidad y tratamiento.

Metodología: el RTH ICO-ICS registra todos los MM diagnosticados y/o tratados en cualquier de los 3 centros ICS (Germans Trias-Pujol, Dr Josep Trueta, Belvitge) y de los 3 centros ICO (Badalona, Girona y Hospitalet) desde 2013. Las fuentes de información son: altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y ensayos clínicos) administrados hasta 1 año post-diagnóstico, comités y resultados de citogenética y biología molecular. La comorbilidad (Charlson) se obtuvo de los ingresos hospitalarios previos y simultáneos al diagnóstico de los hospitales públicos de Cataluña. El estado vital se verificó con el Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y el Registro Central de Asegurados (Departament Salut). Toda la información fue revisada manualmente y registrada según las reglas Internacionales de registros de cáncer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 1134 MM (630 hombres y 504 mujeres), con edades >50 años en >93% de los casos. El 45% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad en el momento del diagnóstico. Un 64% de los pacientes fueron tratados con quimioterapia y un 23,5% fueron sometidos a un trasplante. La SO a los 5 años fue parecida en hombres y mujeres (48,1% (43,8%-52,8%) vs 49,4% (44,7-54,6)). Un descenso de SO se observó con el incremento de edad (78,3% (67,8-90,4) en <50 años hasta 31,3% (27,1-36,2) en mayores de 70 años; $p<0.001$) y con la presencia de comorbilidades (61,3% (57,0-65,8) en pacientes sin comorbilidad hasta 24,3% (18,7-31,6) en aquellos con comorbilidad alta; $p<0.001$). No hubo diferencias de SO entre centros. La media de edad de pacientes trasplantados fue de $57,4 \pm 7,6$ años vs $71,4 \pm 10,4$ para aquellos no candidatos a este procedimiento y la SO a 5 años fue muy superior en los primeros (72,3% (66-79,2) vs 40,9% (37,3-44,8); $p<0.001$). Sólo un 7% de los pacientes optó a un ensayo clínico.

Conclusiones

- Edad y comorbilidad son factores pronósticos del MM.
- El trasplante es un procedimiento clave para la supervivencia de estos pacientes.
- El RTH ICO-ICS es una herramienta muy útil para analizar la supervivencia del MM, no sólo por el elevado volumen de casos registrados, sino también por la disponibilidad de variables pronosticas asociadas a esta enfermedad (clínicas y terapéuticas).

LEUCEMIAS MIELOIDES AGUDAS POST SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS: DATOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

MARIA JOSÉ MORALES CANTOS; LAURA ESTEBAN ETCHAMENDI; MONICA RAMON BRU; ANNA GUIU MEMBRADO; JOSEPA RIBES PUIG (1); GEMMA OSCA GELIS.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 15271

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son neoplasias hematológicas derivadas de la línea mieloide que afectan mayormente a pacientes de edad avanzada (>65 años). Se conoce que aproximadamente un 10-40% acabarán desarrollando una leucemia mieloide aguda (LMA) como progresión de su enfermedad, disminuyendo drásticamente su supervivencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- describir las características clínicas de los pacientes con SMD durante el período 2013-2021 en el registro multicéntrico del Institut Català d'Oncologia/Insitut Català de la Salut (RTH ICO-ICS);
- evaluar los casos de SMD transformados a LMA;
- comparar la supervivencia observada a 3 años (Intervalo de confianza 95%) según edad, sexo y transformación a LMA.

Metodología

Los SMD diagnosticados y tratados desde 2013 se obtuvieron del RTH ICO-ICS que cubre 3 centros ICS (Germans Trias-Pujol, Dr Josep Trueta, Belvitge) y 3 centros ICO (Badalona, Girona y Hospitalet). Los casos son captados a través de altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos antineoplásicos (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y ensayos clínicos hasta 1 año post-diagnóstico), comités y resultados de citogenética y biología molecular. La comorbilidad (Charlson) se calcula mediante la información de los ingresos hospitalarios previos y simultáneos al diagnóstico de los hospitales públicos de Cataluña. Cruces sistemáticos con el Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y el Registro Central de Asegurados (Departament Salut) se usan para verificar el estado vital. Toda la información fue revisada manualmente y registrada según las reglas Internacionales de registros de cáncer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante 2013-2021 se detectaron 688 SMD (431 hombres y 257 mujeres), con una edad media de 74,3 años ($\pm 11,4$). Un total de 75 casos evolucionaron a LMA, 59% de las cuales eran anemias refractarias con sideroblastos en anillo (AREB), SMD de alto riesgo. SO a 3 años fue de 48,3% (44,6-52,3), siendo mayor en mujeres que en hombres (53,9% (48,0%-60,5%) vs 44,7% (40,2-49,9); $p=0.015$). Un descenso de SO se observó con el incremento de edad (63,4% (55,0-73,2) en <65 años hasta 45,1% (41,1-49,5) en mayores de 65; $p<0.001$). La media de tiempo transcurrido entre diagnóstico de SMD y de LMA fue de 16 meses. Al comparar los pacientes sin transformación con aquellos con evolución a LMA vimos que la SO a 3 años decrecía del 51,1% (47,2-55,4) al 22,9% (14,9-35,3) ($p<0.001$). Sólo un 8% de los pacientes con LMA recibió un trasplante y un 11% se incluyeron en un ensayo clínico.

Conclusiones

- Los pacientes con SMD de alto riesgo tienen mayor porcentaje de transformación a LMA, lo que disminuye la supervivencia.
- Sexo y edad también influyen en la supervivencia de los SMD.
- Debido al gran volumen de datos que contiene el RTH ICO-ICS podemos analizar la supervivencia de los SMD, no sólo en función de las características de los pacientes, sino también según evoluciona la enfermedad y los tratamientos utilizados.

MELANOMA DE ÚVEA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA A LOS 7 AÑOS A PARTIR DE UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO

NOEL MACHUCA NEGRETE; LAURA ROCA VIELBA; PAULA RODRIGUEZ BLANCO; ANGELS MELIÀ FLORIT; SONIA MOSTEIRO MOLINA; JOSEPA RIBES PUIG.

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 15189

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En adultos, el melanoma de úvea (MU) representa el 80% de los tumores oculares. La incidencia anual de MU en España es de 4 casos por millón de habitantes. Los centros oncológicos del Hospitalet de Llobregat (Instituto Catalán Oncología, ICO; H Universitario Bellvitge) son de referencia para el tratamiento del MU. En el período 2013-21 se registraron en el Registro de Tumores Hospitalario (RTH) del Hospitalet, 491 MU (234 mujeres, 257 hombres)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

- determinar las características clínicas de los pacientes diagnosticados/tratados de MU en el período 2013-21;
- estimar la supervivencia observada (SO) a los 7 años según sexo, edad, comorbilidad (Charlson) y tratamiento

Metodología

El RTH identificó MU a partir de las altas hospitalarias y anatomía patológica del H Bellvitge y, de las altas hospitalarias, consultas externas, tratamientos antineoplásicos del ICO. La cirugía se captó de las altas hospitalarias del Bellvitge; la quimioterapia/radioterapia del ICO. Se recopilaron los tratamientos aplicados durante los 365 días posteriores al diagnóstico del MU. La comorbilidad se obtuvo de los diagnósticos de los ingresos hospitalarios anteriores/simultáneos al diagnóstico del MU y, el estado vital, del Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y del Registro Central de Asegurados (Departament Salut). La información de cada MU se revisó manualmente en el SAP según reglas internacionales de registros de cáncer

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El 41% de los MU correspondieron a pacientes residentes fuera de Cataluña. El 77% de los MU se diagnosticaron en pacientes >50 años; el 95% de MU se localizaron en cuerpo ciliar. Se intervinieron quirúrgicamente 299 pacientes (61%), practicándose 56 enucleaciones. Se aplicó radioterapia a 368 (75%), siendo la braquiterapia el tratamiento principal en 210 pacientes. Un 4.3% (n=21) de los pacientes optaron a un ensayo clínico.

SO (IC95%) 7 años: a) sexo: hombres 68% (61.7-75.6), mujeres: 69% (62.4-76.9); b) edad: <35años 88% (74.1-100.0),

35-49años 78% (67.1-91.3), 50-69años 72% (65.8-79.6), >69años 51% (42.2-62.6); c) comorbilidad: ninguna 70%

(64.4-75.7), baja 71% (58.4-86.6), alta 53% (38.4-73.4); d) enucleación: 43% (30.7-60.2), braquiterapia: 78% (71.9-84.1)

Conclusiones

- Aunque el MU es un tumor considerado raro por su baja prevalencia e incidencia poblacional, el RTH, por el amplio volumen de casos, permite evaluar de forma objetiva y sistemática la calidad asistencial ofrecida en nuestro centro a corto y largo plazo
- El RTH es una herramienta útil para la evaluación del ICO Hospitalet y del Hospital Universitario de Bellvitge como centros de referencia para la atención o tratamiento de los tumores intraoculares del adulto (CSUR) y de las redes europeas de referencia (ERN)
- El siguiente paso del RTH será ampliar información sobre el tamaño tumoral del MU en el diagnóstico para poder interpretar con mayor precisión nuestros resultados y asegurar una evaluación de calidad de los tratamientos aplicados

EFFECTIVIDAD DE TELERREHABILITACIÓN E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ACCESIBILIDAD, LISTA DE ESPERA Y GESTIÓN DE RECURSOS

ALEJANDRO SUERO PINEDA¹; MANUEL RODRÍGUEZ-PIÑERO DURÁN²; MARÍA ÁNGELES GARCÍA FRASQUET²; MARÍA ISABEL NIETO DÍAZ DE LOS BERNARDOS²; OLGA VILLAR-ALISES¹; LUIS GABRIEL LUQUE ROMERO²

¹HEALTHINN SPINOFF, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA//ANDALUCÍA

ID: 15324

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de rehabilitación sufren la demanda de multitud de servicios (traumatología, atención primaria, oncología, cirugía torácica, etc.) y, sin embargo, son servicios infradotados en cuestión de recursos humanos. Si hablamos solo del dolor musculoesquelético inespecífico, a día de hoy su coste supera el coste conjunto de cuadros tan frecuentes como las cardiopatía, ictus y diabetes. Esta alta incidencia, la escasez de recursos y las dificultades sociodemográficas de la población, dificulta el acceso a los servicios de rehabilitación. Actualmente, la telerrehabilitación y la inteligencia artificial ofrece una excelente oportunidad para saltar estas barreras y permitir a los pacientes acceder a un "terapeuta virtual" que asista su rehabilitación en casa a través de dispositivos domésticos como un smartphone, ordenador o tablet. Estos sistemas, controlados por un profesional del servicio podrían extender la atención de los servicios de rehabilitación y favorecer la recolección de datos para el mejor control y monitoreo de los pacientes. En ensayos anteriores con más de 600 pacientes, nuestro equipo de investigación publicó resultados de reducción de un 41% de la lista de espera. El siguiente paso será replicar estos resultados en toda la patología musculoesquelética que requiere atención presencial en el hospital y reducir los tiempos de atención presencial en el hospital y los transportes innecesarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar si un programa de tratamiento pautado y controlado desde un sistema de inteligencia artificial en el dispositivo doméstico del paciente mejora la recuperación clínica y reduce el consumo de recursos presenciales en comparación con el tratamiento convencional de los hospitales.

Metodología

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 81 pacientes con patología musculoesquelética. El grupo experimental (EG) recibió un programa de tratamiento basado en un sistema de inteligencia artificial accesible desde el dispositivo doméstico del propio paciente y el grupo de control (CG) recibió el tratamiento convencional (standard of care) de los hospitales basado en sesiones presenciales y un programa de ejercicios domiciliario en papel. Variable principal: número de sesiones presenciales. Variables clínicas secundarias: funcionalidad y dolor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El grupo experimental necesitó menos sesiones de fisioterapia (DM -11,5 sesiones; IC del 95%: -21,4 a -1,4), mostró una menor duración de la fisioterapia (DM -3,8 semanas; IC del 95%: -7 a -1) y tuvo una mejor recuperación de todas las variables clínicas en comparación con el grupo de control.

Conclusiones

El uso de un sistema de Telerrehabilitación e inteligencia artificial para los dispositivos domésticos (smartphone, ordenador o tablet) mejoró la evolución clínica de los pacientes disminuyendo la presencialidad en el hospital y el consumo de recursos.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A CENTROS SOCIOSANITARIOS: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARINA MARTÍNEZ PAYÁ¹; MERCEDES GUILABERT MORA²; IRENE CARRILLO MURCIA²

¹GRUPO CASAVARDE, ²UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15370

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Actualmente la expectativa de vida de la humanidad continúa aumentando, debido, entre otras causas, a avances en la atención médica y actividades en salud pública. Los centros sociosanitarios prestan atención en su mayoría a personas con enfermedad crónica y limitación funcional, mental y social en situaciones en las que el hecho destacable es la dependencia de otras personas para la realización de las actividades cotidianas. La asistencia en estos centros deberá ser planificada centrándose en la persona y en su seguridad. La inteligencia artificial (IA) está aportando nuevas formas de atención médica y contribuyendo a la búsqueda de soluciones a cuestiones sin responder. La IA puede ofrecerse como una herramienta para la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente de los centros sociosanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir las soluciones que aporta la Inteligencia Artificial (IA) en los centros sociosanitarios, y su impacto en la mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente. 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, Scopus, PubMed y ScienceDirect. Las palabras claves que fueron empleadas en la búsqueda en las bases de datos fueron las siguientes: artificial intelligence, nursing homes, long-term care, long-term care facilities. Se incluyeron los artículos publicados desde el 1 de al 31 de julio de 2023, en inglés o castellano, que describieron la aplicación de la Inteligencia Artificial en los centros sociosanitarios, publicados entre 2018 y 2023. 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 Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en julio de 2023 se condensan en la descripción de las aplicaciones que se han realizado con Inteligencia Artificial en los centros sociosanitarios, y como esta optimiza los flujos asistenciales. Esto supone un cuadro de mandos con las medidas de Inteligencia Artificial a utilizar ante situaciones concretas para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en esta tipología de recurso asistencial, como son los centros que atienden a usuarios en situación de dependencia.

PROYECTO ASK4NEED. DE LA DEMANDA A LA NECESIDAD. INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA GESTIÓN DE LA DEMANDA

GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ¹; JUAN ÁNGEL INFANTES RODRIGUEZ²; M^a CONCEPCIÓN BLANCO MORALES¹; M^a SOLEDAD DE FRÍAS REDONDO¹; JOSE CARLOS ESTÉVEZ MUÑOZ¹; RAMÓN BALCÁZAR BACIERO³

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ²CENTRO SALUD ENTREVÍAS, ³CENTRO SALUD. RAFAEL ALBERTI// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17046

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria (AP) tiene importantes retos: necesidad de adaptarse a expectativas y demandas nuevas, escasez de profesionales (s.t. facultativos), aumento de demanda. Los médicos realizan múltiples actividades que, o bien no aportan valor al paciente (burocráticas), o bien podrían ser realizadas por otros profesionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Realizar una transformación organizacional en AP, basada en la Gestión Integral de la Demanda, que consiga que el flujo de la misma sea eficiente y que los motivos de consulta sean atendidos por el profesional más adecuado

Se han desarrollado las siguientes líneas de trabajo

1. Diseño de procesos. Se han identificado 200 demandas reorientables de alto impacto, de varios tipos: demandas burocráticas que ahora resuelve directamente la unidad administrativa (UA), demandas clínicas agudas que son redirigidas a otros profesionales (enfermeras, matronas, odontólogos...), demandas que pueden ser resueltas por el clínico con la información que recoge la UA sin tener que contactar con el paciente. Para cada una, se ha definido profesional más adecuado y plazo máximo de atención. Se han diseñado los procesos de identificación de la demanda, de resolución en la UA y de atención por otro profesional.
2. Gestión del cambio. Se han diseñado herramientas de ayuda: una guía de demandas para las UA (tablas) y un buscador de demandas por palabra clave. Se ha realizado formación a los responsables UA y a los profesionales que los van a abordar los nuevos procesos (enfermeras, unidades de apoyo) y se ha elaborado un plan de autoformación para las UA. Se han construido agendas administrativas específicamente para este proyecto. Se ha añadido un indicador y un objetivo relacionado con este proyecto al Contrato Programa
3. Apoyo tecnológico. Se ha desarrollado un asistente virtual para la UA, consistente en un bot con preguntas SI/NO, basado en una matriz de etiquetas-preguntas/demandas y un algoritmo que selecciona aquella pregunta que maximiza la entropía, incorporando la frecuencia de cada demanda. El bot aprende solo con la frecuencia de las búsquedas y las "búsquedas fracasadas", modificando automáticamente el árbol de preguntas. Se está trabajando en la actualidad en la integración con la cita para pasar a paciente y en la transformación de preguntas en una conversación mediante procesamiento de lenguaje natural.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han resuelto en la UA 7.500 demandas "burocráticas" al mes. Se han resuelto en consulta de enfermería 18.000 demandas agudas reorientables al mes.

Los resultados de los centros con implantación óptima implican que 3,26 pacientes por día y médico dejan de ser atendidos por médicos, atendiéndose y resolviéndose su demanda por administrativos y enfermeras. Infiriendo estos resultados a todos los centros se liberan 11.410 huecos en agendas médicas, que equivalen a tener 336 médicos más, y que suponen un impacto económico de más de 97 millones y medio de euros.

PREDICCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

ITXASO ALAYO BUENO¹; URKO AGUIRRE LARRACOECHEA²; ANA ORTEGA-GIL³; DIEGO RODRIGUEZ HERMOSO⁴; NEREA MARTINEZ PEREZ⁵; DOLORES VERDOY BERÁSTEGUI¹

¹BIOSISTEMAK (ANTES KRONIKGUNE)// PAÍS VASCO

²OSI BARRUALDE-GALDAKAO, HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO// PAÍS VASCO

³REALEYES KTF SUCURSAL ESPAÑA// CATALUÑA

⁴NTT DATA// COMUNIDAD DE MADRID

⁵NTT DATA// CATALUÑA

ID: 17463

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La proliferación en la última década de la historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes permite el uso de modelos de predicción que pueden ayudar a los profesionales sanitarios en el proceso de toma de decisiones. Estos modelos son especialmente útiles en el ámbito de la salud mental, en enfermedades como depresión y/o ansiedad, donde hay gran dificultad para identificar las causas o síntomas que las producen.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es crear un modelo de predicción e identificar las variables más importantes en el diagnóstico de la depresión y/o ansiedad, aplicando algoritmos de aprendizaje automático en datos procedentes de la historia clínica electrónica de los pacientes. Estudio observacional enmarcado dentro del proyecto ADLIFE (H2020/875209). La muestra contiene 76.227 pacientes del servicio vasco de salud (Osakidetza) diagnosticados de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y/o Insuficiencia Cardíaca Severa. La media de edad de la muestra es de 83 años (DE=11,9) y el 47,86% son mujeres. Se utilizaron 24 variables sobre la salud del paciente de los 12 meses previos al diagnóstico de la depresión y/o ansiedad. El modelo de inteligencia artificial desarrollado fue una red neuronal recurrente. Se optimizaron los diferentes parámetros de dicha red neuronal que mejor resultado presentaban basándose en las siguientes métricas: área bajo la curva (AUC), sensibilidad (SN) y valor predictivo positivo (VPP). Finalmente, mediante los valores de las explicaciones aditivas de Shapley (SHAP values), se describió el impacto de cada característica en el modelo, evaluando de este modo, la contribución global de cada una de las variables a la predicción de la depresión y/o ansiedad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La red neuronal recurrente utilizada obtuvo un AUC=0,96, SN=0,95 y VPP=0,86. Los valores SHAP mostraron como predictores más importantes: el número de prescripciones médicas, tener cuidador y número de visitas a atención primaria. El modelo de aprendizaje automático para predecir depresión y/o ansiedad ha mostrado una alta capacidad de discriminación y clasificación. En caso de ser implementado en un sistema de salud puede ser de gran ayuda para el profesional en la toma de decisiones. A pesar de la dificultad en la interpretación de los modelos basados en aprendizaje automático, gracias al uso de SHAP values ha sido posible identificar las variables más influyentes en la predicción de la depresión y/o ansiedad, lo que puede llevar a intervenciones de prevención más dirigidas.

NUEVOS SISTEMAS DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

EMILIO JESÚS APARICIO GUERRA¹; DABI SANTANO GARCIA²; MARÍA BEGOÑA MAÑA MONTALVO³; MARÍA TERESA MADRID CONDE²; SONIA NAVARRO DEL CABO²; GRUPO DE TRABAJO PROGRAMA DE SALUD INFANTIL²

¹CENTRO DE SALUD BOMBERO ETXÁNIZ, ² DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, ³ CENTRO DE SALUD DE ZORROTZA// PAÍS VASCO

ID: 13214

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Se parte de la revisión del Programa de Salud Infantil (PSI), base de la pirámide de salud dirigida al 100% de la población pediátrica en atención primaria (AP) (prevención/promoción de la salud y empoderamiento de las familias) y de la necesidad de crear un registro digital de la información en la historia clínica (HC) que favorezca la comunicación efectiva entre profesionales

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Creación de herramientas para facilitar el registro de forma intuitiva, ágil y eficaz, mejorando la accesibilidad a las utilidades de la propia HC y a la información de documentos, protocolos y plataformas externas a la HC mediante enlaces específicos

Creación de sistemas de integración, transmisión y trazabilidad de la información en la HC entre AP, hospitales e instituciones diferentes (interoperabilidad)

Actualización continua de las actividades del PSI y sistematización de la formación a profesionales METODOLOGÍA

Tras revisión sistemática y estandarización de las actividades del PSI para toda la comunidad, se diseñan formularios derivados de un nuevo catálogo de variables clínicas (CVC) que ofrece la organización sanitaria

Los perfiles de enfermería y facultativo de pediatría cumplimentan en sistemas orientados a sus competencias específicas, con compartición automática de resultados de las variables entre ambos sistemas (comunicación efectiva de la información)

Creación de guías de actuación (GA) que agrupan todos los formularios, accesos internos y enlaces externos, para facilitar la cumplimentación fluida, en el mismo formato y en toda la organización de forma común

Diseño de formularios interoperables desde diferentes instituciones para transmitir la información esencial de procesos, manteniendo la seguridad de los datos

Programa de formación en 4 áreas:

- marco teórico del PSI con actualización continua de novedades
 - cursos *on line* dirigidos a personal de nueva incorporación (pediatras, enfermería y matronería) (4 cada año)
 - webinar anual para actualización en sistemas de registro de la HC e indicadores
 - formación continua específica sobre sistema de registro de enfermería
- Elaboración de indicadores para evaluación y mejora de resultados

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Adherencia a las actividades formativas y de difusión de la información a profesionales

Cumplimentación del formulario de Historia Neonatal, entre hospital y AP (98%) y de formularios por pediatras en visitas PSI de 2 meses, 6 y 13 años de edad (84%, 73% y 28%)

Generación de nuevos registros de exploración clínica por enfermería y de indicadores de lactancia materna

Indicadores en proceso: medición de agudeza visual, tabaquismo activo y pasivo, salud bucodental, sobrepeso y obesidad

Conclusiones

Tras 12 meses de implementación del PSI estandarizado para toda la comunidad, los resultados obtenidos se consideran positivos y permiten analizar: la implantación del programa común de formación, el nuevo registro en HC, la exploración clínica por enfermería, las variables compartidas entre perfiles profesionales y las áreas de mejora.

SERVICIO DE HUMANIZACIÓN, INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE: DIGITALIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

ALBA SOILÁN ENRÍQUEZ; MARÍA DEL ROSARIO ZAMORA ARJONA; NATALIA GUTIÉRREZ ALAGUERO; ROCÍO ABAD AGUDO; RAFAEL GARCÍA DE LA MORENA; SONIA SORIA GARCÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15205

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, se establece la necesidad de utilizar las tecnologías para favorecer una atención centrada en la persona.

El desarrollo de los procesos a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE) posibilita este objetivo, garantizando una mayor seguridad jurídica.

Los procesos desarrollados en el Servicio de Humanización, Información y Atención al Paciente (SHIAP) requieren una trazabilidad que facilite su seguimiento y mejore los resultados en salud y la experiencia del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General

Digitalizar la gestión de los procesos de trámites del SHIAP incluidos en la HCE de la organización. Específicos:

1. Implementar los procesos de trámites del SHIAP en la HCE.
2. Diseñar un modelo de comunicación interna con los Servicios del Hospital a través de la HCE.
3. Optimizar los procesos de los trámites realizados en SHIAP.
4. Crear un cuadro de mandos más eficiente.

Metodología

Basada en el Sistema de Gestión de Calidad, Norma ISO 9001:2015. Se establecen indicadores de proceso y resultado para monitorear el progreso y evaluar el impacto de las intervenciones.

El desarrollo del Sistema de Gestión Electrónica del Servicio es llevado a cabo con soporte técnico y liderado por el SHIAP, que cuenta con enfermeras y personal administrativo.

El desarrollo tiene lugar de marzo a noviembre de 2022 en 5 etapas:

1. Valoración de la viabilidad de implantación de los procesos de gestión del SHIAP a través de la HCE.
2. Definición de los trámites de gestión e inclusión en HCE.
3. Diseño de las características de los formularios de solicitud, teniendo en cuenta los indicadores del cuadro de mandos.
4. Diseño del Sistema de Comunicación con el resto de servicios del hospital.
5. Diseño de explotación de datos de las solicitudes de gestión realizadas en SHIAP a través de la HCE.

Desde noviembre de 2022 hasta marzo de 2023 tuvo lugar una primera fase de pilotaje para validar la herramienta en el SHIAP. De marzo a octubre de 2023, la segunda fase del pilotaje, incorporando las necesidades de todos los grupos de interés.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Cuadro de mandos que aporta mayor información de la actividad del SHIAP, que facilita la toma de decisiones al equipo directivo.
2. Mejora del sistema de registro documental de los expedientes.
3. Incorporación en la HCE de cada paciente de la información relacionada con los trámites realizados en el SHIAP.

Resultados esperados

1. Sistema de comunicación más eficiente.
2. Mejora de la trazabilidad de los procesos de trámites.
3. Reducción de los tiempos de flujos de trabajo.
4. Disminución de costes.
5. Consolidación de entornos de trabajo híbridos.

Conclusiones

El desarrollo de un sistema de gestión electrónica de los trámites de solicitud del SHIAP a través de la HCE, es una herramienta estratégica para mejorar la seguridad de la atención y la experiencia del paciente y los profesionales, alineada con la visión estratégica de la organización.

MEJORA DE GESTIÓN, CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD TERAPÉUTICA CON LA INTEGRACIÓN DE LA RED DEPARTAMENTAL MOSAIQ

ANA CASTAÑO CANTOS; ELISABETH GONZÁLEZ DEL PORTILLO; SARA ESTÉBANEZ ALDONZA; RAÚL NOVOA PÉREZ; ROSA MARÍA MORERA LÓPEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15317

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento radioterápico es un proceso complejo en el que participan multitud de profesionales de diferentes categorías y servicios. Para mejorar la calidad asistencial y seguridad terapéutica de nuestros pacientes, siguiendo los requisitos que la norma ISO 9001.2015 y norma UNE 179003:2013 exige y en las cuales estamos certificados, es fundamental incorporar una red de gestión departamental. Adecuarla a las necesidades propias que el procedimiento radioterápico requiere e integrarla en la historia clínica informática de nuestro Hospital (HCIS). Nuestro Servicio ha sido pionero a nivel nacional del desarrollo de esta integración con la red de gestión departamental MosaIQ, siendo en el momento actual el Servicio de Oncología Radioterápica un referente en el despliegue y utilidad de la misma.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Nuestros objetivos han sido: a) integrar la red de gestión departamental MosaIQ a la tarea asistencial desarrollada en nuestro Servicio de Oncología Radioterápica, permitiendo ser la herramienta que nos de visibilidad en HCIS; b) ser la herramienta de trazabilidad de todas las subetapas que conforman el proceso del tratamiento radioterápico; c) ser la vía de comunicación entre los diferentes profesionales; d) ser nuestro registro de incidencias, y e) ser la base de datos de los resultados de los indicadores de calidad puestos en marcha dado que trabajamos bajo la norma ISO 9001: 2015 y UNE 179003:2013.

Metodología

En 2016 se habilita la red de gestión MosaIQ y con un equipo de trabajo de 4 profesionales, en su etapa inicial, se integra integrar el flujo del trabajo multidisciplinar de forma óptima y desarrollar la conectividad con HCIS. Con el bagaje de años posteriores se han optimizado las herramientas del software, convirtiéndose en la herramienta de trabajo de todos los profesionales de nuestro servicio, así como del Servicio de Radiofísica Hospitalaria y del Equipo de Calidad y Seguridad del Paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

MosaIQ nos ha permitido mejorar nuestra comunicación con los diferentes Servicios clínico-quirúrgicos del Hospital, como se objetiva en la encuesta de satisfacción de cliente interno realizada de forma anual. Por otro lado ha mejorado la calidad asistencial de nuestros pacientes al permitir mejorar nuestros indicadores de calidad, trabajando conforme se precise en los diferentes planes de acción y objetivos propuestos. Ha mejorado la seguridad terapéutica dado que se optimiza el análisis de incidencias y la detección de puntos generadores de riesgo, gracias a la objetividad de datos que nos proporciona la red.

Conclusiones

La integración realizada de MosaIQ a nuestra práctica clínica habitual mejora la gestión de los recursos materiales y profesionales lo que se traduce en una mejora de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente como se muestra de forma objetiva en los resultados de indicadores calidad y diferentes requisitos de la norma ISO 9001.2015 y norma UNE 179003:2013.

ESTUDIO DE VARIABLES PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCO-HEMATOLOGIA

LOURDES PÉTRIZ GONZÁLEZ; ESTHER ASENSIO BLASCO; JOAN MUNIESA RUBIO; ROSER BRICULLE FUENTES; SILVIA LLORENS TORROME; TÁRSILA FERRO GARCÍA

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 14759

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde 2017 nuestra institución analiza sistemáticamente la mortalidad de pacientes con tratamientos oncoactivos sistémicos (en inglés SACT) en final de vida. Se han observado diferencias significativas entre pacientes con neoplasias hematológicas (NH) y pacientes con tumores sólidos (TS) tanto en intensidad terapéutica como en intervención de cuidados paliativos (CP). La literatura internacional ya lo pone de manifiesto y propone seguir investigando sobre ello.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Identificar necesidades de atención específicas de cada grupo y determinar indicadores de intervención temprana de cuidados paliativos, según éstas. Se realiza estudio de cohorte observacional retrospectivo en pacientes adultos exitus hospitalarios en curso de SACT en los últimos 30 días de vida en el período Enero 2020 – Marzo 2023. Las variables de estudio se definen de acuerdo al análisis de la literatura existente: síntomas vitales y psico-emocionales, analgésicos y soporte con hemoderivados. Se utiliza la base de datos existente para el análisis de la mortalidad hospitalaria, donde se incorporan las 24 variables seleccionadas. Los datos se recogen mediante auditoria clínica y se analizan descriptivamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Predominan los varones 61,4%; la media de edad es 64,5 años (52% > de 65). La proporción de pacientes con NH es de 26,7%, y son susceptibles de más ingresos en UCI (24,7% vs 5,82%) y de recibir SACT<30 días (69.23% vs 30.10%) en comparación con los TS, y de menos tendencia a la derivación a CP (42.5% vs 72,9%). La patología más consultada a CP en números absolutos es el cáncer de pulmón, pero en porcentajes destacan: SNC, pulmón, mama, ginecología, digestivo, mieloma, cabeza y cuello.

Hay mejor registro de síntomas cuando los pacientes están en el programa CP. Respecto a la presencia o no de éstos se observan diferencias en todos ellos excepto en la disnea. Cuando son síntomas severos, los más invalidantes (compresión medular, afectación del SNC...) son los que tienen más demanda de CP. Se da menor proporción de pacientes en debut de enfermedad y en ensayo clínico en el grupo de CP.

Criterios identificados para intervención de consulta de CP en estos pacientes:

- 1) patologías: leucemia, linfoma y digestivos;
- 2) enfermedad avanzada;
- 3) presencia de síntomas: disnea, astenia, dolor, uso de opioides, depresión, ansiedad, tristeza, insomnio, así como de síntomas severos;
- 4) uso de hemoderivados superior a 10 bolsas;
- 5) infecciones repetitivas/sepsis;
- 6) ingresos previos en UCI. Para pacientes con edad > 65 años es recomendable incrementar las consultas en Onco-Geriatria.

Limitaciones: Estudio de exitus sólo hospitalarios. Escasa literatura para establecer comparaciones.

RECLAMACIONES EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP): IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS Y EFECTO PANDEMIA

CAROLINA CARMEN CRESPO PALAU; MARTÍN MARTÍN QUÍLEZ

HOSPITAL LLEUGER DR.GIMBERNAT DE CAMBRILS// CATALUÑA

ID: 15462

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro CUAP está en funcionamiento desde Diciembre 2008 para mejorar la asistencia urgente de nuestro área de cobertura sanitaria. Dispone de radiología simple, química seca y permite permanecer en el servicio sin conflicto de espacio hasta estabilización o mejoría del paciente. En estudio previo, se analizaron los años 2009-2018, detectándose puntos a mejorar. Desde entonces, hemos sufrido una pandemia y las redes sociales están aún más presentes en nuestras vidas

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Comparar resultados del 2009-2018 (Estudio A-EA) con 2019-2023 (Estudio B-EB, pandemia mediante) tras implementar mejoras

Metodología

Ambos estudios son descriptivo-retrospectivos usando programa Excel cumplimentando los motivos de las reclamaciones desde Enero 2009 a Abril 2023, en las siguientes categorías: Asistenciales, Organizativos/Trámites (incluye Tiempo de espera), Información, Hotelaría/Confort, Trato personal. También consta el tiempo de respuesta a la reclamación, cuyo gold standard es < de 15 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La tasa media de reclamaciones anual en EA fue de 0.589/1000visitas (R 0.37-0.78). En EB, es de 0.72 (R 0,4-0,99)

Desde 2014 el tiempo de espera se analiza independiente y fue la queja más repetida en EA con un 58,99%. En EB es de un 52.59%.

Las reclamaciones de trato aparecen en los 4 primeros años de funcionamiento (19.46%). Actualmente es <1%.

En EA, la insatisfacción asistencial, con un 16,76%, apuntaba al alza, cuadruplicándose en los dos últimos años con respecto a los previos. En EB, en sólo cuatro años completos, es del 35.62%.

El tiempo medio de respuesta a las reclamaciones en EA fue de 31,87días, siendo de 17.37 días en EB.

Conclusiones

Nuestra tasa de reclamaciones es inferior a las publicadas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, con incremento en el último lustro a excepción de 2021

La reclamación por trato se confirma como anecdótica

El tiempo de espera sigue siendo la reclamación más frecuente, incluidos los años de pandemia.

En cuatro años la insatisfacción asistencial registra las mismas reclamaciones que en los diez anteriores. El tiempo de respuesta a las reclamaciones es superior al gold standard, pero se ha reducido un 46,13%

Discusión. La información de qué es y para qué sirve un CUAP, para mejorar la asistencia y ser más eficientes con lo realmente urgente, no ha funcionado. La tasa de reclamaciones por tiempo de espera se ha reducido al aumentar con un facultativo los tramos horarios problemáticos

La cultura de la inmediatez, la demanda de pruebas complementarias, la influencia de las redes sociales e internet, explicarían el incremento de las reclamaciones relacionadas con la insatisfacción asistencial.

La ampliación de días de coordinación del responsable del Servicio gracias a incrementar un facultativo, ha favorecido la reducción del tiempo de respuesta a las reclamaciones.

INDICADORES DE CALIDAD EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (CUAP). ¿HAN CAMBIADO CON LA PANDEMIA?

CAROLINA CARMEN CRESPO PALAU; OLGA DOBLADO LÓPEZ
HOSPITAL LLEUGER DR.GIMBERNAT DE CAMBRILS// CATALUÑA

ID: 15473

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro CUAP está en funcionamiento desde Diciembre 2008 para mejorar la asistencia urgente de nuestra área de cobertura sanitaria. La plantilla estructural la conforman seis facultativos en horario diurno, de mañana y tarde, y tres en el nocturno. Se evalúan y se realiza seguimiento de distintos indicadores de calidad asistencial que se comunican al equipo cada trimestre

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar distintos indicadores de calidad asistencial y si han cambiado por la pandemia

Metodología

Estudio descriptivo de los indicadores asistenciales de la parrilla en formato Excel que se registran mensualmente como Tasa de reconsultas, Tiempo de espera para Triage, Complejidad asistencial, Tipo de visita, Tiempo de visita, Derivación a otro recurso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La tasa de reconsultas en menos de 72horas por el mismo motivo, tuvo un incremento del 2% en el año 2020.

El case-mix de complejidad de las visitas según Triage MAT, presenta un descenso del 5% en las de mayor complejidad (niveles 1-2-3), y se ha incrementado en la misma proporción en los niveles 4 y 5, observándose el cambio desde 2021.

La duración de las visitas (desde el Triage hasta el alta), es de 88.4 minutos de media en el periodo de estudio.

En cuanto al tipo de visita (Presencial-Domiciliaria-Telefónica), es dónde apreciamos los cambios más sustanciales: La visita presencial sufrió un descenso del 37.37% en 2020, ascendiendo un 30% en 2021, y el balance actual con respecto a 2018 es la tendencia mantenida de un incremento del 1% anual. La visita Domiciliaria se ha incrementado en un 47,73% entre 2018-2022, siendo este último donde se ha registrado la mayor demanda y es la Telefónica con un 313,41%, a expensas del año 2020, la que experimenta el cambio más importante.

El incremento de la tarea asistencial en todas sus categorías, presenta un incremento del 4.63% entre 2018 a 2022.

Las derivaciones a otros recursos de mayor resolución, tuvieron en 2021 el registro más alto del intervalo a estudio, con un 5.08%.

Conclusiones

Ha descendido la tasa de reconsultas.

Han descendido en un 5% las visitas de alta complejidad.

Se mantiene el tiempo de duración (Triage-Alta) de las visitas.

Las derivaciones a recursos de mayor complejidad no han experimentado cambios significativos.

La tarea asistencial ha presentado un incremento del 4.83% entre 2018 a 2022, a expensas de las visitas domiciliaria y telefónica.

Discusión

El descenso del 5% de las visitas más complejas, podría explicarse por varios motivos: los pacientes acuden directamente a recursos hospitalarios, la disponibilidad de transporte asistencial con enfermera en nuestra área o cambios en personal de Triage. Consideramos las dos primeras opciones como posibles y, sobre todo, acudir al hospital, pudiendo ser un efecto postpandémico. También el incremento de la asistencia domiciliaria y telefónica, tiene su origen en la pandemia y ha llegado para quedarse.

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA MURCIA UNA WEB POR Y PARA TODOS

M^ª ANGLÉS INIESTA GARZÓN; ANA BELEN GONZÁLEZ FORTES; MARÍA MARTÍN-PALOMINO SAHAGÚN; MARTA MARTÍNEZ MORENO; M^ªJESÚS CRESPO CASTILLO; ROSARIO MARTÍNEZ MARÍN

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15533

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto surgió de la mano de dos enfermeras del quirófano programado, que decidieron comenzar a escribir en algo más allá que unas simples notas en una libreta, en qué consistían las cirugías que llevaban a cabo en su quirófano. Todos hemos oído alguna vez la frase de: "sino está escrito no está hecho". Es por ello que vimos necesario plasmar en una web todo aquello que a diario hacíamos en nuestros quirófanos. En la mayoría de casos la enfermería quirófanista tiene una formación de enfermera - enfermera de una manera verbal, que va transmitiendo la más veterana sus conocimientos a aquellas que inician su andadura en quirófano, siendo esta información anotada en unas hojas que con el tiempo quedan abandonadas en el fondo de la taquilla. Esta web aporta una serie de conocimientos y recursos a todo el personal que accede a ella, ya que proporciona una serie de herramientas que permiten anticipación, formación, mejora de la gestión de los recursos y por todo ello una mejora en la calidad asistencias que proporciona la enfermera de quirófano.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir las diferentes técnicas quirúrgicas desde la perspectiva enferma. Disminuir la ansiedad del personal de quirófano.

Mejorar la calidad de los cuidados que se ofrecen en el área quirúrgica.

Aportar formación de calidad a los estudiantes de enfermería o personal de nueva incorporación en el servicio.

Metodología

Trabajo prospectivo cuya recopilación de información se ha llevado a cabo a lo largo de un año, por parte de todo el personal del área quirúrgica del quirófano programado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la puesta en marcha de la web, hemos comprobado que para aquellos enfermeros que han iniciado su andadura por primera vez en el área quirúrgica, les ha servido de apoyo y guía en su formación.

Para aquellos que ya eran quirófanistas, pero en algún momento ha tenido un cambio de especialidad, han referido que ha sido de gran ayuda en la puesta en marcha de la cirugía.

Los estudiantes de enfermería que han llegado a nuestra unidad se han sorprendido de la gran utilidad de esta.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV). ESTUDIO DESCRIPTIVO

DAVID JIMÉNEZ MEDINA; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; JESÚS CAMPOS ALBERT; GABRIEL QUINTANA BURGOS; MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15565

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Servicio de Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Santa Lucía en Cartagena desde el año 2018 tiene implantado un Sistema de Gestión de Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 y dispone de un protocolo de Limitación de la Terapia de Soporte Vital (LTSV). El objetivo del estudio es conocer la frecuencia de LTSV en nuestra UCI, características de los pacientes y cumplimiento del mismo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Según el protocolo vigente en el Hospital Santa Lucía, los requisitos para llevar a cabo la indicación de LTSV fueron:

- Fundarse en la mejor evidencia científica disponible
- Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de "instrucciones previas"
- Tomarse por consenso del equipo asistencial
- Informar y consultar a los familiares

Debiendo constar en la historia clínica electrónica. Siendo el estándar propuesto por la SEMICYUC del 100%.

Se excluyeron a los pacientes que no habían permanecido al menos 24 horas ingresados en nuestra unidad.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo incluyendo a todos los pacientes ingresados en UCI durante el año 2022, que recibieron algún tipo de LTSV, recogiendo los datos referentes a la LTSV realizada, edad, sexo y cumplimiento del indicador.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizó un total de 109 pacientes con indicación de LTSV.

El cumplimiento del indicador de Calidad "LTSV" se alcanzó en 104 pacientes (95.4%) de un total de 109, ya que en los 5 pacientes restantes no se completó en la historia clínica la documentación de todos los requisitos de la LTSV.

Las características de la población estudiada fueron: 42 mujeres (38,5%) y 67 hombres (61,5%). La media de edad fue de 70,79 años con un valor mínimo de 22 años y máximo de 90 años, varianza de 135,131 y desviación estándar de 11,62.

Un 1,8% (N=2) de los pacientes contaba con documento de voluntades anticipadas. No fue necesaria la consulta con el Comité de Ética Asistencial del Hospital.

En relación a la LTSV se estudió la frecuencia de las siguientes órdenes:

- No RCP. Un 100% de los pacientes
- No intubación con VMI. Un 82,6% de los pacientes
- No uso de drogas vasoactivas. Un 32,1% de los pacientes
- No uso de terapia renal sustitutiva. 83,5% de los pacientes

En cuanto a la toma de decisión de LTSV:

- Un 29,4% se tomó por el equipo médico únicamente.
- Un 67% se tomó en consenso por el equipo médico y la familia
- Un 3,7% fue decisión del paciente.

Conclusiones:

Aunque lo deseable es alcanzar un 100%, un grado de cumplimiento del 95% puede ser óptimo teniendo en cuenta que los casos en los que no se ha cumplido el protocolo, se deben a la no cumplimentación en la historia clínica de los requisitos propuestos, no por errores en la indicación y justificación de la LTSV.

La LTSV es una de las decisiones con mayor trascendencia que se puede tomar durante el proceso asistencial. Disponer de un protocolo de LTSV nos ayuda a homogeneizar su indicación y aplicación, así como a ser más exigentes en el registro de su documentación.

UN INSTRUMENTO DE MEJORA CONTINUA PARA LA GESTIÓN DE LA ACTUACIÓN RADIOLÓGICA

CRISTINA CALAVIA RODRIGUEZ; CARME SAURI CASADELLA; ANGEL LUZ GONZALEZ; ELISABETH SANTOS AVILA; ROSA SACRISTAN NIETO; DIEGO MOYA ALCOCER

MC MUTUAL// CATALUÑA

ID: 17152

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La mutua dispone de cerca de 90 centros de atención ambulatoria distribuidos por todo el territorio nacional, los procesos clínicos son en su mayoría de carácter traumatológico y de evolución aguda, que pueden precisar una prueba radiológica para confirmar el diagnóstico médico.

La digitalización de los servicios de radiología de todos los centros facilita la consulta y difusión de las imágenes practicadas.

Desde hace algunos años se dispone de un programa de garantía de calidad sobre el proceso de radiodiagnóstico que permite detectar aspectos de mejora en relación a la adecuación de las pruebas y garantizar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar el impacto del programa de garantía de calidad sobre la mejora de la adecuación y la seguridad del paciente de las pruebas radiológicas.

Metodología

Se revisan cerca de 4.000 imágenes radiológicas en base a 6 criterios que evalúan la adecuación y la seguridad del proceso. Se selecciona una muestra para cada centro en función del volumen de actividad.

En relación a la adecuación se revisan 3 criterios: la Correspondencia entre la petición y la proyección, el Centraje correcto y la Posición del paciente. Para la seguridad del paciente se revisan 3 criterios: la Identificación del operador, la Colimación, y los Niveles de exposición. Los resultados se evalúan para cada centro y de forma agregada con la finalidad de disponer de aspectos de mejora que se orienten tanto a acciones locales como a estrategias globales. Se realiza un análisis comparativo de los resultados obtenidos en los años 2021 y 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los resultados muestran una tendencia a la mejora de los 6 criterios en todos los centros asistenciales. El cumplimiento global de todos los criterios en el año 2022 (88%) se ha incrementado respecto al 2021 (86%). Destaca la mejora en algún aspecto de adecuación como en la posición del paciente (2021: 81% vs 2022: 83%) y en algún aspecto de seguridad del paciente como la colimación (2021: 83% vs 2022: 85%).

Se han implantado acciones de mejora que impactan en los resultados mostrados. Estas acciones están orientadas a mejorar la competencia profesional con formación continuada, también se diseña un sistema de evaluación del proceso de radiodiagnóstico a través de auditorías internas específicas.

Conclusiones

Los instrumentos que permiten una evaluación continua de la práctica asistencial son los más buscados en el ámbito de la calidad y la seguridad del paciente, y en organizaciones de gran dispersión geográfica y que se les intuye variabilidad en la práctica, todavía lo son más. La nuestra tiene estas características.

Disponer de un programa de evaluación de la adecuación y la seguridad del paciente de las pruebas radiológicas nos ha permitido avanzar en esta estandarización de la práctica clínica.

La obtención de estos resultados permite la elaboración de informes de evaluación de la calidad para cada centro asistencial con recomendaciones locales que favorece una gestión más operativa.

LA EXHAUSTIVIDAD AL CODIFICAR LAS ALTAS HOSPITALARIAS, CLAVE PARA REFLEJAR REALIDAD, COSTES, Y COMPLEJIDAD CLÍNICA

MARINA CLARAMBO-SEMIS; ANDREU ALOY-DUCH; MARCEL ESQUIUS-DIEZ; M^a ROSA FORNÉ-ALBÓ; JONATHAN SENDRA-MELGUIZO; ANA MARIA CACERES-TOLEDO

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17187

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El sistema de pago de las altas hospitalarias de CatSalut (aseguradora pública en salud de la comunidad autónoma) contiene una parte variable vinculada al peso (complejidad), del "Conjunto Mínimo de Datos de Atención Hospitalaria" (CMBDAH) que cada centro declara en el registro de un alta hospitalaria. La calidad y la exhaustividad de la codificación son clave para reflejar la realidad clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Se presenta la auditoría realizada sobre la codificación de las altas hospitalarias de una muestra de pacientes, a partir del análisis de los cursos clínicos para maximizar la complejidad, mejorar los indicadores vinculados y la facturación con el coste de cada alta hospitalaria.

Metodología

En un hospital general de referencia de 300 camas se contrató, expresa y puntualmente, a modo de propuesta piloto, un médico experto documentalista durante 3 meses. Se escogió una muestra del año 2022 con la herramienta BS3 y el soporte del "Sistema de Información Hospitalario (HIS)", en el que se incluyeron los episodios de hospitalización con una diferencia entre la estancia observada y esperada > 10 días, excluyendo los casos con la complejidad ya maximizada, los de financiación no pública y los casos de hospitalización a domicilio.

Esta auditoría se hizo revisando el curso clínico recodificando las altas. Se recogió el resultado en peso del GRD, el cambio de estancia esperada y el motivo de la falta de información, contrastando la información pre y post auditoría.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La muestra recodificada fue de 1.081 altas, con una mejora en la complejidad de la muestra con un incremento de 0,5060 puntos, pasando de un peso medio de 1,0710 a un peso de 1,5771 (+47%).

La auditoría permitió aumentar la complejidad global en todas las altas de 0,0127 puntos, lo que supuso una mejora del 8% al 10% en la razón al benchmarking sanitario. También supuso una mejora de 3 puntos en el índice de estancia media, pasando de una situación de 1,07 a 1,04 (estándar 1) en el cuadro de mando de indicadores. Desde el análisis económico de ingresos, ello supuso un incremento en la tarifa facturable a CatSalut estimado en +249.174,80 €.

Adicionalmente, se identificaron nuevos casos de COVID-19 no reportados, suponiendo un importe directamente facturable de +234.800€.

Estos ingresos permitieron proponer la incorporación del médico documentalista que, con los resultados obtenidos, permitía su autofinanciación y eficiencia.

Conclusión

La calidad de la codificación y la exhaustividad de la información clínica en el informe de alta es fundamental, a partir de la visión experta de los documentalistas. Describir claramente toda la información necesaria durante la hospitalización, permite justificar la complejidad del paciente, las estancias y garantizar una información de calidad y unos indicadores asistenciales que se ajustan a la realidad clínica, con los correspondientes ingresos facturados proporcionales al consumo de recursos realizado por el paciente.

IMPULSO DE LA CULTURA DE EVALUACIÓN Y MEJORA MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES

ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; ALBA RAPELA FREIRE; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ALICIA DÍAZ REDONDO; DANIEL TOLEDO BARTOLOMÉ; AURA PIEDAD SILVA BARAJAS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17537

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La aplicación del ciclo de mejora continua en el ámbito sanitario requiere la correcta monitorización y modelización de la práctica clínica mediante indicadores. Este proceso en ocasiones resulta complicado que se adapte de forma correcta a la realidad de los profesionales, lo que puede debilitar la alineación de los profesionales implicados con sus resultados, traduciéndose en una mayor dificultad para aplicar acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Mejorar la cultura de evaluación y mejora de la práctica clínica entre los servicios de hospitalización.
- Mejorar la adecuación de los indicadores a la realidad de la práctica clínica.

Metodología

Se seleccionaron una serie de indicadores clave de hospitalización alineados con los indicadores monitorizados anualmente por el servicio de salud de la comunidad. Estos indicadores hacen referencia tanto a la efectividad como a la eficiencia del proceso de hospitalización.

Los resultados se analizan previamente por un grupo de trabajo compuesto por profesionales del Servicio de Admisión, el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad y la Dirección Asistencial. El grupo de trabajo investiga posibles áreas de mejora por servicio y posteriormente realiza reuniones específicas con cada servicio para analizar de forma específica la situación.

Asimismo, se incorporan sesiones específicas de difusión de resultados y propuesta de áreas de mejora dentro del programa de sesiones de cada servicio, para formar a todos los profesionales de cada servicio y recoger las observaciones proporcionadas por estos profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde el inicio en 2018 hasta 2022, los entre los indicadores más relevantes evaluados, se presentaron los siguientes resultados:

Índice agregado de mortalidad:

2018: Tasa de mortalidad 8,25%; Peso 0,98.

2022: Tasa de mortalidad 8,76%; Peso 1,14. Factura de cadera intervenida en 48 horas HGUGM

2018: 45,28%

2022: 74,33%

Hospitalizaciones potencialmente evitables:

2018: 11,08%

2022: 8,87%

Estancia media sin obstetricia:

2018: 6,75

2022: 6,59

Peso medio sin obstetricia:

2018: 0,97

2022: 1,093

IEMA sin obstetricia:

2018: 1,06

2022: 0,97

Por otro lado, con respecto a la elaboración de informe de alta y codificación se consiguió mejorar la inclusión de diagnósticos secundarios de pacientes para todas las especialidades, tanto médicas como quirúrgicas. Por otro lado, se consiguió reducir la agrupación de los episodios en Grupos Relacionados por Diagnóstico inespecíficos definiendo mejor cada uno de los episodios.

La participación de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial en la monitorización y evaluación de los indicadores clave, mejora la alineación de los profesionales con los distintos indicadores lo que permite mejorar la capacidad de estos para evaluar la práctica clínica y permite a los distintos especialistas determinar mejoras específicas para cada una de sus áreas.

INDICADORES DE CALIDAD DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS INFANTILES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL AÑOS 2018-2022

MARÍA MONTSERRAT PILAS PÉREZ; JORGE LLOP CANSECO; ALMUDENA VILLARRUBIA TORCAL; MARIA ANGELES GONZÁLEZ ALONSO; LUISA MANCHA GÓMEZ; OSCAR TOLDOS GONZÁLEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17777

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las neoplasias hematológicas son el tumor más frecuente en este rango de edad. (<15 años) seguido de los Tumores del Sistema Nervioso Central. Es necesario conocer las neoplasias hematológicas atendidas en nuestro hospital y monitorizar indicadores de calidad para una adecuada planificación y gestión de recursos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Cuantificación de la incidencia observada de neoplasias hematológicas infantiles en un hospital de tercer nivel; Distribución tumoral en las morfologías diagnósticas de Clasificación Internacional para Cáncer Infantil basada en la CIE-O-3; Describir, como indicadores de calidad, el intervalo de diagnóstico a tratamiento y la estancia media de las neoplasias hematológicas más frecuentes, comparando por sexo y año de diagnóstico

Metodología

Análisis descriptivo y retrospectivo de las neoplasias hematológicas infantiles un hospital de tercer nivel (periodo 2018-2022)

Se recogieron datos de filiación, clínicos, de tratamiento y seguimiento, utilizando el Registro de Tumores del hospital, el CMBD, Anatomía Patológica, bases de datos de Oncología Radioterápica, Oncohematología Pediátrica e historia clínica

Se describe la información a través de la frecuencia absoluta y relativa, o media y desviación estándar. La comparación entre grupos de la muestra se estima mediante el test chi-cuadrado o test de Fisher y la t de Student, dependiendo de la naturaleza de las variables. El análisis de datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las neoplasias hematológicas más frecuentes fueron las Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas seguido de los Linfomas y Neoplasias Reticulondoteliales suponiendo el 24,6% y el 16,8% respectivamente del total de tumores en ese grupo de edad

En el Grupo I Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y mielodisplásicas las morfologías más frecuentes para ambos sexos fueron: Las Leucemias Linfoides 66%; Leucemias Mieloides Agudas 15,1% y Trombocitemia esencial 14,6%. El 58% fueron niños y el 42% niñas con una media de edad al diagnóstico de 6 ± 4 años, sin diferencias significativas según sexo. El intervalo diagnóstico a tratamiento de este grupo fue de 10 días con una media de 4 y mediana de 3 días, sin diferencias significativas según sexo ($p=0,24$) y año de diagnóstico ($p=0,6$)

En el Grupo II Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales las morfologías más frecuentes para ambos sexos fueron: los Linfomas No Hodgkin (excepto Burkitt) 57,1%; los Linfomas de Hodgkin 21,4 % y Linfomas de Burkitt con igual porcentaje 21,4%. El intervalo diagnóstico a tratamiento de este grupo de neoplasias fue de 15 días con una mediana de 11 días y moda de 6, sin diferencias significativas según sexo ($p=0,4$) ni año de diagnóstico ($p=0,06$). La base de diagnóstico para ambos grupos de neoplasias hematológicas fue citohistológica en el 100% de los casos

Nuestros resultados, en cuanto a frecuencia de las neoplasias hematológicas, son equiparables a los recogidos en el Registro Español de Tumores Infantiles.

SARCOMAS: CLÍNICA Y SUPERVIVENCIA A LOS 7 AÑOS A PARTIR DE UN REGISTRO DE TUMORES HOSPITALARIO MULTICÉNTRICO

NOEL MACHUCA NEGRETE; JORDI GALVEZ ESCAÑUELA; LAURA PAREJA FERNÁNDEZ; SONIA MOSTEIRO MOLINA; JOSEP MARIA ESCRIBÀ JORDANA; JOSEPA RIBES PUIG

INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA// CATALUÑA

ID: 14901

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los sarcomas representan un porcentaje pequeño de los cánceres. La incidencia es de 5.6 por 105 personas/año. El 84% son sarcomas de partes blandas (SPB) y el 15%, óseos (SarO) (incidencia SPB y SarO: 4.7 y 0.8 por 105 habitantes/año).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

a) determinar las características clínicas de los pacientes con SarO (ICD-O-3: C40-41) o SPB (C47-49) con morfología (M88003-M95803) del período 2013-21 en los 6 centros del Registro de Tumores Hospitalario del Institut Català d'Oncologia/Institut Català de la Salut (RTH ICO-ICS); b) estimar la supervivencia observada (SO) a los 7 años según sexo, edad, estadio y comorbilidad (Charlson).

Metodología

Se identificaron los sarcomas a partir de las altas hospitalarias, patología, consultas externas y tratamientos antineoplásicos. La cirugía se captó de las altas hospitalarias de los centros ICS (Germans Trias-Pujol, Badalona, Dr Josep Trueta, Girona; Belvitge, Hospitalet) y la quimioterapia/radioterapia del ICO (recopilándose terapias aplicadas en los 365 días posteriores al diagnóstico). La comorbilidad se captó de los ingresos hospitalarios anteriores/simultáneos al diagnóstico del cáncer del sistema sanitario público de Cataluña. El estado vital, del Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y del Registro Central de Asegurados (Departament Salut). La información de cada tumor se revisó manualmente en el SAP según reglas internacionales de registros de cáncer.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recopilaron 1007 sarcomas (579 hombres, 428 mujeres; 32.4% >70 años); el 83% correspondieron a SPB (n=835). El estadio al diagnóstico fue diseminado en el 17% de los SarO y en el 7% de los SPB. Las terapias aplicadas en los SarO y los SPB fueron respectivamente: cirugía 48.3% y 52.6%, quimioterapia 31.4% y 22.8%, radioterapia 22.7% y 31.6%. El 68% (n=684) de los sarcomas se trataron en los centros de L'Hospitalet de Llobregat.

La SO y sus IC95% a los 7 años en los SarO fue: a) sexo: hombres 46% (36.5-58.3), mujeres: 59% (46.6-73.8); b) edad: <35años 76% (62.2-93.4), >69años 22% (12.2-39.7); c) estadio: localizado 61% (57.7-65.4), diseminado: 13% (8.3-22.0); d) comorbilidad: sin 56% (46.6-66.9), alta 0%. En los SPB: a) sexo: hombres 56% (50.7-61.1), mujeres: 56% (50.7-62.4); b) edad: <35años 72% (60.8-85.7), >69años 41% (35.2-48.7); c) estadio: localizado 62% (58.3-66.7), diseminado: 15% (9.2-25.1); d) comorbilidad: sin 63% (58.2-67.4), alta 26% (17.5-39.6).

Conclusiones

- La edad avanzada, el estadio diseminado y la alta comorbilidad son factores pronósticos en el sarcoma
- El RTH ICO-ICS dispone de un importante volumen de sarcomas permitiendo evaluar de forma objetiva y sistemática la asistencia ofrecida en nuestros centros a corto y largo plazo en estos pacientes
- El RTH ICO-ICS es una herramienta útil para reforzar y evaluar al ICO Hospitalet y al Hospital Universitario de Bellvitge como unidades de referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud para tratar los sarcomas y los tumores musculoesqueléticos.

DIGITALIZANDO LA CALIDAD, ADAPTÁNDONOS AL SIGLO XXI

SERGIO POLITE DELFA; ÁLVARO ORTEGA

HOSPITAL QUIRÓNSALUD MÁLAGA// ANDALUCÍA

ID: 15700

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La sociedad del s.XXI es una sociedad digital, sin embargo, dentro del control de la calidad, se mantienen tradiciones apartadas de ese hecho. A día hoy, perviven registros en papel que las personas deben completar de manera manual, sin tener de esa manera forma de explotarse o verificarse.

Hospital Quirónsalud Málaga, en su apuesta plena por la digitalización desarrolla un proyecto de eliminación de este tipo de prácticas, ofreciendo alternativas actuales a los controles que históricamente proporcionaban estos registros.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Reducir el número de registros de control en formato papel por registros digitalizados.

Material Y Método

Se analizaron todos los registros manuales que existían en el centro, clasificándolos en base dos criterios:

- Tiempo/esfuerzo en su completado
- Criticidad del la cumplimentación del registro

En función de los resultados se comenzó a trabajar en buscar alternativas digitales a dichos registros. Para ello se van creando grupos de trabajo con el responsable del proceso generador del registro, el área de Calidad y el área de Sistemas de la información. Para cada registro se implementa un circuito de digital que cumpla los siguientes requisitos:

- Ahorre tiempo en la cumplimentación
- Sea explotable y analizable fácilmente

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el primer trimestre de este 2022 se han sustituido ya 3 registros en papel que estaban presentes en aproximadamente 20 ubicaciones cada uno de ellos. En todos los casos se han cumplido los dos requisitos exigibles.

Conclusiones

La digitalización de registros que históricamente se realizaban en papel conlleva ventajas en varios aspectos:

- Eficiencia del trabajo
- Facilidad en el análisis de los datos
- Rigurosidad y validez de los registros

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CATALIZADOR DE LA ESTRATEGIA

IRENE MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

OFICINAS CENTRALES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17055

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de información en la atención sanitaria son herramientas diseñadas para facilitar la gestión y el intercambio de información relacionada con la atención médica. Estos sistemas permiten registrar, almacenar, procesar y recuperar datos clínicos, administrativos y financieros de manera eficiente y segura.

Quirónsalud entiende que los sistemas de información son el principal catalizador para que los centros del grupo estén alineados con la estrategia, en sus tres ejes: **el paciente** como centro de nuestro quehacer diario y preocupándonos **por su salud** dentro y fuera de los hospitales, haciendo una **medicina eficiente** apoyándonos en la tecnología sanitaria trabajando en el proceso clínico con la utilización del Big Data y la Inteligencia Artificial

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Diseñar e implantar un sistema de información sólido, para la prestación de una atención médica, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.
- Estandarizar los sistemas de la información y uso de datos en la organización.
- Impulsar la estrategia corporativa de calidad, seguridad y experiencia de paciente.

Metodología

Selección de Casiopea como sistema de información médica que además de las funcionalidades propias de la historia clínica añade las gestiones de un sistema de información hospitalario, apoyando las actividades a nivel operativo, táctico y estratégico.

Estrategia de priorización de proyectos en los aspectos:

- Estructurales: garantizando la sostenibilidad de su implantación.
- Rendimiento y escalabilidad Funcionales: en función de su criticidad para la gestión hospitalaria/asistencial
- Transformacionales: por su impacto a negocio y complejidad de implantación: admisión eficiente, Hospital Digital, Vías clínicas, etc.

Unidad de Transformación del Modelo Asistencia: equipo con una visión asistencial única, para estandarizar, priorizar y gestionar decisiones del modelo asistencial a implementar, desde la óptica de mejoras para el paciente, ayudando al clínico en su ejercicio y a la compañía en su estrategia.

Gestión de la información:

- a) Coordinación del flujo de información
- b) Priorización y difusión oportuna de datos e información
- c) Monitoreo para que la administración de la información satisfaga las necesidades
- d) Desarrollar e implementar un proceso para gestionar el flujo de información
- e) Estandarizar los procesos clínicos y administrativos

Herramienta normalizada para la obtención de datos (Power Bi), de las diferentes áreas de gestión, y disponible a los profesionales

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Integración de los sistemas de información clave del Grupo y uso de datos e información que identifican y responden a cambios internos y externos que afectan al desempeño de la organización y de los centros, para promover la mejora continua.

La normalización y sistema de difusión de resultados permite el benchmarking interno y analizar el desempeño.

Líderes de hospital y corporativo analizan y usan los resultados para desarrollar estrategias de futuras mejoras y compartir las buenas prácticas de los que logran los mejores resultados.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO FORMATIVO A MEDIO PLAZO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A COLECTIVOS ADMINISTRATIVOS

ESTRELLA FERNANDEZ VIVANCOS¹; DIEGO MOYA ALCOCER²; MARTA TORRES MAGAN²; ALBERTO LUIS BENITO¹; LAIA PEINADO BUENO²; RAFAEL MANZANERA LOPEZ²

¹MC MUTUAL. COMUNIDAD DE MADRID

²MC MUTUAL. CATALUÑA

ID: 17197

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

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, siendo mucho más infrecuente el análisis del impacto al cabo de unos meses tras el desarrollo de la formación.

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.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Determinar el impacto formativo a los seis meses de una sesión formativa a profesionales administrativos, dirigida mejorar sus actuaciones orientadas a la seguridad del paciente.

Metodología

Se realiza un estudio en una muestra a conveniencia de 22 administrativos que prestaban sus servicios en los centros asistenciales de MC Mutual, que habían participado en un estudio previo del grado de conocimientos del tipo antes-después de una sesión formativa online. Se les realiza una entrevista telefónica a los seis meses de la formación sobre la actuación ante los protocolos específicos de seguridad del paciente. La valoración de las entrevistas se realiza por dos observadores independientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las puntuaciones por entrevista siguen manteniendo los incrementos que se detectaron al finalizar el curso, respecto a los valores iniciales, en el momento del curso y a los seis meses. Las puntuaciones promedio se sitúan en torno al 7,3 con un rango de 4,8 a 9,8, y con un coeficiente de variación entre casos del 19%.

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 se mantiene el nivel de implantación de circuitos y protocolos específicos en este colectivo profesional.

TENDENCIA DE LA ACTIVIDAD, EFECTIVIDAD, EFICIENCIA Y SEGURIDAD DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. OBSERVATORIO DE RESULTADOS

ASUNCION COLOMER ROSAS¹; ESTHER MARTINEZ VELASCO¹; BEATRIZ VALENTIN LOPEZ²; JUAN ANTONIO PAJUELO AYUSO¹; JOSE MARTINEZ GOMEZ¹; NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL¹

¹SUMMA 112, ²SUBDIRECCION GENERAL DE CALIDAD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17246

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La transparencia y rendición de cuentas son pilares de la responsabilidad social corporativa de los servicios públicos. La difusión de indicadores sanitarios facilita la identificación y desarrollo de actuaciones de mejora e impacta en la salud de la población.

Tras la incorporación de nuestro Servicio de Emergencias extrahospitalaria (SE) al Observatorio de Resultados (OR) de nuestra comunidad autónoma, evaluamos la evolución de los resultados más relevantes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la tendencia de los indicadores de (I) actividad (Act), efectividad y seguridad del paciente (EySP) y Eficiencia (Ef) incorporados al OR de un SE.

Grupo de trabajo multidisciplinar del SE y expertos de la Consejería de Sanidad.

Material: Registros internos, históricos (desde 2009) y publicados del OR (2017) de los indicadores de actividad, EySP y Ef. Método: se extraen los valores que serán objeto de mantenimiento.

Se construye un modelo basados en el análisis de series temporales ARIMA sin estacionalidad para cada proceso estocástico.

Validación de la bondad del modelo. Se comprueba la normalidad, la ausencia de correlación y la homocedasticidad (varianza constante) de los residuos.

Revisión de resultados. Criterio de exclusión: indicadores sin resultados en los dos últimos años o excluidos. Análisis de tendencias y de correlación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los modelos presentan normalidad en sus residuos (con un $p=0.8891$ en el caso del indicador de llamadas según test Jarque-Bera) y ausencia de correlación. Se escogen modelos ARIMA con componentes autorregresivos e integrados, pero con ausencia de componente basado en medias móviles. Esto nos indica que las predicciones se basan en los últimos valores de la serie en lugar de su evolución histórica.

Los modelos matemáticos confirman en su pronóstico la tendencia al alza en el número de llamadas recibidas mostrando un incremento del 20% en su valor estimado para el próximo año, sin embargo las atenciones a paciente apenas varía presentando un decremento del 0.40% para el valor estimado del año próximo.

Nuestro estudio evidencia un incremento en la demanda telefónica que predice una tendencia al alza, y una tendencia estable o levemente decremental, lo que es congruente con los cambios recientes en el conjunto del sistema sanitario hacia una atención y resolución de la demanda asistencial telefónica y una normalización postpandemia (leve decremento) de la atención presencial.

Estos resultados orientan la gestión de recursos humanos ya que aún precisándose otros estudios para explicativos desagregados por dispositivos concretos, parecen predecir una mayor necesidad de los mismos en los centros coordinadores de urgencia. .

Los datos a partir de 2017 están a disposición de los ciudadanos en el OR, lo que en si mismo es un ejercicio de responsabilidad social nuestro y de la consejería.

ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO INFORMACIÓN EXISTENTE EN RELACIÓN A LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN SEVICIOS DE URGENCIAS

VICTORIA SABATE CINTAS; ESTHER BADIA PERICH; NURIA EMILIANO GRIELL; M^a JOSE TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALA DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 17536

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Eventos Adversos (EA), en el contexto sanitario, se definen como un acontecimiento que ha producido daño a un paciente, entendiéndose por daño el derivado como consecuencia de la actividad asistencial y no ligado a la evolución de la enfermedad. Los servicios de urgencias (SU) son un elemento esencial del sistema sanitario no exento del riesgo de presentar EA. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen específicamente los EA en este entorno y su incidencia no está bien determinada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Revisión bibliográfica de los estudios realizados sobre EA en los SU para conocer su incidencia real y describir los factores de riesgo que contribuyen a su aparición.

Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la incidencia de EA en los SU durante los 20 últimos años (2002-2022). De los 937 artículos identificados sobre EA a estudiar se eliminaron 312 por ser duplicados, 569 por no cumplir criterios de inclusión y 41 por no tratar específicamente los EA en los SU. Se analizaron en profundidad 15 artículos con incidencia de EA en SU.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En los artículos con revisión retrospectiva de las notificaciones de EA, o basados en una revisión de las historias clínicas de pacientes buscando indicios de EA, se calcula una incidencia de EA entre el 0,16% y el 6%. En los estudios con observación directa por parte de personal formado en la detección de EA, en el momento de la asistencia sanitaria, se calcula una incidencia de EA en los SU del 12%. El porcentaje de EA prevenibles oscila entre 37% y 76%.

Los factores de riesgo (FR) identificados se pueden clasificar en cuatro grandes bloques: relacionados con las características del paciente, relacionados con los profesionales sanitarios, dificultades de comunicación y limitaciones del entorno de Trabajo. Se describirán más específicamente en la presentación.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que en estudios previos se ha evidenciado que sólo se notifican el 10% de los EA, consideramos que los estudios que basan sus datos en las notificaciones y/o anotaciones en historia clínica están infravalorando la realidad. Sólo se han encontrado dos estudios en los que se realiza una observación directa en el momento de la asistencia sanitaria y un seguimiento del paciente para detectar posibles EA. El hecho que se basen en la observación directa por profesionales formados en la detección de EA, y no en la notificación voluntaria por parte de los profesionales asistenciales, hace pensar que posiblemente estas cifras sean mucho más próximas a la realidad y se puedan extrapolar a otros servicios de urgencias.

Los factores de riesgo identificados no han cambiado en los últimos 20 años, a pesar del importante avance que se ha producido en temas de seguridad del paciente.

Existe una falta significativa de estudios grandes y de calidad sobre EA en los SU, por lo que se visualiza la necesidad de más investigaciones en esta área.

LA IMPORTANCIA DE REDUCIR EL USO DEL PAPEL DE LOS TRÁMITES BUROCRÁTICOS EN AP

MARIA CLAUDIA TÉLLEZ BARRAGÁN¹; MARÍA EUGENIA GARCÍA FERNÁNDEZ²; JULIA DIAZ DE LA FUENTE²; MARIA TOMASA RUIZ FERNANDEZ²; GUILLERMO MONTENEGRO JIMENEZ²; CARLOS GIL CARRETERO²

¹C.S.DR.LUENGO RODRÍGUEZ, ²C.S ARROYOMOLINOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17312

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El uso de papel en Atención Primaria ha ido en aumento ante la instauración de la consulta médica telefónica que ha demandado tramites de derivaciones, partes de interconsulta, consentimientos informados etc. Dichos documentos generados, los ha ido recepcionando la unidad administrativa del centro de salud, donde se han ido acumulando los diferentes documentos de diferentes usuarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Eliminar el papel circulante es importante para aumentar el rendimiento laboral, evitando espera de los usuarios ante el mostrador de administración que aumentan la carga asistencial. Respetar el medioambiente evitando uso excesivo de papel con la consiguiente demanda medioambiental. Al gestionar ordenes administrativas de manera informática, se aporta seguridad del paciente al evitar errores de identificación. Igualmente, se respetan datos personales del usuario, ofreciendo protección de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Material y Método Se impartieron cursos formativos acerca de los recursos ofrecidos en el programa informático AP, dirigidos a todos los profesionales del Centro de Salud a fin de obtener mayor rendimiento laboral en la gestión administrativa de órdenes clínicas derivadas de la consulta médica telefónica.

Conclusión Disminuir el uso de papel que transita, es necesario para

- Evitar la transmisión de enfermedades contagiosas
- Eliminar errores de identificación del paciente
- Cuidar la protección de datos del usuario
- Disminuir la carga asistencial del personal administrativo.
- Disminuye el impacto medioambiental
- Aumentar el espacio físico de almacenamiento

RUTA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA: EL LABORATORIO COMO NEXO MEDIANTE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE DECISIÓN

ENRIQUE RODRÍGUEZ BORJA; ISABEL DE LA MORENA BARRIO; ADELA POZO GIRÁLDEZ; ROSA MURRIA ESTAL; INMACULADA VIÑALS BELLIDO; PILAR TRENOR LARRAZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA//COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15474

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La implantación de cualquier ruta asistencial compleja entre atención primaria (AP) y especializada (AE) puede verse lastrada si no se disponen de las herramientas informáticas que aporten información, rapidez y operatividad a los procesos. El no cumplimiento de las mismas por parte de los profesionales suele conducir a exploraciones y/o procedimientos innecesarios o incompletos y a una continuidad asistencial deficiente. Este caso es especialmente relevante en la patología reumatológica (PR), donde se produce un importante retraso diagnóstico que produce un notorio impacto en la calidad de vida del paciente, dificulta la instauración de tratamientos efectivos e incrementa los costes directos e indirectos en el sistema. La participación del servicio del Laboratorio Clínico puede ser un elemento disruptor en estos casos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Adaptar la ruta asistencial de derivación desde AP al Servicio de Reumatología al sistema de petición electrónica (SPE) del Laboratorio mediante el empleo de distintas herramientas clínicas de decisión (CDS) y estudiar su eficacia en el período de Enero de 2022 a Marzo de 2022.

En el formulario de petición de AP se habilitaron 7 nuevos perfiles de pruebas basados en sospechas diagnósticas osteomusculares tipificadas en la ruta asistencial. Al seleccionarlos, el SPE realizaba automáticamente una serie de preguntas clínicas informativas relacionadas con la sospecha.

Dos facultativos de laboratorio revisaron diariamente estas peticiones y en función de los hallazgos analíticos, la información aportada y la secuenciación de pruebas basadas en algoritmos internos, elaboraban un informe en la petición recomendando o no la derivación a AE.

Se contabilizó el número de estudios realizados, si fueron sugestivos o no de derivación según Laboratorio, su tipología, si fueron derivados finalmente por AP y la respuesta definitiva por parte del AE. Se evaluó la eficacia de la nueva ruta así como la demora media entre la petición al laboratorio y el diagnóstico final de los pacientes recogido hasta Mayo de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se solicitaron 428 casos por AP. 351 fueron no sugestivos de derivación, pero 58 de ellos se derivaron igualmente encontrándose 17 casos con PR. 77 casos fueron sugestivos de derivación y en 43 se detectó PR. En la imagen se muestra el buen rendimiento de la ruta. La demora media entre la petición analítica y el diagnóstico definitivo fue de 3 meses y 22 días.

AP sabe que el Laboratorio realizará aquellas pruebas secuenciales que considere conveniente y elaborará una sugerencia de derivación en función de los resultados facilitando su interpretación. Por otra parte, AE tiene la confianza de que el paciente derivado/interconsultado cumple todos los requisitos a nivel clínico y bioquímico para ser estudiado con mayor profundidad.

En el momento actual, con AP y AE con altos niveles de saturación, adquieren gran importancia aquellas acciones que implicando herramientas CDS faciliten los actos clínicos sin detrimento de la calidad asistencial.

INDICE	CARACTERÍSTICA EVALUADA		
	PRESENTE (Prueba de referencia +)	AUSENTE (Prueba de referencia -)	
PRUEBA DIAGNÓSTICA +	43	34	77
PRUEBA DIAGNÓSTICA -	17	334	351
	60	368	428
	IC 95%		
Sensibilidad	71,7%	59,2% a 81,5%	
Especificidad	90,8%	87,4% a 93,3%	
Valor predictivo positivo	55,8%	44,7% a 66,4%	
Valor predictivo negativo	95,2%	92,4% a 97,0%	
Proporción de falsos positivos	9,2%	6,7% a 12,6%	
Proporción de falsos negativos	28,3%	18,5% a 40,8%	
Exactitud	88,1%	84,7% a 90,8%	
Odds ratio diagnóstico	24,85	12,80 a 48,23	
Índice J de Youden	0,9		
CPP o LR(+)	7,76	5,42 a 11,09	Taylor Miettinen
CPN o LR(-)	0,31	0,21 a 0,47	Taylor Miettinen
Probabilidad pre-prueba (Prevalencia)	14,0%		

ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE REGISTRO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DOLORES PEREZ GALVEZ¹; FRANCISCO MOLINA DURÁN²; ANA TERESA PÉREZ VARONA²; JOSE FRANCISCO CASTAÑÓN BAQUERA²; JUAN JESÚS BAÑO EGEA²; MIGUEL ÁNGEL DE ALBA PÉREZ³

¹ÁREA I, SMS, ²DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, SERVICIO MURCIANO DE SALUD, ³PRODUCTORA AUDIOVISUAL// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14606

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, determina: "La evolución y planificación de cuidados de enfermería es una parte del contenido mínimo que ha de tener la historia clínica".

La informatización de atención primaria en nuestro servicio de salud, se desarrolló en 2009. En principio, no incluía el aplicativo de registro de metodología enfermera. Cuando estuvo desarrollado, se formó a los profesionales. La población enfermera de primaria ha cambiado sustancialmente y consideramos necesario formar en el uso del aplicativo de registro metodológico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Actualizar conocimientos de enfermeros de atención primaria de un servicio de salud sobre el aplicativo de registro de la metodología enfermera.

Objetivos específicos

Repasar la metodología enfermera

Aprender a registrar un diagnóstico de enfermería, el plan de cuidados, el seguimiento, la valoración y el cierre del plan.

Metodología

Estudio descriptivo de intervención. Acción formativa con los siguientes contenidos:

- Introducción y fundamentos.
- Repaso de la metodología enfermera -Registro de metodología enfermera en OMI-AP. Valoración y diagnósticos. ---Planes registrados.
- Registro del juicio diagnóstico.
- Plan de cuidados.
- Seguimientos.
- Relato e identificación de las fases del proceso enfermero.
- Caso 1. Registro de la metodología en OMI-AP
- Caso 2. Relato y registro de la metodología OMI-AP
- Planes estandarizados y grabación de un plan.
- Ejercicios para reflexionar.

Medición de conocimientos antes y después: examen tipo test/30 preguntas. Formación voluntaria/9 ediciones/5 meses.

Indicadores:

1. Número de alumnos que superan el curso.
2. Porcentaje de alumnos que superan sobre el total de alumnos que realizan el examen.
3. Adquisición de conocimientos comparando los datos del test previo con los datos del mismo test al finalizar el curso:
3. Sobre test realizados
 - 3.1. % de contestaciones correctas del total de preguntas
 - 3.2. % de contestaciones correctas a preguntas sobre teoría metodológica del total de preguntas
 - 3.3. % de contestaciones correctas a preguntas sobre registro metodológico del total de preguntas

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Número total de alumnos que superan la acción formativa=308
2. Porcentaje de alumnos que superan el examen final= 97.40 %
3. Adquisición de conocimientos:
 - 3.1. pretest 246 y post test 308
 - 3.2. pretest 68.94% y post-test 81.53%
 - 3.3. pretest 73.74% y post-test 86.21%
 - 3.4. pretest 64.15 % y post-test 84.04%

Conclusiones

Esta formación ha sido muy demandada por enfermería.

En 5 meses se han formado 308 enfermeros voluntariamente.

Según el resultado de los pretest, los enfermeros conocen la metodología notablemente, pero solo medianamente el registro de la misma.

La realización del curso sirve para repasar la metodología y actualizar los conocimientos sobre el aplicativo de registro.

¿PROPORCIONAR INFORMACIÓN SALVANDO ÁRBOLES?

ANA PLAZA SAURA; CLAUDIA RÓDENAS HERRANZ; BELÉN GARCÍA INIESTA; MARTA CANO CASTELLOTE; REBECA GONZÁLEZ CELDRÁN; ÁNGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15012

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Anestesia, sensible a la implicación del paciente en su proceso, considera fundamental que éste disponga de la información relativa a las distintas técnicas anestésicas por escrito y con el tiempo suficiente para leerlo y aclarar posibles dudas el día de la consulta, previo a la firma del consentimiento informado (CI).

También es esencial reducir la huella ambiental derivada del actual circuito de impresión de documentos en el preoperatorio, incluyendo el uso de fotocopiadora con el consecuente consumo de papel, luz y tinta, aun siendo una aportación modesta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Proporcionar información relevante al paciente sobre opciones de técnicas anestésicas previa a la consulta y disminuir el impacto ambiental minimizando el consumo de papel y fotocopiadora a un tercio.

Metodología

Durante el procedimiento perioperatorio, y con el fin de que el paciente disponga de toda la información necesaria previo a la consulta de Preanestesia, se le entregan tres documentos de CI (Anestesia General, Locorregional y Sedación).

Desde octubre de 2022 se dispone de dichos documentos en la Historia Clínica electrónica (Selene), que son cumplimentados por el anestesiólogo el día de la consulta, suponiendo ello la eliminación de las versiones electrónicas de los mismos en la Intranet y de los documentos en formato papel.

Teniendo en cuenta que para elaborar 9000 folios se precisa talar al menos un árbol y que el precio de un paquete de 500 folios es de 4,6 euros, al cabo de un año, se habrán gastado 50 paquetes (25000 folios), que suponen la tala de aproximadamente 3 árboles y el gasto de 230 euros, sin contar el gasto energético de la fotocopiadora, del tóner, el tiempo empleado por los profesionales que realizan y distribuyen fotocopiadoras, y el acúmulo de documentos a nivel administrativo.

Se propone la elaboración por el Servicio de Anestesia de un documento de una sola página impresa por ambas caras (díptico) que recopile la información más relevante de los tres tipos de CI, utilizando el contenido de dichos CI validados. Además, la presentación y aprobación del documento en Comisión de Dirección, su maquetación y codificación y su disponibilidad en la Intranet.

Se deberá informar sobre el cambio de documento a los profesionales implicados en el circuito (reprografía, enfermeras, técnicos auxiliares, etc.) y se consumirá el material impreso disponible antes de implantar el díptico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se dispone de un documento que proporciona información relevante al paciente sobre las distintas opciones de anestesia permitiendo plantear las dudas que le genere en la consulta de anestesia previo a la firma del CI.

Consideramos que esta iniciativa contribuye a mejorar los tiempos (de impresión y de consumo de recursos físicos y humanos en reprografía), reduciendo también a un tercio el consumo de papel y tinta, el consumo energético de la fotocopiadora y el espacio de almacenaje.

¿Y si además hemos salvado tres árboles al año?

INFLUENCIA DE LA INTEGRACIÓN DE DATOS APORTADOS POR EL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD

PATRICIA VALERO VALDELVIRA; RUTH GUARCH GONZÁLEZ; RAFAEL MUÑOZ MORENO; JOSÉ GARRIDO BENEDICTO; YAIZA TOLEDANO CASTILLA; MERITXELL DAVINS RIU

HOSPITAL UNIVERSITARIO GERMANS TRIAS Y PUJOL// CATALUÑA

ID: 15318

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Con la incorporación de las tecnologías de la información en la práctica asistencial diaria, se ha visto la importancia de la integración de los datos en la seguridad del paciente.

Actualmente, con el uso de la telemedicina, se potencia el empoderamiento del paciente haciéndole partícipe de su proceso de salud y responsabilizándole del registro de variables de resultado. Este cambio nos lleva a pensar que aparecen nuevos sesgos al valorar la seguridad y calidad de los cuidados ofrecidos.

La valoración y seguimiento del proceso de cuidados de los pacientes mediante las variables de resultado aportadas por ellos mismos, plantea un reto a los profesionales asistenciales: ¿dichos datos son fiables? ¿Los datos aportados son objetivos? ¿debemos planificar nuestras actuaciones en base a ellos? ¿afectará a la seguridad y calidad asistencial?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Conocer las implicaciones de los datos informados por el paciente/cuidador en la seguridad y calidad asistencial
- Valorar la aparición de nuevos sesgos con la incorporación del paciente en su proceso de cuidados.
- Resaltar la importancia de la integración de variables de resultado para el seguimiento del proceso de salud de los pacientes.

Se han analizado diferentes variables de resultado registradas por los pacientes mediante el uso de nuevas tecnologías dentro de un macro proyecto de telemedicina y se han comparado con la valoración por parte de los profesionales (valoración del grado de dolor, temperatura, ansiedad, satisfacción, etc).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, más de 300 pacientes han autoregistrado datos estructurados a través de la aplicación. Ello ha permitido que 80 profesionales sanitarios han podido valorar el estado de salud de los pacientes gracias a la información aportada y ofrecer una continuidad de cuidados de calidad y seguridad máxima.

Respecto a las variables monitorizadas, se ha detectado un sesgo en la valoración del grado de dolor de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios. Según los profesionales consultados, los pacientes suelen aumentar la percepción del dolor; también, respecto a la temperatura, se ha observado una discrepancia (el valor que identifican como fiebre, puede ser diferente para cada paciente).

Los datos estructurados integrados favorecen el desarrollo de una medicina más predictiva, preventiva, personalizada y participativa incorporando a las personas en sus procesos de salud potenciando su empoderamiento.

Se plantea un nuevo reto para los profesionales sanitarios; se deberán realizar estudios que valoren la existencia de posibles sesgos del paciente o de los profesionales asistenciales relacionados con la autogeneración de datos por parte del paciente.

Ello permitirá conseguir el máximo de seguridad y calidad asistencial deseada.

USO DE CONTENIDOS AUDIOVISUALES PARA LA UNIFICAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA

DOLORES PEREZ GALVEZ¹; FRANCISCO MOLINA DURÁN²; ANA TERESA PÉREZ VARONA²; JOSE FRANCISCO CASTAÑÓN BAQUERA²; JUAN JESÚS BAÑO EGEA²; MIGUEL ANGEL DE ALBA PÉREZ³

¹ÁREA I, SMS, ²DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, SERVICIO MURCIANO DE SALUD, ³PRODUCTORA AUDIOVISUAL// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15428

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El documento "ESTRATEGIA DE SALUD DIGITAL" (Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación) señala "es necesario fortalecer el sistema sanitario público mediante la capacidad transformadora de las tecnologías digitales" Capacitar a enfermería para realizar registros óptimos es importante para esta estrategia.

Estudiadas 54.000 historias clínicas (HC) de atención primaria (AP), hallamos gran variabilidad de conocimientos entre profesionales. La formación tradicional son talleres presenciales/grupos reducidos, Proponemos formación complementaria atractiva/accesible/amena/respetuosa con la experiencia-dificultades y ritmos-aprendizaje individuales

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General - Unificar conocimientos sobre registro correcto de datos en la HC-AP en enfermeros de un servicio de salud utilizando material audiovisual elaborado a medida.

Específicos - Ofrecer a enfermería formación con contenidos aplicables al puesto que responda a sus necesidades. Formar al mayor número de enfermeros en el menor tiempo posible.

Metodología

Estudio descriptivo-analítico-de intervención. Actividad formativa:

- 12 temas/formato audiovisual (5min/tema) /examen final de adquisición de conocimientos
- online/24 horas/10 días/
- ritmo aprendizaje marcado por alumno
- contenidos prácticos
- ediciones disponibles continuas.
- formación voluntaria

Indicadores:

1. Número alumnos que superan examen/total exámenes
2. media de Valoración (escala likert) sobre pertinencia/aprendizaje
 - 2a-El contenido del curso ha respondido a mis necesidades formativas
 - 2b-Las competencias adquiridas son aplicables a mi puesto de trabajo
 - 2c-La valoración de lo aprendido es
3. media de Valoración sobre (escala likert) temporalidad/materiales
 - 3a-Considero que la duración del curso es
 - 3b-Mi valoración del material utilizado es
4. media de Valoración (escala de likert) sobre Metodología / Evaluación
 - 4a-La metodología me ha permitido asimilar los contenidos
 - 4b-La metodología utilizada me ha permitido participar activamente
 - 4c-La metodología de evaluación ha permitido valorar mis aprendizajes
5. .Recomendaría este curso a otra persona? Si/No
6. .Valoración profesorado:
 - 6a-Habilidades comunicación
 - 6b-Dominio de materia
7. Qué te ha parecido el profesorado?

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.144/146

2a-media 4.27(Desviación std 0.7) 2b-media 4,45 (0.81)

2c-media 4,45 (0.56)

3a-media 4,07 (0.98)

3b-media 4,31 (0.83)

4a-media 4.48 (0.62)

4b- media 3.93 (1.14)

4c- media 4.28 (0.78)

5-SI 96.55%/NO 3.45%

6a-media 4.76 (0.5)

6b- media 4.76 (0.43)

Conclusiones

Usar material audiovisual, en temas cortos y contenidos prácticos, ha tenido muy buena valoración por los enfermeros. Formados 144 voluntariamente.

Un amplio porcentaje de enfermeros tiene unificados los conocimientos y en la encuesta de satisfacción, solicitan más formaciones profundizando y ampliando sobre registros clínicos y otras materias.

La variación de plantillas AP hace necesaria formación continua y unificada sobre OMI complementada con talleres presencial para nuevas incorporaciones a AP.

LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO: REVISION

LUISA CABOT MOTA; RAQUEL CABALLERO MUÑOZ; ENRIC RODRIGUEZ TORREBLANCA; DIEGO MOYA ALCOCER; MARTA TORRES MAGAN; ANTONIO ROSINES BROS

MC MUTUAL// CATALUÑA

ID: 17142

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica es una herramienta que garantiza la continuidad asistencial y permite dejar constancia de la actuación sobre el paciente a efectos legales y de gestión sanitaria.

En 2021 se planteó una revisión en profundidad del proceso de revisión de la calidad de la historia clínica siguiendo la experiencia de nuestros centros ambulatorios y teniendo en cuenta las oportunidades que nos brinda el hecho de disponer desde 2020 de una historia clínica electrónica y única en ambos dispositivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar la calidad de registro de la historia clínica en las Clínicas de MC MUTUAL con el objetivo de implantar acciones de mejora.

Metodología

El proyecto consistió en determinar los ítems valorados y la representatividad de la muestra.

Se seleccionan un total de 34 ítems para valorar la calidad de los registros clínicos, teniendo en cuenta la acreditación de hospitales del Departament de Salut, y de la Joint Commission International. Los ítems se definen según el proceso hospitalario: admisión del paciente, evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento rehabilitador, tratamiento farmacológico, control evolutivo y proceso de alta. También se definen indicadores por colectivo profesional y fase asistencial.

Se determina una muestra anual de 140 historias clínicas en base a 2 criterios: 1) pacientes quirúrgicos hospitalizados de al menos 3 días de estancia, 2) han realizado rehabilitación durante el ingreso. Se realiza un estudio de representatividad de la muestra siguiendo los criterios de complejidad de los GRDs.

La implantación tuvo dos fases, una primera en forma de prueba piloto (2021) y una segunda de implantación progresiva (2022 y 2023).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La puntuación de la calidad de registro de forma global se sitúa en un 8,8 sobre 10 en 2022 frente a un 8,3 en 2021.

En 2022, el 92% de los ítems obtuvieron unas puntuaciones ≥ 8 , destacando por encima la evaluación inicial de enfermería y el informe de alta hospitalaria. El único ítem que está por debajo de 8 ha sido el de la conciliación de la medicación. En cuanto a los colectivos profesionales, el de Enfermería ha obtenido una puntuación de 9,4, seguido de Fisioterapia con un 8,8 y Medicina con un 8,2. Atendiendo a la fase asistencial, la evaluación inicial, el tratamiento rehabilitador, el control evolutivo y el proceso de alta se encuentran en puntuaciones por encima de 9. El tratamiento quirúrgico se encuentra en un 8 y el tratamiento farmacológico en un 5.

Conclusiones

La auditoría es un instrumento que nos sirve para detectar áreas de mejora en el registro de los procesos asistenciales para implantar acciones correctoras, como en el caso de la conciliación de la medicación que se ha elaborado un manual específico. Además, nos ayuda a detectar deficiencias en el aplicativo de la historia clínica electrónica con el fin de poder disponer de la información clínica necesaria en la explotación de datos, como en el caso de ciertos formularios de enfermería y quirófono.

GESTIÓN BASADA EN DATOS, HERRAMIENTA BÁSICA PARA LA TOMA DE DECISIONES

MIRIAM CALVO SÁEZ; CELSO CUIEL JORCANO; RICARDO SALTO AYLLÓN; ALBERTO NORIEGA RODRÍGUEZ; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH)

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14419

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Celadores basa sus decisiones en la toma y explotación de datos (distribución de recursos, planificación anual, actividad de los servicios, etc.), pues resulta parte fundamental de nuestro sistema de gestión por procesos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es obtener la mayor cantidad de datos útiles posibles y mejorar la calidad de las bases con unos registros fiables y veraces, con el fin de tener un conocimiento global de la actividad en cada unidad/servicio, desarrollar las tareas del modo más eficaz y asegurar el cumplimiento legal y normativo.

En cuanto a la metodología para conseguirlo, se pueden establecer tres fases:

- Recogida de datos: En 2015, los celadores estaban reticentes para facilitar los datos de su actividad diaria y pocos recogían los datos del trabajo realizado. Se ha facilitado esta recopilación mediante la implementación de equipos informáticos en los puestos de trabajo donde ha sido posible, y en formato papel en otros. Todos los días, y en todos los turnos, se recaba esta información.
- Paralelamente, hemos desarrollado bases de datos de los citados registros de actividad para los análisis correspondientes. La calidad de los datos es fundamental para la calidad de los resultados.
- Análisis y toma de decisiones en reuniones de equipo en base a los resultados obtenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Cuando se comenzó con la toma de datos, la recogida era escasa y poco fiable debido a la abundancia de fallos en las anotaciones. La cantidad de datos veraces facilitados por los celadores era tan solo de un 20% en 2015, pero en la actualidad ha aumentado hasta un 95%. Ello ha supuesto un aumento en la calidad y ha permitido análisis más exhaustivos de la información.
- Colaboración al 100% de los celadores a la hora de facilitar los datos. Aumento del compromiso del personal con los mandos intermedios en esta tarea.
- Conocimiento diario por parte de la Unidad de Celadores de la actividad desarrollada en el hospital respecto a lo que nos atañe.
- En base a su análisis, la cobertura de puestos de trabajo ha mejorado del 87% a mediados de 2015, a 99,7 en 2022.
- Después de la implementación de este sistema, la aportación de datos ha sido paulatinamente más completa, de mayor utilidad.

Por tanto, se puede concluir que:

- Se ha optimizado la distribución del personal en las unidades/servicios.
- La toma de datos ha conllevado un alto valor de análisis.
- Se están gestionando de forma más eficaz los recursos humanos, pudiendo dar mejores soluciones ante situaciones no planificadas, debido a la mayor rapidez en el análisis.

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA WEB PARA LA CREACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS Y MONITORIZACIÓN DE SUS INDICADORES

MARTA JOVER AGUILAR¹; ÁNGEL ESTEBAN GIL¹; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN²; CARIDAD MARÍN HERNÁNDEZ²; PEDRO ANTONIO CASCALES CAMPOS²; PABLO RAMÍREZ ROMERO²

¹INSTITUTO MURCIANO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA PASCUAL PARRILLA, ²HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14828

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora constituyen una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los Centros sanitarios. Para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema sanitario y poder orientar así las acciones de mejora continua, se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante herramientas de medición que permitan su monitorización. En los últimos años, aunque son muchas las instituciones que han emitido informes con indicadores de rendimiento/calidad, siguen existiendo diferencias entre ellos, tanto en las medidas propuestas como en los objetivos, nivel asistencial a valorar y marco conceptual. Por tanto, la implantación de un sistema de registro y monitorización de indicadores sobre actividad asistencial, docente e investigadora permitiría realizar una mejor gestión de los servicios asistenciales, garantizando el control y cumplimiento de los estándares establecidos, e identificando áreas susceptibles de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implementar una herramienta web para la creación de planes estratégicos y monitorización de sus indicadores. Estudio longitudinal (2019-2022), donde se han monitorizado una batería de indicadores sobre actividad asistencial, docente e investigadora del servicio de CGD. El registro de datos se realizó con la herramienta Web de planes estratégicos desarrollada por la Plataforma de Bioinformática del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El uso de la herramienta Web permitió el diseño de las diferentes líneas estratégicas, y la asociación de sus respectivos indicadores, permitiendo la recogida online de los datos. Las líneas estratégicas creadas y monitorizadas fueron cuatro: 1) actividad asistencial (quirófano, consultas externas y hospitalización); 2) seguridad y calidad en la atención sanitaria, 3) docencia; 4) investigación. Dentro de cada una de estas líneas se recogieron diferentes indicadores para su monitorización. La disposición online facilitó la visualización de los indicadores, ya que permite una mejor organización de los datos y, además, ofrece una vista en formato de gráficas (por año y evolutivo de los diferentes años registrados). Además, la herramienta posibilita la descarga de los datos en cualquier tipo de formato, lo que es importante para su análisis posterior. La implementación de la herramienta web para la creación de planes estratégicos permite un registro informatizado y una gestión centralizada de los datos, con una visión global de las diferentes líneas estratégicas del servicio.

En definitiva, se puede concluir que, el uso de esta herramienta posibilita la detección de áreas susceptibles de mejora, agilizando la toma de decisiones estratégicas que terminen en una mejora asistencial.

PREPARACION DE LOS DATOS: SISTEMA "R" COMO ALTERNATIVA GRATUITA

MANUEL C. RAMOS ALBAL¹; M^a PILAR MARCOS MARTINEZ²; MARIA JOSE GONZALVEZ LOZANO²; MARIA ISABEL LOPEZ VAZQUEZ²; EDUARDO GARCIA CASTAÑEDA²; PEDRO VILLA MALDONADO²

¹HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO, ²ÁREA DE SALUD V DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17744

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la calidad necesita datos de medición de indicadores como elemento de evaluación. Los datos recogidos en control y medición tienen errores inherentes a la medición, la adquisición, la mecanización o simplemente por la propia naturaleza de observaciones "raras" o poco frecuentes que son reales en el mundo real.

Esto requiere una preparación de los datos y un filtrado que haga, por un lado, un paso del dato a información útil, y por otro lado, una eliminación del "ruido" de información.

Existen herramientas de propósito general y de propósito específico que tratan la preparación y la evaluación estadística. Pero:

- ¿Qué características deben reunir estas herramientas o entornos?
- ¿Es "R" una alternativa libre a los sistemas tradicionales estadísticos?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es identificar si "R" es una alternativa útil para las fases de tratamiento de datos en la gestión de la calidad. "R" es un entorno libre y no es el más usado en el contexto de las herramientas de calidad. La metodología del trabajo consiste:

- Identificar como son procesos de preparación de datos y funcionalidades en calidad
- Identificar las funcionalidades de "R" para soportar dichos procesos
- Búsqueda bibliográfica del uso de "R" en calidad y data-mining Identificación de los procesos de preparación
 - Se ha consultado bibliografía sobre los procesos y características de estos:
- Acceso a fuentes de datos más comunes
- Filtrado
- Resumen estadístico descriptivo
- Mapeo
- Análisis de normalidad
- Graficas de análisis
- Diagramas de dispersión
- Inferencias con intervalos de confianza
- Almacenamiento y exportación.
- tendencias, rango de tolerancia, medias, normalidad, outliers, etc.

Identificar las funcionalidades de "R" para soportar dichos procesos

Se han examinado documentación de los repositorios, manuales y ejemplos de uso para diferentes situaciones de carga y evaluación.

Búsqueda bibliográfica del uso de "R" en calidad y data-mining

Se ha consultado bibliografía al respecto de "R" en la investigación clínica y calidad. No hay mucha bibliografía en repositorios científicos, pero algunos hay.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

"R" cumple ampliamente con las funcionalidades de tratamiento de datos y tratamiento estadístico, y es una alternativa para los controles de calidad.

No hay mucha bibliografía en repositorios científicos, pero algunos hay. Y no se valora como de los más utilizados.

Es libre, y está en aumento su uso, como una comunidad detrás muy activa y dotando de las funcionalidades de los entornos más usados.

Apto para el data-mining.

La curva de aprendizaje es muy lenta. Un entorno altamente flexible.

APORTACIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD A LA UNIDAD DE CELADORES

M^a AMPARO SERRANO SERRANO; JOSÉ ANTONIO DÍEZ GARCÍA; M^a DEL PRADO LÁZARO PÉREZ; RAÚL RAYA PASCUAL; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14455

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Celadores del Hospital Clínico San Carlos se encuentra certificada en NORMA ISO 9001:2015, desde el año 2015.

El hecho de tener nuestra gestión protocolizada, además de ayudarnos a trabajar correctamente y en base a objetivos definidos y concretos, implica a todo el equipo en la misma dirección. En todo momento sabemos qué tenemos que hacer, cómo, cuándo y por qué. Es, pues, una herramienta de cohesión y mejora profesional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Entre los objetivos que se pretenden están:

- Perfeccionamiento y rigor en el desempeño.
- Empoderamiento de todos los profesionales adscritos a la Unidad.
- Implicación, trabajo en equipo y sensación de valor y pertenencia para nuestro colectivo.
- Mejora en la interrelación con otros colectivos.
- Implicación de todo el equipo en los puntos fuertes de la norma: liderazgo del Jefe de Servicio, gestión de riesgos y acciones de mejora enfocadas a la experiencia del paciente.

Para ello, los integrantes de la Unidad de Celadores consensuan a lo largo del año los objetivos y resultados que quieren alcanzar a través tanto de reuniones de equipo como del análisis y estudio de viabilidad de informaciones, peticiones y sugerencias de todos los integrantes de nuestro colectivo.

Para ello, en las reuniones preceptivas con la Dirección se muestran los resultados y procesos llevados a cabo por la Unidad durante el año, valorando los resultados y estableciendo acciones de mejora de procesos con otras direcciones logísticas o asistenciales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- El Sistema de Gestión de Calidad ha dado más visibilidad del colectivo de celadores, aumentando la participación en grupos de trabajo interdisciplinarios (actualmente, en 18).
- Ha aumentado la valoración por parte de otros colectivos hacia nuestras aportaciones, disminuyendo las reclamaciones respecto a 2015 en un 44 %.
- Ha implicado a todos nuestros profesionales para cumplir los objetivos marcados, sin duda por una mayor comprensión de los fundamentos e importancia de cada proceso. Puede constatarse una reducción de conflictos con otros colectivos en un 86,4 % en el mismo periodo.
- Reducción del 44 % en reclamaciones de pacientes e incremento del 33 % en agradecimientos. Por tanto, podemos concluir que, tras implementar este sistema:
- Hemos mejorado la prestación del servicio a través de la comprensión razonada de cada procedimiento.
- Transparencia total en la gestión de la Unidad.
- Mejora del clima laboral del colectivo y de las partes interesadas hacia nosotros.

ADECUACIÓN DE INGRESOS URGENTES MEDIANTE EL "APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL"

ROSARIO PEINADO CLEMENS¹; NOELIA DURÁN GÓMEZ²; ÁNGELA ADAME GARCÍA³; JUAN DIEGO GARCÍA GALLARDO³; MACARENA CELINA CÁCERES LEÓN²; CASIMIRO FERMÍN LÓPEZ JURADO²

¹ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ, ²FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ// EXTREMADURA

ID: 14763

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La adecuación de ingresos hospitalarios es un aspecto importante de la prestación de los servicios de salud por su influencia en el aumento de los costes y la presión asistencial del sistema sanitario. El Protocolo de evaluación de la adecuación (Appropriateness Evaluation Protocol [AEP]) consiste en un conjunto de criterios objetivos y explícitos de diagnóstico para la identificación de ingresos y estancias inapropiadas. Este protocolo ayuda a identificar problemas de organización hospitalaria y a reducir costes sin disminuir la calidad y la accesibilidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar los ingresos urgentes inapropiados y su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

Material y métodos

Estudio descriptivo y analítico retrospectivo en la unidad de Urgencias del Hospital Universitario de Badajoz. Se evaluaron 70 ingresos de manera aleatoria mediante el protocolo AEP durante un periodo de 10 semanas. La fuerza de asociación entre la variable resultado (ingreso apropiado o no) y cada una de las variables sociodemográficas y clínicas consideradas se evaluó con la t de Student o el chi-cuadrado en función del tipo de variable (cuantitativa o cualitativa) con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La media de edad de los pacientes fue de 74.3 años (DE=17.73). El 51.4% eran hombres y el 48.6% mujeres. Quince pacientes (21.4%) ingresaron de forma inapropiada. Los criterios de inadecuación más frecuentes fueron el 1 (Las pruebas diagnósticas y/o tratamiento(s) necesario(s) pueden realizarse como paciente externo) (66.6% de los ingresos inadecuados) y el 2 (El paciente ha sido ingresado para la realización de pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse como paciente externo, salvo que resida muy lejos del hospital) (66.6%). El criterio de adecuación de ingreso más frecuente fue el 3 (Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos) (90.9% de los ingresos adecuados).

Se encontró una relación positiva entre el ingreso inadecuado y la edad ($p=0.001$), el presentar tratamiento previo con 3 o más fármacos ($P=0.029$) y con el hecho de presentar factores de riesgo como hipertensión, diabetes, dislipemia o tóxicos ($p=0.003$).

Conclusiones

La proporción de ingresos adecuados/inadecuados fue similar a la de estudios previos realizados en España. Llama la atención que en la mayoría de los ingresos considerados adecuados, la causa fue la reposición de líquidos y/o medicación intravenosa y que la mayor tasa de inapropiación fuera ligada a la edad y al número de enfermedades y fármacos utilizados. La utilización del protocolo AEP permite obtener de forma rápida y sencilla información del uso adecuado o no de los recursos hospitalarios.

ENFERMERA REFERENTE COMO CLAVE DEL ÉXITO PARA ALCANZAR EL INDICADOR DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA

ISABEL M. SOTO BALLESTER¹; FRANCISCO JAVIER PÉREZ BOTELLA¹; CARMEN MORALES RUIZ¹; ELENA SALAZAR NAVARRO¹; MARÍA DOLORES CUADROS LAPAZ²; ROCÍO SOTO BALLESTER¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15575

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Tras la entrada en vigor del RD1093/2010 y aprobación del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud y regulación del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) de Enfermería, se introduce en los sistemas informáticos y se incorporan al conjunto de indicadores de calidad y seguridad de la atención hospitalaria.

La continuidad de cuidados implica el mantenimiento de unos objetivos concretos de recuperación del estado de salud del individuo a través de los distintos dispositivos asistenciales, debiendo ser conocido por el usuario y los profesionales a lo largo de su proceso, evitando la fragmentación asistencial, mediante información fluida entre los distintos profesionales que lo atienden. Por lo que se hace evidente la necesidad del ICC.

Actualmente la elaboración y cumplimiento del mismo está incluido como indicador para evaluar el grado de cumplimiento con los objetivos propios de la Gerencia con una meta >85%.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Alcanzar y/o superar la meta del indicador del Informe de continuidad de cuidados al alta en Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
2. Mejorar la calidad de la cumplimentación del ICC.
3. Mejora de la coordinación entre niveles asistenciales.

La turnicidad, cambios frecuentes de personal y la disipación de responsabilidad evidenciaba una falta de cumplimentación, seguimiento y progreso del plan de cuidados del paciente ingresado, por lo que se estableció el papel del Enfermera/o Referente de cada paciente ingresado y por tanto responsable del plan de cuidados, asegurando así la revisión periódica del mismo, mejorando la calidad de cuidados prestados a la totalidad de los pacientes ingresados en nuestra unidad.

Se estableció un sistema de asignación por el cual cada enfermera/o se responsabiliza de 2 planes de cuidados máximo (12 Enfermeras/os en turno rodado y una capacidad de ocupación de 24 camas), del siguiente modo:

1. Preferentemente el enfermero que realiza el ingreso, valoración y acogida en unidad, siempre y cuando no sea ya el referente del máximo establecido.
2. En caso de no corresponder a quien realiza el ingreso, valoración y acogida, se sucederá en la asignación al siguiente en turno de trabajo, que no alcance el máximo de pacientes asignados como enfermera/o de referencia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La asignación de Enfermera/o Referente, no solo ha supuesto un alto nivel de cumplimentación como demuestran los datos de 2022, donde se alcanza la meta superior al 85 % durante todo el año, llegando al 100 % en el mes de abril, sino que incluso hemos realizado propuestas de planes de cuidados estandarizados ajustados a salud mental para aumentar la calidad de los mismos.

Abriendo con esto vías de investigación a estudios cualitativos, para evaluar no solo el número de informes que se realizan sino la calidad de los mismos y el alcance de estos a los distintos niveles asistenciales dentro de la red de salud mental.

EL LABORATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE TODOS LOS CLIENTES: NECESITAMOS SABER SI LO ESTAMOS HACIENDO BIEN (Y CÓMO DE BIEN)

JOSE MANUEL EGEA-CAPARROS; GINÉS AUÑÓN-CALLES

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15599

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

El Laboratorio de Diagnóstico se enfrenta al reto de combinar un máximo de calidad científico-técnica con el mayor nivel de satisfacción en sus usuarios, medida como *calidad percibida* por éstos. Una singularidad de los servicios centrales, o también llamados "de apoyo al diagnóstico", es que tienen como cliente primario o fundamental al paciente, pero también de forma muy importante a los compañeros del equipo asistencial que solicitan los estudios o pruebas complementarias, mayoritariamente médicos.

Existen pocos instrumentos validados fiables para la medida de la satisfacción de los usuarios del Laboratorio, y es deseable un uso extendido y sistemático de cuestionarios estándar. Estos instrumentos permitirían hacer "benchmarking" para identificar variabilidades y comparar resultados entre distintos centros.

En la Región de Murcia, dentro del Programa EMCA (Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial) se han desarrollado y publicado cuestionarios de calidad percibida en diversos ámbitos asistenciales como hospitalización pediátrica y de adultos, atención primaria, servicios médicos/ quirúrgicos/ obstétricos, consultas externas, urgencias, etc. Sin embargo, no se dispone de un instrumento específico válido para medir la satisfacción de los usuarios del Laboratorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Proponer cuestionarios como instrumento de medida de la calidad de los clientes del Laboratorio, que puedan ser validados y e incorporados dentro de la iniciativa EMCA, y eventualmente representen un estándar de medida de la calidad percibida.

Metodología

Elaboración de un cuestionario estándar para valorar la satisfacción de los pacientes usuarios del Laboratorio, y otro que permita medir el grado de satisfacción de los médicos, con la metodología propia del marco EMCA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se propone un cuestionario para evaluar la satisfacción del paciente, y otro para el usuario médico.

Conclusiones:

La actividad del Laboratorio de Diagnóstico tiene características específicas. Es necesario medir la calidad percibida por los clientes en sus distintas dimensiones, como herramientas indispensables para la mejora continua.

ESTUDIO DE LOS INDICADORES COMUNES EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

ANTONIA CANTERO SANDOVAL¹; MARTA PÉREZ VALENCIA²; MIGUEL PARRA MORATA³; JUANA MARÍA MARÍN MARTÍNEZ (4); INMACULADA ARJONA LÓPEZ¹; ROXANA ROJAS LUÁN¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER,

³HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. REGIÓN DE MURCIA

ID: 17085

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La Comisión contra la Violencia de Género (VG) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propone, basándose en el marco legal actual, unos indicadores comunes de información para la VG que permiten conocer mejor la magnitud y las consecuencias de este problema en la salud y en el sistema sanitario

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Conocer la prevalencia de mujeres víctimas de VG en nuestro hospital
- Estudiar las características de las pacientes de VG
- Averiguar la distribución de los casos según el tipo de maltrato
- Estimar el tipo de atención recibida en el SUH

Metodología:

- Población a estudio: mujeres atendidas desde 2014 como víctimas de VG en el servicio de urgencias hospitalario (SUH) a las cuales los facultativos responsables han cumplimentado el formulario informático hospitalario específico de VG durante los años 2021 y 2022
- Registro informático de los partes de VG desde su estandarización regional e implantación en 2014

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Magnitud

Número de partes de lesiones emitidos: 120

Por nivel de asistencia y fuente

Casos detectados en atención primaria: ninguno (todas por iniciativa propia). Casos detectados en atención especializada: 120.

Por características del maltrato

Casos detectados según tipo de maltrato. Físico: 33 Psicológico: 12 Sexual: 2 Físico y psicológico: 59 Sexual y físico: 4 Físico, psicológico y sexual: 8 Físico y distinto: 1 Físico, psicológico y distinto: 1

Por características personales de la mujer maltratada

Casos detectados por edad.

Media de edad 2021: 33.5 años (mínima 14, máxima 55) Media de edad 2022: 34.32 años (mínima 15, máxima 68)

Por características del tipo de atención recibida

Mujeres atendidas que han recibido información y apoyo de recursos sociosanitarios: 120.

Mujeres atendidas, con las cuales se ha realizado valoración de riesgo: 120. Casos detectados derivados a atención primaria: 120.

Conclusiones:

- Analizados la magnitud y las características de las mujeres que son víctimas de VG, podemos planificar la asistencia sanitaria específica en el hospital de forma estandarizada.
- Se hace necesario averiguar y cumplimentar la totalidad de los indicadores comunes apuntados por el Sistema Nacional de Salud.
- Se plantea actualizar el protocolo de atención sanitaria integral a la VG, mejorando la calidad y la equidad en la asistencia.
- Se va a desarrollar un procedimiento integral a las mujeres de VG, comenzando por la atención en urgencias y, posteriormente, en los otros niveles asistenciales para adecuar más su asistencia.

12 AÑOS DE INFORME DE CUIDADOS: EVOLUCIÓN Y RETOS

MARÍA TERESA ROLDÁN CHICANO; JAVIER RODRÍGUEZ TELLO; M^a JOSÉ VICENTE PÉREZ; RAMÓN BEL CEGARRA; MARÍA DEL MAR GARCÍA LÓPEZ; M^a DOLORES MEROÑO RIVERA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA. AREA II SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17428

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

A partir de la publicación del Real Decreto 1093/2010 sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud, las unidades de calidad de los servicios de salud de las diferentes CCAA empiezan a diseñar procesos para implantar el Informe de Cuidados, y sistemas de seguimiento para optimizarlos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir cuantitativamente la evolución en el número de informes de cuidados emitidos en un área de salud entre los años 2011 y 2022 y el pronóstico hasta el año 2025

Identificar las acciones de implantación más relevantes y analizar los principales retos futuros del informe de cuidados

Diseño descriptivo realizado en un Área de salud, sobre los informes de cuidados emitidos desde sus centros asistenciales entre los años 2011 y 2022. Los datos se obtuvieron de la estadística mensual de informes de cuidados que realiza la unidad de calidad del área de salud con datos de la historia clínica digital.

Se calculó el incremento absoluto de informes, el porcentaje de cambio promedio anual, la tasa de crecimiento promedio anual y la razón de incremento. Se realizó un análisis de serie de tiempo utilizando el software estadístico R. Los datos históricos se modelaron mediante un modelo ARIMA (AutoRegressive Integrated Moving Average) para evaluar las tendencias y realizar pronósticos para los años 2023, 2024 y 2025.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron un total de 88.679 informes. El incremento absoluto de informes anual, entre los años 2011 y 2022 fue de 13.034 informes. La razón de incremento fue 6.44. Para el periodo de 12 años, la tasa promedio de crecimiento anual fue de 19,67%. Entre los años 2014 y 2015 se dio la mayor tasa de incremento (64,77%). Para el año 2023, se proyecta un total de aproximadamente 16.612 informes al alta (CI80%: 15.335-17890). En 2024, 17.797 (CI80%: 15.991-19.604), y para 2025 18.982 (CI80%: 16.770-21.195).

La mayor tasa de incremento se dio 4 años después de comenzar la implantación y tras un intenso proceso de formación continuada. A partir de 2015 la estrategia de implantación se basó en la formación en el puesto de trabajo, la retroalimentación a través de estadísticas a los servicios, la edición de guías rápidas y vídeos y las mejoras en la historia clínica digital para facilitar la emisión del informe (planes de cuidados y recomendaciones estandarizadas, modificaciones en formularios etc).

No obstante, el número de informes no asegura que en éstos se esté intercambiando información útil y fiable entre diferentes niveles asistenciales. Por eso las acciones de mejora futuras deben incluir el aumento en la calidad del contenido de los informes y la actualización del formato de emisión. El informe tradicional en papel, cada vez se aleja más de la forma en la que la población consume y guarda información, por lo que se deben fortalecer todas las iniciativas que fomenten el acceso a los informes a través de internet, y la inclusión de instrucciones y recomendaciones al alta en formatos más pedagógicos y visuales que el texto escrito (imágenes, vídeos etc.).

VALORACIÓN DE INDICADORES. IMPLEMENTAR UN REGISTRO INFORMATIZADO DE ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDAD EN UN HOSPITAL TERCIAR

CARMEN FRÍAS MARTÍN¹; MARTINA PÉREZ GUACH²; MANOLI CHICOTE ALDAN³; M. CARMEN BARRERA REYES³; CAROLINA BONILLA SERRANO³

¹HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA ²INSTITUTO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y METABÓLICAS. CLÍNIC BARCELONA, ³INSTITUTO DEL CÁNCER Y ENFERMEDADES DE LA SANGRE. CLÍNIC BARCELONA. CATALUÑA

ID: 17642

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La fragilidad se define como un estado fisiológico de gran vulnerabilidad a factores de estrés, resultantes de la disminución de reservas fisiológicas o alteración multiorgánica.

Al asociar fragilidad con enfermedad/edad (que individualmente no tiene repercusión clínica) y tener un carácter acumulativo, se considera un gran predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de movilidad y enfermedad cardiovascular. Estudios publicados demuestran que la fragilidad permite estimar el pronóstico y la supervivencia, de forma independiente a la mortalidad. También se ha descrito como un indicador que ayuda en la toma de decisiones clínicas y terapéuticas, y en la eficiencia de los recursos sanitarios, dado que los individuos frágiles presentan mayor vulnerabilidad a episodios adversos.

El uso de escalas clínicas de fragilidad (ECF) permite conocer la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas y orientar el tratamiento en todo tipo de enfermedades crónicas complejas, incluidas las oncológicas. Las organizaciones sanitarias demandan un avance constante en los cuidados de salud dirigidos a la mejora de la calidad asistencial (CA) y seguridad clínica (SC) del paciente. En respuesta a éstas, nuestro centro, un hospital terciario de alta complejidad, desarrolló un programa propio de registros enfermeros informatizados que integra indicadores de calidad (IC) en el registro clínico.

Entre estos indicadores, contamos con la Clinical Fragility Scale (CFS), dirigida a mayores de 65 años con fragilidad, y la escala Karnofsky, dirigida a evaluar la capacidad funcional y pronóstico de pacientes crónicos y/u oncológicos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Descripción e implementación del registro de escalas clínicas de fragilidad mediante el programa informático desarrollado en nuestro centro y la valoración de los indicadores de calidad.

Material y métodos

El programa desarrollado en nuestro centro para el registro informatizado de los cuidados enfermeros se implementó progresivamente desde 2016 en todas las especialidades médico-quirúrgicas, y en todos los entornos asistenciales (hospitalización, críticos, atención domiciliaria y dispositivos ambulatorios).

Consta de diferentes módulos que abarcan el proceso asistencial enfermero (PAE). El módulo de escalas cuenta, entre otras, con la valoración de fragilidad mediante CFS y Karnofsky, y permite su detección tanto al ingreso del paciente como en cualquier momento del proceso asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El registro de las ECF genera automáticamente, un plan de curas enfermero basado en la evidencia científica, y facilita el análisis del cumplimiento de IC, pudiendo ser cuantificados de forma automatizada.

Conclusiones

El registro de IC permite cumplimentar, verificar y analizar el PAE, facilitando el análisis de éstos sin incrementar en exceso la carga asistencial de los profesionales, y dando valor a los cuidados centrados en el paciente/familia, manteniendo y mejorando la atención sanitaria, la CA y la SC.

IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

OLGA MARTIN VELASCO; MARÍA JOSÉ CHECA VENEGAS; ISABEL CLARA IZQUIERDO DELGADO

FUNDACION JIMENEZ DIAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17667

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La implementación de indicadores de enfermería en las unidades de hospitalización como herramientas de gestión se realiza para asegurar una calidad asistencial eficiente y segura.

Este artículo tiene como objetivo describir el proceso de implantación de indicadores de calidad en las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas y su impacto en la calidad de la atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Gestionar los cuidados a través de la publicación de los indicadores de cada servicio para mejorar resultados asistenciales.
- Mejorar la comunicación: a través de las pizarras, colocadas en las unidades, se comunican indicadores de calidad de una forma atractiva y visual, y aumenta la comprensión de los datos presentados
- Facilitar la toma de decisiones: las pizarras visuales permiten tener una visión panorámica de indicadores asistenciales. Esto ayuda a la toma de decisiones basados en datos concretos y actualizados.

Metodología

Se establecen objetivos estructurados con las 3 líneas estratégicas del hospital: experiencia del paciente, salud poblacional, eficiencia; y se identifican indicadores específicos de las unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas.

Se exportan los datos a través de BI, base de datos y se analizan.

Estos resultados se comunican al personal de la unidad de hospitalización, a través de pizarras y en sesiones del supervisor con el equipo.

Los resultados se publican cada mes, en comparativa de datos anteriores con acciones de mejora y realizando comparativa con el mes anterior.

Estos indicadores incluyen medidas de seguridad de paciente, eficiencia en la atención, resultados clínicos y satisfacción del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se monitorizaron 14 indicadores asistenciales: UPPs, caídas, dolor, informes de enfermería, contenciones, NEWs, Peso y Talla, Alta temprana, NPS, Nº de reclamaciones, Prevención de la infección: Higiene de manos, prevalencia de sondaje urinario, contaminación de hemocultivos.

Análisis de los datos recogidos y publicación a través de las pizarras, en lugares visibles para los profesionales. Se establecen acciones de mejora según resultados obtenidos.

Conclusiones

La implantación de indicadores de calidad, a través de pantallas visuales, garantiza una mejor eficiencia en los cuidados y optimización eficiente de los recursos.

Aumenta la comunicación en los miembros del equipo con la visualización de los datos a tiempo real, y la implicación de los profesionales aportando ideas en la mejora de resultados.

Y en definitiva, nos permiten conseguir mejoras significativas en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

CONTROL DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN EL HOSPITAL REINA SOFIA DE MURCIA

ANA BELEN VEAS LOPEZ; MARIA FRANCISCA CEGARRA NAVARRO; MARIA DEL MAR IGLESIAS GONZÁLEZ; JUAN TOLEDO ZAMORA; DIEGO JOSE MELGARES DE AGUILAR LOPEZ-FAJARDO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17690

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el número de procedimientos diagnósticos/terapéuticos radiológicos se han visto incrementados, de tal modo que los usos médicos representan actualmente la mayor fuente de exposición a las radiaciones. Esta exposición viene determinada porque una parte importante de las exploraciones radiológicas emplea radiaciones ionizantes. Es por ello que el control de la dosis debe de ser justificada y cuantificada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general consiste en disminuir la dosis de radiación que reciben nuestros pacientes a la mínima dosis posible y los objetivos específicos fueron determinar los niveles de dosis a partir de las dosis impartidas a pacientes adultos sometidos a estudios radiológicos de TC, comprobar si se exceden los niveles prefijados para nuestros aparatos radiológicos empleando como indicadores el número de estudios, el número y porcentaje de alertas y su justificación de dosis y causas de las alertas. Se recogieron los datos durante el periodo de junio de 2022 a mayo de 2023. Los TC analizados son los dos Tc de 64 filas de detectores y el mamógrafo de los que disponemos en el Servicio de Radiología del Hospital Reina Sofía de Murcia.

Para ello se empleó la plataforma del sistema de registro de dosis dentro del marco de garantía de calidad de dosis del SMS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La evaluación de la dosis es un elemento esencial de un programa de garantía de calidad. La herramienta de registro de dosis resulta útil para conocer nuestro flujo de trabajo y nivel de dosis que emiten las técnicas que emplean radiaciones ionizantes, para así poner en marcha estrategias de optimización de dosis. El análisis de las alertas nos puede mostrar los déficits principalmente en la estandarización y protocolización de los estudios radiológicos. En definitiva, pueden servir para detectar debilidades que sirven de punto de partida de un plan de mejora.

EN BUSCA DE LA SEDACIÓN DE CALIDAD: UN TRABAJO EN EQUIPO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ; MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; JESÚS CAMPOS ALBERT; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17691

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En los pacientes críticos lograr un nivel de sedación adecuada forma parte del paquete de medidas ICU liberation publicadas por la Society of Critical Care Medicina. Estas medidas han demostrado reducir la probabilidad de muerte hospitalaria en la primera semana en un 68%, reducir los días de delirio y coma entre un 25% y un 50% respectivamente, así como disminuir la necesidad de uso de restricciones físicas en más del 60%.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Conocer como es la monitorización de la sedación continua en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como su optimización con la monitorización a través de la escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Método

Realizamos un estudio retrospectivo desde la UCI de un hospital de segundo nivel con un total de 667 camas. La UCI cuenta con 27 camas distribuidas en 3 unidades y, desde 2018, mantiene la certificación de su Sistema de Gestión de Calidad acorde a los criterios de la Norma ISO 9001:2015

La muestra recogida son los pacientes ingresados en UCI desde Agosto hasta Diciembre de 2022 que precisan sedación continua mas de 48h. Los criterios para iniciar sedación continua son:

- Adaptación a ventilación mecánica
- Inestabilidad clínica
- Insuficiencia respiratoria aguda grave
- Agitación incontrolable

Desde su inicio se indica objetivo de sedación con la escala RASS y se pauta el tratamiento (dosis, horarios, tipo de fármaco) en base al mismo: (RASS 0 a -2 si sedación ligera; RASS -4 a -5 si sedación profunda). Una vez hecho esto, enfermería reevalua y registra cada 12 horas, aplicando los criterios de la escala RASS , con modificaciones de las dosis de infusión de sedantes según objetivo pautado. Para facilitar la aplicación y registros, la escala se encuentra integrada en la historia clínica electrónica, IntelliSpaceCuidados Críticos y Anestesia (ICCA)

Una vez llegados a este punto, se valora el indicador de calidad que mide nivel de sedación adecuada según objetivo por escala RASS, considerándose que se cumple el mismo con valores mayor o igual al 85%: (Nº enfermos con sedación continua adecuada/ Nº enfermos con sedación continua)x 100

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los resultados obtenidos de la muestra analizada han sido los siguientes:

- 154 pacientes con sedación continua
- 65 pacientes (42%) con sedación continua tenían registrado en el tratamiento un objetivo de nivel de sedación. En 23 (15%) pacientes se cumplió el indicador de sedación adecuada.

Conclusiones

Según los datos analizados, en menos de la mitad de nuestros pacientes se registra un objetivo de sedación durante la duración del tratamiento, cumpliéndose el indicador de calidad en sólo el 15% de ellos, La coordinación con enfermería debe ser máxima para poder desarrollar todas las intervenciones necesarias y encaminadas a conseguir, un ciclo de mejora para alcanzar ese nivel de sedación adecuada por objetivos, ya que de ello se derivan importantes implicaciones pronósticas en nuestros pacientes.

PREVALENCIA Y RESISTENCIAS A ANTIMICROBIANOS EN NEISSERIA GONORRHOEAE EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

MARÍA ISABEL DÍAZ LÓPEZ; ÁNGELA PUCHE CANDEL; MARÍA DOLORES LÓPEZ ABELLÁN; ALBERTO FERNÁNDEZ REINA; EVA PÉREZ FERNÁNDEZ; JORGE MARTÍNEZ JORDÁN

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15578

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalentes, suponiendo un importante problema de salud pública. Los hombres pueden cursar con uretritis, epididimitis, proctitis o prostatitis, mientras que las mujeres suelen ser asintomáticas u, ocasionalmente, presentan síntomas como malestar vaginal o incluso presentar enfermedad inflamatoria pélvica.

El aumento creciente del uso de técnicas de biología molecular para el diagnóstico de ITS, probablemente ha impulsado el número de infecciones gonocócicas detectadas y, por tanto, su incidencia poblacional. Además, estos últimos años se han reportado en Europa un elevado número de casos de resistencias a cefalosporinas de tercera generación en el gonococo, siendo según la OMS, uno de los agentes patógenos con prioridad alta para la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de NG en nuestra área de salud, así como describir la tendencia a resistencias antimicrobianas entre las cepas aisladas en nuestra área. Para ello, se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron pacientes a los que se realizaron pruebas diagnósticas de NG: cultivo de exudado uretral, endocervical, faríngeo y rectal, y técnicas de amplificación de ácidos nucleicos. Las muestras fueron cultivadas en agar chocolate y en agar Thayer-Martin y, además, fueron analizadas por análisis PCR usando el kit PCR STI Essential Assay Q de Allplex™ (Seegene®). Las colonias fueron identificadas por técnicas de MALDI-TOF MS. La concentración mínima inhibitoria (CMI) se interpretó de acuerdo a la guía del Comité Europeo de Evaluación de la Sensibilidad Antimicrobiana (EUCAST).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio (Enero 2020 a Diciembre 2022), se realizaron un total de 3750 pruebas de detección de NG. Del total de pacientes, 105 (2,8%) presentaron alguna prueba positiva para NG. 96 (2,6%) fueron detectadas por PCR y de éstos, 55 (57,3%) presentaron cultivo positivo para NG. En 9 muestras el cultivo fue positivo, pero no se les realizó el análisis por PCR. La edad media de los pacientes con infección por NG fue de 32 años (DE: 11, rango: 18-68 años), de los que 70 (72,9%) fueron hombres y 26 (17,1%) mujeres.

Respecto a la sensibilidad antimicrobiana, de los 49 cultivos a los que se les pudo realizar el antibiograma: 14 (28,6%) fueron resistentes a ciprofloxacino, 4 (8,1%) a penicilina, 4 (8,1%) a azitromicina y 3 (6,1%) a tetraciclina. Todas las cepas analizadas fueron sensibles a ceftriaxona.

Con todo ello, podemos concluir que la incidencia de infección gonocócica es más alta en hombres que en mujeres y que, gracias a las técnicas de biología molecular, se recuperó un alto porcentaje (42,7%) de ITS causadas por NG. Además, nuestro estudio muestra que la resistencia a los antibióticos recomendados para el tratamiento de NG en nuestra área de salud es baja y que, además, no se ha reportado ninguna cepa resistente a ceftriaxona.

DESARROLLO DE UN NUEVO PNT DE COMUNICACIÓN DE VALORES CON RIESGO PARA EL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

M. ELENA POVEDA GÁLVEZ; ALFONSO LUIS BLÁZQUEZ MANZANERA

H. G. VILLARROBLEDO// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15607

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

En las estrategias de seguridad del paciente es importante hablar de crear nuevos canales de comunicación entre profesionales para su mejora. Dentro del Laboratorio Clínico hay que diferenciar dos tipos de resultados: de riesgo crítico (suponen un riesgo inmediato de eventos adversos importantes y requieren intervención urgente) y de riesgo significativo (presentan un riesgo inmediato de resultados adversos significativos si no se revisan dentro de un período breve de tiempo). Debido a la gran relevancia que tiene la detección de valores con riesgo, éstos tienen que ser avisados con celeridad, exactitud y seguridad. Hasta ahora, nuestro laboratorio lo hacía telefónicamente en las peticiones de origen hospitalario. Sin embargo, en Atención Primaria (AP) era muy complejo este contacto y se recurría al fax, actualmente no recomendado por la bibliografía.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del trabajo es actualizar el procedimiento para la comunicación con AP y analizar los resultados de dicha implantación. Para ello se hace una revisión bibliográfica para definir los valores de riesgo. Una vez elaborada esta lista se consensúa con los clínicos de los diferentes servicios clave (pediatría, UCI, urgencias y Dirección de AP), quedando en hacer revisiones anuales para evaluar procedimiento y valores. Por parte de AP, se solicitan números siempre activos de los Centros de Salud.

Los puntos principales del procedimiento comprenden:

- Ante un valor crítico, revisar el espécimen para asegurarse que cumple las propiedades pre analíticas exigidas y comprobar los valores anteriores del paciente por si se trata de un resultado similar.
- En el caso de AP, se notificará telefónicamente al facultativo responsable del paciente o el facultativo de guardia confirmando que el receptor ha entendido todos los datos.
- En cualquier caso, la comunicación quedará en el informe como una prueba de texto donde conste el nombre del receptor de la información, hora de la comunicación y el valor informado y quien es el informador.
- Se contempla, como caso extremo de no poder localizar al facultativo, avisar al 112, Guardia Civil o Policía Local de la zona para avisar al paciente de que debe ir a urgencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Según los datos de nuestro laboratorio, en el año 2021 el 9% de los resultados notificados correspondían a pacientes de AP, sin que constara recepción correcta del dato. En 2022 el número de peticiones notificadas ha aumentado considerablemente siendo el 19% de AP. Desde la implantación del nuevo protocolo 42 pacientes de AP con valores críticos han sido avisados con una recepción de información confirmada. Por todo ello un Laboratorio Clínico con un Sistema de Gestión de Calidad debe estar en constante revisión para implantar posibles acciones de mejora como puede ser la actualización del procedimiento de trabajo de comunicación de valores de riesgo, optimizando la seguridad de los pacientes de AP.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

ANTONIA CANTERO SANDOVAL¹; MARTA PÉREZ VALENCIA²; JUANA MARÍA MARÍN MARTÍNEZ¹; MIGUEL PARRA MORATA³; INMACULADA ARJONA LÓPEZ¹; ROXANA ROJAS LUÁN¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER,

³HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17087

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Paciente crítico es aquel que tiene alteradas una o varias constantes vitales, con serio compromiso para la vida

Conocer la patología prevalente atendida en servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el tipo de paciente y los profesionales implicados supone el inicio para adecuar guías y protocolos intrahospitalarios específicos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Conocer características de pacientes críticos de SUH
- Determinar tiempo de asistencia
- Concretar patologías más prevalentes
- Definir destino
- Estimar la seguridad del paciente
- Valorar existencia de protocolos estandarizados intrahospitalarios

Metodología

Población: pacientes atendidos en box de críticos SUH un mes (17/4-17/5/23)

Recursos

1. Registro en papel en box
2. Historia clínica informática

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

127 pacientes

Características de pacientes

- Media-58,85 años
- 45 mujeres, 82 hombres

Área sanitaria: 73-1,17-7,12-6,8-5,3-9y3,2-8y4,1-4,6-sin

Tiempo medio-17,26 min

Seguridad del paciente:

- Correcta identificación-126 (1 desconocido) Registro de personal sanitario: 6 de 127 SIN
- Comprobación del correcto funcionamiento del Monitor-Desfibrilador-diario

Patologías:

1. Ictus-47
2. IAMCEST-8
3. Dolor torácico no cardiogénico-8

4. CVE por flutter, Sd Noonan, FA con RVR-6,1,3, respectivamente
5. Politrauma/accidente laboral o tráfico-8
6. Síncopes neuromediados-8
7. Trastorno neurológico funcional-3
8. FA/flutter descompensado-3
9. Vasoespasmo coronario-1
10. Hemorragia digestiva-2
11. Neurológica: crisis comicial 2, amnesia global 1, sd hemisensitivo 1
12. IAMSEST-2
13. Fracturas óseas: fémur 2, codo 1, dedos pie 1, MSD catastrófico 1, clavícula 1, húmero 1, cúbito 2
14. Neuroquirúrgica: HSA 3, hematoma ganglios basales 2, hematoma subdural 1
15. Shock: hemorrágico 1, cardiogénico 1
16. Psiquiátrica: crisis de ansiedad 1, sobreingesta de medicación 1, trastorno de estrés postraumático 1
17. Respiratoria: asma bronquial 1, infección respiratoria 1, TEP bilateral 1
18. Cardiovascular: disección aórtica 1
19. Cetoacidosis diabética-1
20. Anafilaxia-1

Destino:

1. Unidad de ictus-47
2. Observación y alta-39
3. UCI-5
4. Cardiología-5
5. Cateterismo/UCI-5
6. Mutua-4
7. Hospital referencia-4
8. Ingreso: cardiología 5, neurología 4, trauma 2, digestivo 2, corta estancia 2, medicina interna 1, oncología 1, neurocirugía 1, alergología 1, cirugía cardiovascular 1
9. Éxitus-2

Recursos humanos:

1. Médicos-2
2. DUE-media 1,75
3. TCAE-media 1,77
4. Celador-1

Conclusiones

- Los pacientes críticos de nuestro SUH consultan mayoritariamente por patología neurológica (ictus) y cardiológica (IAMCEST, CVE). Politrauma grave va directamente a UCI
- Al ser hospital de referencia para códigos extrahospitalarios (ictus e infarto), neurocirugía y cirugía cardiovascular, se cumplen las recomendaciones de tiempo, observación posterior en unidades específicas y procedimientos inmediatos realizados
- SUH cumple con estándares de calidad para atender a estos pacientes, pues cuenta con los recursos humanos precisos, un box con dotación comprobada a diario y profesionales que conocen sus funciones y los protocolos intrahospitalarios
- Se logra una importante seguridad del paciente con los registros implantados y comprobados.

EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL AREA 2 DEL SMS SOBRE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CON GOOGLE FORMS

ALFONSO PIÑANA LÓPEZ¹; MARIA CONCEPCIÓN ALONSO GARCIA¹; JOSÉ LÓPEZ GONZALE²; ISABEL MERCEDES PÉREZ CARRIÓN¹; FUENSANTA AGÜERA MENGUAL¹; ROSA JIMENEZ CONTRERAS¹

¹CENTRO DE SALUD DOCENTE CARTAGENA OESTE. ²CENTRO DE SALUD DOCENTE CARTAGENA ESTE// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17259

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La dirección de la gerencia de Area 2 del Servicio Murciano de Salud considera imprescindible que los profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud del área tengan un conocimiento adecuado y actualizado de los acuerdos de gestión 2023-24, que son el marco de referencia para la planificación, el seguimiento y la evaluación de la actividad asistencial en el área.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El conocimiento y el compromiso de los profesionales con los acuerdos de gestión son fundamentales para garantizar una atención sanitaria de calidad y orientada a la mejora continua.

Para lograr el objetivo propuesto, se ha diseñado una metodología consistente en un cuestionario online mediante la herramienta Google Formularios, que se distribuirá a los profesionales sanitarios de atención primaria del área a través de los coordinadores de cada centro de salud. El cuestionario tiene como finalidad comprobar el nivel de conocimiento y comprensión de los profesionales sobre los contenidos y las implicaciones de los acuerdos de gestión, así como recoger sus opiniones y sugerencias al respecto. El cuestionario consta de 10 preguntas, que abarcan desde aspectos generales hasta aspectos específicos de cada ámbito asistencial. Se espera que los profesionales respondan al cuestionario en un plazo máximo de 90 días desde su recepción. Los resultados obtenidos se analizarán y se elaborará un informe que se compartirá con los participantes, así como con la dirección de la gerencia, para identificar las fortalezas y las áreas de mejora en relación con los acuerdos de gestión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los 43 profesionales que respondieron al cuestionario, el 41,9% (18) pertenecían al centro de salud Cartagena Oeste, el 16,3% (7) al centro de salud Puerto de Mazarrón y el 30,2% (13) al centro de salud La Manga. Todos ellos afirmaron haber leído los objetivos de los acuerdos de gestión.

Conclusiones

La utilización de formularios de Google ha demostrado ser una herramienta adecuada para verificar el nivel de conocimiento e interés de los profesionales sanitarios sobre la información proporcionada por la gerencia en relación con los acuerdos de gestión. Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los profesionales han leído y comprendido los objetivos de los acuerdos de gestión, y que tienen una actitud positiva y comprometida con los mismos. Sin embargo, también se han detectado algunas áreas de mejora, como la necesidad de reforzar la comunicación y la participación de los profesionales en el proceso de elaboración, seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión, así como de proporcionarles más formación y apoyo para su cumplimiento. Se recomienda realizar un seguimiento periódico del grado de conocimiento y satisfacción de los profesionales con los acuerdos de gestión, así como establecer mecanismos de retroalimentación y reconocimiento que estimulen su implicación y motivación.

CRITERIO EVALUADOR DE ENFERMERÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN CONTINGENCIA COMUN (ITCC) EN MC MUTUAL

MARTA GUILA MERCADER; AMALIA VALVERDE RUTE; MARIA MERCEDES REDONDO HERNANDEZ; ELSA EROLES PEREZ; XAVIER FARRUS ESTEBAN

MC MUTUAL// CATALUÑA

ID: 17523

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

Entendemos como medicina evaluadora, aquella que determina las limitaciones funcionales de la enfermedad y su repercusión en el desarrollo de una vida plena.

Las enfermeras que inician la gestión de los procesos de ITCC en MC MUTUAL, han recibido formación para evaluar si las limitaciones funcionales que presenta un trabajador, le incapacitan o no, para hacer su trabajo, y realizar actuaciones encaminadas a ajustar la duración de los procesos de baja.

Alguna de estas actuaciones es la propuesta para gestión del alta. El encargado final de realizar esta gestión del alta, es el médico de contingencias comunes (CC), que tras la visita presencial, valora dicha gestión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar qué porcentaje de propuestas de gestión de alta planificado por el colectivo de enfermería, concuerda con el criterio médico a la hora de acabar realizando dicho trámite, con el fin de determinar si esta actividad de enfermería, es efectiva en la gestión de los procesos de ITCC.

Metodología

Se observan los indicadores de evolución de las gestiones de alta en MC MUTUAL comparando las planificadas por enfermería y las finalmente realizadas por el médico.

Se analizan las propuestas de alta planificadas por enfermería gestora de CC de MC MUTUAL durante el año 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En estos resultados, se valoran concordantes las gestiones de alta planificadas por enfermería que el médico ha acabado realizando y las planificadas por enfermería que se han cancelado por alta previa a la visita presencial. Se valoran como discordante, las gestiones de alta planificadas por enfermería y canceladas por criterio médico.

De las 28.781 propuestas de alta planificadas por enfermería gestora de CC, se detectó una diferencia de criterio del 27% con el médico supervisor en la visita presencial. Esto demuestra que un 72,7% de las propuestas planificadas por enfermería se realizan con un criterio evaluador concordante.

Conclusiones

Se demuestra que los protocolos evaluadores de la enfermería gestora de ITCC en MC MUTUAL son un soporte útil en las gestiones de alta de los procesos de ITCC, ya que el criterio con el que planifican dichas actuaciones concuerda en un porcentaje muy elevado, con el de los supervisores médicos.

LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE COSTES SANITARIOS

MARÍA JULIA RUBIO NAVARRO; FRANCISCO JOSÉ ALCÁNTARA ZAPATA; ÁNGELES SELLÉS NOHALES; MARÍA TERESA GRACIA LÓPEZ; ESTER EGEA MILLÁN; MÁXIMO AGUERA ROS

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17621

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sistemas de información para la gestión de la calidad

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de optimizar recursos humanos y materiales hace preciso que los Sistemas de Información de un complejo hospitalario transformen el flujo de datos en información fácilmente analizable y que permita la mejora de la calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es disponer de un sistema que permita llevar a cabo un seguimiento y control del gasto, con la posibilidad de poder evaluar los diferentes parámetros que influyen en los costes, y que pueda servir de apoyo para el seguimiento de gasto, tanto a nivel global como por Centros de Coste, Clases de Coste y/o Material, pudiendo enfrentarlo a datos de actividad asistencial.

Para ello, a partir de descargas mensuales de BW, de PIN y de DWH, se alimenta un archivo Excel que abarca toda la información a través de vínculos y con el que se obtiene una visión dinámica que se acopla a la necesidad de análisis del momento, pudiendo seleccionar indistintamente las diferentes clases de coste en las que se produce una variación llamativa con respecto al mismo periodo de estudio del año anterior. Esta selección hará que se enumeren los principales CeCos y materiales con mayor incremento de gasto en la clase de coste seleccionada y, a partir de aquí, se podrá además analizar si la variación en la actividad asistencial justifica dicho incremento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mensualmente se confecciona un cuadro de mando dinámico que se envía al equipo encargado del análisis de gasto.

El modelo implantado ha sido útil para obtener de forma rápida una visión global de los costes, permitiendo aumentar la eficiencia al detectar y evaluar las posibles desviaciones para la adopción de medidas correctoras y la mejora de la calidad.

GRUPO FOCAL HERRAMIENTA PARA ANALIZAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

ANA CASTAÑO CANTOS; SARA ESTÉBANEZ ALDONZA; ELISABETH GONZÁLEZ DEL PORTILLO; RAÚL NOVOA PÉREZ; ROSA MARÍA MORERA LÓPEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15316

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Oncología Radioterápica de nuestro centro ha priorizado el conocimiento de la satisfacción de los pacientes dentro de las partes interesadas. Desde 2017 hemos realizado una encuesta que nos ha aportado una valoración cuantitativa y cualitativa, observando en el evolutivo de cinco años una mejora de la valoración global. En 2022 hemos querido dar un paso más y decidimos incorporar la experiencia del paciente como herramienta para optimizar la calidad del tratamiento radioterápico utilizando una herramienta de análisis cualitativo: Grupo Focal.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar la experiencia del paciente mediante la realización de un Grupo Focal para abordar no sólo su satisfacción sino analizar también sus necesidades y expectativas, y poder incorporarlas al sistema de gestión.

Metodología

El Grupo Focal se realizó en noviembre de 2022, se convocó a 10 pacientes, hombres y mujeres, con edad comprendida entre 30 y 91 años y con patologías tumorales diferentes: cáncer de mama, pulmón, de páncreas, de cérvix, de próstata y de cabeza y cuello. Todos habían recibido tratamiento con radioterapia externa y algunos de ellos también braquiterapia. Creímos adecuado convocar a pacientes que recibieron ambas técnicas de nuestra especialidad dado que la experiencia y necesidades pueden ser diferentes. En este grupo había pacientes con tratamiento de quimioterapia neoadyuvante o concurrente a la radioterapia. Se convocaron vía telefónica y la reunión se llevó a cabo en una sala del hospital, fuera de las estancias de nuestro Servicio. Se estableció un guión basado en el paso del paciente por el servicio (Journey Map) y en los ítems tratados en los procesos consultivos anteriores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tras el intenso y enriquecedor debate, y el posterior análisis de las distintas aportaciones se han ratificado aspectos y situaciones que ya se habían evidenciado y recogido en las consultas de satisfacción anteriores en aspectos relacionados con la habitabilidad y la intimidad. Se han detectado necesidades como la disminución de los tiempos de inicio de tratamiento o evitar que los aceleradores realicen el mantenimiento en días laborables, ambas ya están incorporadas al sistema. Además, gracias a este proceso se han incorporado dos nuevas expectativas a la matriz de necesidades y expectativas: A evitar presencia innecesaria de profesionales en distintas áreas del servicio y B:mejorar la información del tratamiento de braquiterapia.

Conclusiones

Mejorar la experiencia de los pacientes requiere la participación activa de los mismos, realizar acciones de mejora innovadoras y cambiar nuestra práctica clínica habitual. Tras la realización de Grupo Focal nos planteamos como reto crear y validar un cuestionario PREM (medición de la experiencia reportada por el paciente) para analizar la experiencia del paciente; para ello se establece un objetivo y plan de acción específico. Se detectarán momentos "guau" o de asombro y momentos no empáticos, fortalezas y áreas de mejora que serán oportunidad de progreso.

VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN CONSULTA DE DEMANDA AGUDA DE AP

JESSICA GUINART DE LA CRUZ; YOLANDA VASCO RODRÍGUEZ; ROXANA ELENA CATALIN; PALOMA CAMOS GUIJOSA; M^a JOSÉ ÁLVAREZ DÍAZ; MARIOLA RUIZ MENENDEZ

TARRAGONA-1// CATALUÑA

ID: 15518

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cada vez se considera más relevante conocer la experiencia del paciente como dimensión a tener en cuenta en la calidad asistencial del proceso de atención. Tras realizar cambios organizativos en la atención no demorable de nuestro centro, incorporando la visita del día en las agendas, nos planteamos explorar uno de los aspectos más destacados según la bibliografía como es la información recibida al alta

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

1. Valorar la experiencia del paciente respecto a la información recibida en el acto asistencial de una consulta de demanda aguda del día.
2. Evaluar las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería/medicina en relación con el proceso de información a desarrollar en una consulta de gestión de la demanda aguda de enfermería.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal. La población diana son los usuarios que han sido visitados en citas del día en el centro de Atención Primaria durante los meses febrero-marzo-abril 2023. Selección de la muestra por muestreo no probabilístico accidental, de los pacientes visitados en consulta urgente. Se obtiene una N=45.

Variables estudio

Sociodemográficas: Edad, sexo.

Motivo de consulta: Molestias urinarias, Signos y síntomas respiratorios, Odinofagia.

Intervenciones Educación Sanitaria (establecidas según el protocolo realizado por motivo de consulta): Control de síntomas, Medicación, Prevención Complicaciones.

Puntuación PREMs PEE-15

Procedimiento

Se realiza consulta telefónica para pedir consentimiento informado y obtener las respuestas a las preguntas 7-8 del cuestionario PREM PEE-15 validado donde se valoran los aspectos relacionados con la información.

Exploración datos con SPSS Statistics 25 realizando estadística descriptiva de las variables cuantitativas y análisis de asociación de las variables cualitativas para lo que se utilizó la prueba chi-cuadrado

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- Media Edad 45,87 años (DE: 16,4); Sexo: 53,3% masculino, 46,7% femenino.
- Motivo consulta: Síntomas urinarios 20%, Signos/Síntomas respiratorios 53,3%, Odinofagia 26,7%.
- Aspectos educación sanitaria: control síntomas 93,3%, medicación 80%, complicaciones 100%.
- Respecto a la información recibida el 91,7 %la considera adecuada mientras que el 8,3% la considera deficiente.
- La media de puntuación del cuestionario es de 9,08 DE:2,2. El 100% de los casos en los que no se ha propuesto la ed. sanitaria respecto al control de síntomas considera deficiente la información recibida. Esta asociación no es estadísticamente significativa.

Conclusiones

Aunque las intervenciones realizadas por los profesionales están sistematizadas en los protocolos, el impacto en la percepción del paciente en relación con la información recibida en la visita resulta positiva si se llevan a cabo de forma explícita. Quizás se debería reforzar las recomendaciones con soporte escrito o por e-consulta adaptado a cada motivo.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON COVID PERSISTENTE ATENDIDO POR LOS FISIOTERAPÉUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

PURI MAGÁN TAPIA; JOSÉ CALVO PANIAGUA; LIDIA EIRAS MANCEBO; ALEJANDRO SÁNCHEZ LÓPEZ; FANNY SERRANO GORDILLO; JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRÍGUEZ.

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17302

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el año 2021 se implantó el Proceso asistencial de atención a pacientes con COVID persistente en las Unidades de fisioterapia de Atención Primaria (AP). Consta de un programa de ejercicios terapéuticos para mejorar la salud y la calidad de vida del paciente con sintomatología leve.

La Gerencia de AP (GAP) con el objetivo de integrar la experiencia del paciente (ExP) en la evaluación y mejora de la asistencia sanitaria realizada en los centros de salud (CS) consideró prioritario conocer la experiencia del paciente con COVID persistente en este novedoso proceso de atención

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se diseñó una encuesta basándose: 1) en una búsqueda bibliográfica sobre estudios de ExP atendidos Servicio de rehabilitación; 2) en las dimensiones de ExP priorizadas en la GAP para ofrecer una buena asistencia al paciente durante este proceso: gestión del tiempo, calidad de la visita, respeto, información y educación, confort físico y apoyo emocional.

El cuestionario incluye 30 preguntas relacionadas con ExP, evaluadas como variables cualitativas discretas, el Net Promoter Score (NPS) y una pregunta abierta para explicar la puntuación del NPS. Se comprobó la comprensión de las preguntas y se cumplió el procedimiento de elaboración de encuestas a pacientes de la Consejería de Sanidad. El cuestionario autoadministrado y anónimo se entregaba en papel a los pacientes por los fisioterapeutas al finalizar todas las sesiones de tratamiento y se recogía en la zona administrativa del CS. La participación era voluntaria. El estudio comenzó el 1 de mayo del 2022 y ha durado 1 año

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han recibido 26 encuestas. El 65,4% de los pacientes que han respondido la encuesta eran mujeres, mediana de edad: 39,5 años y el 69,2% estaba activo laboralmente. El 34,6% indicó que estaba 'de acuerdo' en que obtuvo la cita con facilidad. La mayoría indicó estar 'muy de acuerdo' en la adecuación de las citas a sus necesidades y en el tiempo de espera hasta la primera cita con el fisioterapeuta. Les pareció 'muy adecuado' el confort de la sala de espera (38,8%) y de la consulta (50%) y el 82,4% consideró que 'siempre' habían sentido su intimidad respetada (había cortinas o sala para cambiarse). El 84,6% y el 88,5% indicaron que 'siempre' habían podido expresar sus preocupaciones al fisioterapeuta y que habían recibido respuestas claras ante sus dudas, respectivamente. Marcaron 'siempre' el 92,4% a haber hablado sobre los objetivos de su tratamiento con el fisioterapeuta y el 96,2% a haber recibido suficiente información. Los fisioterapeutas habían adaptado el tratamiento 'siempre' al estado de ánimo (80,8%) y al dolor (100%). La confianza en el fisioterapeuta era 'mucho' en el 84,6%, mediana de satisfacción 10 (6-10) y NPS: 88,5.

Los resultados de este año de estudio nos muestran que la experiencia de los pacientes con COVID persistente atendidos por los fisioterapeutas de AP es muy buena, pero tenemos que mejorar los espacios físicos y continuar el estudio para confirmar estos resultados tan positivos

NOS ACERCAMOS AL GEMBA DEL PACIENTE: "PATIENT GEMBA WALKS"

ALICIA DÍAZ REDONDO; ALEJANDRO RODRIGUEZ QUIRÓS; M^a DOLORES PUENTE GONZÁLEZ; M^a TERESA TÁVORA LÓPEZ; ANA GARZÓN SÁNCHEZ; PATRICIA FERNÁN PÉREZ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17452

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cualquier organización que busque la mejora continua, explora las necesidades y expectativas de sus clientes. En nuestro caso, llevamos años aplicando herramienta tipo encuestas, grupos focales, que nos han aportado conocimiento de nuestros pacientes y familiares. Pero es el lugar donde están siendo asistidos donde hay que ir para realmente aprender lo que más les importa

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Ir al lugar donde ocurren las cosas para conocer la realidad del proceso de atención hospitalaria desde el punto de vista del paciente y acompañantes.

Desde la Comisión de Calidad Percibida, se realiza una planificación anual de las visitas a realizar a pacientes hospitalizados por más de 48 horas en distintos servicios de nuestro centro.

El equipo de visita está formado por dos miembros de la comisión y un miembro del equipo directivo, nunca un miembro del servicio visitado para no coaccionar al paciente. El equipo realiza preguntas al paciente y familiar abiertas sobre aspectos relacionados con su experiencia con los profesionales, las instalaciones, la información, etc.

De cada visita se elabora un informe que se revisa en la comisión y se envía al servicio donde se realizaron las visitas y a la Dirección, para evaluar e implementar las medidas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2022 se realizaron 16 entrevistas a pacientes hospitalizados en Traumatología, Neumología, Cirugía General, Cardiología y Medicina Interna.

Con los informes de éstas y, después del análisis y priorización de la Comisión, según su relevancia y viabilidad, se propusieron acciones para mejorar la estancia de los pacientes durante la hospitalización: mejoras en señalización y cartelería informativa para pacientes y familiares; incremento de la calidad y la variedad de los menús, mantenimiento preventivo de las instalaciones, adecuar horario de utilización de la televisión, mejoras en la intimidad de algunas áreas de hospitalización, colocación de asideros y timbres de alarma en algunos baños para pacientes, adecuación de la información sobre algunas patologías y circuitos, normalización y unificación de la información de algunas áreas, etc.

Por otra parte, se han recogido varios agradecimientos a personas concretas y unidades asistenciales, así como el reconocimiento del buen trato ya amabilidad del personal, así como de su competencia profesional.

En conclusión: Cuando miembros del equipo directivo guiados por la Comisión de Calidad Percibida se acercan al paciente en el lugar donde ocurren las cosas, se obtiene una información muy rica sobre cómo estamos realizando las pequeñas y grandes cosas, y sobre lo que de verdad aporta valor al paciente.

En general, los pacientes se han sentido muy satisfechos con el trato y el tratamiento recibidos durante su estancia. Se han detectado mejoras sobre infraestructuras, cocina e información recibida, que se tratarán de mejorar, de manera que podamos evaluar el impacto en visitas sucesivas.

EL DATO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN. HASTA EL INFINITO Y MÁS ALLÁ

MARTA MACÍAS MAROTO; JUAN JOSÉ ARRANZ COBO; LETICIA VEGA REQUENA
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15412

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las encuestas a pacientes son una de las herramientas más utilizadas para conocer la satisfacción y están centradas en el resultado final del servicio. Las métricas no producen cambios de por sí, son la herramienta para producirlos. Pueden servir para mostrar que existe la necesidad de cambiar y más adelante si el cambio ha tenido un impacto. Hay que pasar de la medición a la mejora, es decir, a la toma de acción inteligente.

En nuestro centro se implantó un sistema digital de encuestas de satisfacción a pacientes liderado por la Unidad de Calidad. Se identificó la necesidad de diseñar un plan que optimizase los resultados obtenidos en la práctica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos fueron:

- Conocer la satisfacción y experiencia del paciente y sus familiares.
- Optimizar los resultados de las encuestas.

Se inicia en 2021 un proyecto de medición de la satisfacción a pacientes con encuestas digitales a través de terminales y SMS para 27 áreas y especialidades médicas.

En 2022 se crea una Red de Referentes de Calidad por servicio para el análisis de las encuestas. Se diseñó una cartelera para los terminales y salas de espera donde se reflejaban las mejoras derivadas de las encuestas para informar a los usuarios. Para mejorar la implicación y motivación de los profesionales mensualmente se enviaron certificados de reconocimiento a los nombrados positivamente en las encuestas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2022 se obtuvieron 49.535 encuestas, con una tasa de respuesta en función de los actos asistenciales del 24,2%. Se obtuvo una satisfacción global media del 83,77% y la experiencia del paciente medida con el Net Promoter Score fue de 44,7. Se recogieron 11.881 comentarios en texto libre, siendo el 41% positivos.

Los aspectos peor valorados fueron el tiempo de espera (urgencias, consultas externas y cirugía mayor ambulatoria), la comodidad y el confort (urgencias y hospitalización) y la facilidad para conseguir una cita (consultas externas). Los referentes de calidad tras el análisis de las encuestas identificaron 47 oportunidades de mejora, destacando un 64% en consultas externas y un 27% en hospitalización. Un 36% de las mejoras se concentraron en las listas de espera de citaciones y un 21% en los tiempos de espera. Las demás se distribuyeron en otros aspectos identificados cuyo abordaje fuera factible. Se enviaron felicitaciones individualizadas a 67 profesionales.

La implantación de un sistema de encuestas de satisfacción no puede limitarse a la recogida de datos sin acción. Es necesario implicar a todas las partes interesadas. El usuario debería conocer las mejoras realizadas gracias a su participación, y los profesionales tenemos que implicarnos en aquellos aspectos de mejora factibles que impactan en la satisfacción, si de verdad queremos conseguir una atención centrada en la persona. Esta experiencia parece demostrar la efectividad de implicar y reconocer a los profesionales en las mejoras locales de sus servicios, y a los pacientes con la devolución de la información.

DESARROLLO CUESTIONARIO ON LINE PROPIO PARA ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

CARMELO TAFALLA BORDONADA; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ; VÍCTOR MORENO CUERDA; MARÍA ROSARIO MANCHEÑO CARPINTERO; PATRICIA GARCÍA GALLARDO; RUBÉN DEL OSSA FRUTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17232

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Un paso fundamental para avanzar en la atención centrada en el paciente es recopilar y analizar la experiencia del paciente, para determinar dónde pueden implantarse acciones de mejora acordes con sus preferencias, necesidades y expectativas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudiar la satisfacción de los usuarios y conocer las oportunidades de mejora e implementar las acciones necesarias para garantizar el nivel de calidad que se ofrece en la unidad de hospitalización

Se creó un grupo de trabajo constituido por la Dirección del hospital, responsables del servicio de Medicina Interna (jefe de servicio y supervisor), representantes de la Calidad e Informática (SI).

El personal de enfermería entrega al alta del paciente una hoja informativa del cuestionario de satisfacción y les explica la importancia de responder para mejorar la calidad asistencial, el documento está incluido en la carpeta de alta y describe el modo de acceso al cuestionario a través de un código QR o URL. Si lo desean se les facilita una tablet para su cumplimentación antes de abandonar el hospital, manteniendo siempre el anonimato.

La encuesta es voluntaria y confidencial. El cuestionario es multirespuesta con escala de valoración de Likert 1 a 10. El formato es multidimensional que incluye información sobre: tiempos de atención, claridad de la información, accesibilidad del personal, trato, atención general, calidad del servicio e incluye preguntas abiertas ¿qué es lo que más les ha gustado y ¿en qué podemos mejorar?

El formato on line fue desarrollado por el SI en la plataforma forms office. Una vez cumplimentados son incluidos automáticamente en una base de datos y son tratados para realizar los análisis estadísticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó un pilotaje de febrero a abril (2023), en este periodo se produjeron 924 altas y se recibieron 89 respuestas (10%). El 72 % fueron cumplimentados por familiares, la edad media fue de 79 años y el 56% eran mujeres. Los ítems mejor valorados fueron el trato recibido por las enfermeras con una puntuación de 8,95, el trato recibido por las auxiliares de enfermería obtuvo 8,71, la atención general dada al familiar/acompañante 8,57 y el trato recibido por los médicos de 8,54.

Los ítems peor valorados fueron con 6,95 las instalaciones de la unidad (habitación, baño), la calidad de la comida 7,63 y el respeto al silencio por la noche durante su estancia y la limpieza de la habitación ambas con 7,80 puntos. En las preguntas abiertas 43 encuestados han contestado que lo que más les ha gustado ha sido el trato y la amabilidad y a la pregunta en qué podemos mejorar las respuestas más frecuentes han sido la adaptación de los baños a personas con movilidad reducida más habitaciones individuales. El índice de recomendación a sus amigos y familiares (NPS Net Promotor Score) fue del 34%.

La implantación de cuestionario on line ha agilizado la gestión de la evaluación de la satisfacción de los usuarios, con la posibilidad de tener resultados en tiempo real la realización de informes más dinámicos.

OPINIÓN, PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS DE PACIENTES ACERCA DE LA HIGIENE DE MANOS

ALEJANDRA DE JESÚS RODRIGUEZ ALVAREZ; MARIA DEL MAR DIEZ GALÁN; CARMEN MARTINEZ CASTILLO; SONIA CASTILLO CAMPOS; YAIZA GARCIA RAMÍREZ; NURIA MARTINEZ DUCE.

DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17256

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos (HM) se ha impulsado como una medida sencilla y eficaz para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y su cumplimiento por el personal sanitario (PS) es evaluada y promovida regularmente, por su importancia. Sin embargo, la participación de los pacientes suele ser dejada de lado. En los últimos años, se ha comenzado a potenciar el empoderamiento de los pacientes, fomentando la participación activa en su salud y seguridad. Por lo que estrategias que informen, valoren e impulsen la implicación del paciente en medidas como la HM asegurarán una mejora en la calidad asistencial y seguridad del entorno sanitario

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer la percepción, opinión y conocimientos de los pacientes atendidos en el hospital o consultas de atención especializada acerca de la importancia de la HM

Se elaboró una encuesta con 9 frases que valoraban diferentes aspectos de la HM: importancia percibida, información recibida durante su atención, percepción y observación del cumplimiento de HM por el PS, la frecuencia de uso, accesibilidad y satisfacción con el gel hidroalcohólico y, finalmente, la disposición del paciente de solicitar al PS que realice la HM antes de atenderle. Adicionalmente, se recolectaron datos relacionados con el sexo y grupo de edad de cada paciente. Las frases tenían una puntuación desde 1 a 10 puntos. Aquellas respuestas con valores entre 7-10 puntos se consideraron como "de acuerdo" con la frase escrita, aquellas con resultados entre 1-4 puntos se consideraron como "en desacuerdo" y el resto como neutral.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se encuestaron un total de 201 pacientes, tanto ingresados en planta de hospitalización (48%) como atendidos en consultas de atención especializada (52%). Más de la mitad de los pacientes pertenecían al grupo etario entre 40-65 años y el 68% eran mujeres. En general, los pacientes creen que las IRAS son un problema de salud importante y piensan que la HM es una medida sencilla y efectiva para prevenir dichas infecciones. Los pacientes consideran que el PS realiza normalmente la HM al atender a los pacientes y más de la mitad de ellos han visto al PS realizarla. Sin embargo, más del 55% de los pacientes no han recibido información por parte del PS acerca de la HM, pero refieren realizarla frecuentemente y encontrar agradable y accesible la solución hidroalcohólica durante su estancia en el entorno sanitario. Finalmente, más del 30% de los pacientes no estarían dispuestos a pedirle al PS que realizara HM antes de atenderle.

A pesar de que los pacientes consideran que la HM es una medida importante para la buena atención sanitaria y para prevenir infecciones, no estarían cómodos con pedirle de forma activa al PS que realizara la HM. Además, y como comentario adicional, mencionaron que de forma habitual, el PS utiliza guantes en su actividad asistencial.

PLAN DE MEJORA EN HOSPITALIZACIÓN BASADO EN LA MEDICIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES. UN MÉTODO MIXTO

EVA MARIA LOPEZ ARELLANO; ALICIA FALCON ESCUDERO; CAROLINA HERAS NICOLAS; MARÍA ELENA LLORENTE FERNÁNDEZ.
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO. LOGROÑO// LA RIOJA

ID: 17698

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Es necesario cambiar la perspectiva y considerar la experiencia del paciente como el tercer pilar de la calidad asistencial. Los Indicadores Informados por el Paciente (PREM) nos proporcionan información valiosa de cómo se percibe desde la perspectiva del paciente. Utilizar la triangulación combinando metodología cuantitativa y la cualitativa en la investigación, supone una forma de superar las limitaciones de cada una de ellas sumando fortalezas para entender los fenómenos de la manera más holística.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Identificar oportunidades de mejora en un hospital de tercer nivel, utilizando una herramienta digital de metodología mixta.

Metodología

Constitución de un equipo de trabajo que diseñó una encuesta digital autoadministrada utilizando una metodología mixta de triangulación de datos. Primera parte de la encuesta (CUANTITATIVA) compuesta por 16 preguntas tipo Likert y de opción múltiple. Áreas: Información recibida de los profesionales, Capacidad de los profesionales, Trato y amabilidad del personal, Dolor y tratamiento, comida, aspectos de la habitación, percepción de seguridad, satisfacción global. Segunda parte (CUALITATIVA) pregunta abierta (sugerencias de mejora). *Población diana*: pacientes hospitalizados que habían recibido el alta médica. Periodo de análisis: 22/02/2023 al 15/05/2023. La encuesta llegaba vía SMS a las 24 horas del alta. Análisis cuantitativo: SPSS v26 y la plataforma de resultados. Análisis cualitativo: análisis de contenido con categorización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tasa de participación del 78.9%. Servicio más representado: cirugía general (15.1%) y traumatología (13.5%). NPS global de Trato excelente por el personal sanitario 76.7% (IC 71.9%-81.1%). Un 67% de los pacientes se sintieron muy seguros. 485 sugerencias. Codificadas en 12 categorías. Las más relevantes: Recursos materiales/instalaciones (25.8%) falta de información (15.1%), comida (11.8%), trato inadecuado (8,6%), accesibilidad (2%). Líneas de mejora propuestas: • Línea 1: disminuir los factores disruptores del sueño. Adherencia al Proyecto Sueñon®. Pilotaje en tres Unidades de Hospitalización, implicando a 25 profesionales. Acciones de mejora en el ámbito del entorno y factores medioambientales • Línea 2: mejoras a nivel de hostelería. • Línea 3: mejora de información y el trato. Programa del "buen trato". • Línea 4. Aprobación del plan de accesibilidad.

Conclusiones

1. Alta participación de los usuarios.
2. La combinación de metodología mixta ha ofrecido un panorámica más completa y profunda de la experiencia del paciente.
3. NPS general de 64. Son necesarias mejoras para llegar a la excelencia (NPS > 70)
4. Identificación de PREM: trato y presentación de los profesionales, confianza en los profesionales, confort ambiental, junto con el análisis cualitativo de las sugerencias han permitido establecer oportunidades de mejora.
5. Limitaciones: brecha digital en personas más mayores, no disponer de registro de edad ni sexo para poder realizar un análisis más detallado.

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DEL SUEÑO Y FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS HOSPITALIZADOS

ALBERTO SALAS CAÑIZARES; MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ; SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ; CRISTINA PEDREÑO SÁNCHEZ; ANGIE MABEL ARAUZ ROMERO; LAURA PORRAS MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ// REGIÓN DE MURCIA.

ID: 14675

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La población española tiende a envejecer, estimándose que en 2050 el 30% de la población total corresponderá a personas mayores de 65 años. Esto conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar las principales características de los pacientes adultos mayores de 65 años relacionadas con su estado mental, nivel de dependencia, sueño y fragilidad.

Material y método

Se realizó un estudio cuantitativo observacional transversal en 39 pacientes ingresados en el Hospital Rafael Méndez de Lorca (HRM). Se evaluó el estado cognitivo, la capacidad para las actividades de la vida diaria, la calidad del sueño y la fragilidad. La dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se evaluó con el índice de Katz.

Para medir el grado de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se ha utilizado la escala de Lawton & Brody. El deterioro cognitivo (DC) se evaluó con el Mini Mental State Examination (MMSE). Para evaluar la Calidad del Sueño se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Con el fin de determinar la fragilidad física se utilizó la Batería Corta de Desempeño Físico (SPPB). Se solicitó autorización al Comité de Ética de Investigación del Área III de Salud, al que pertenece el HRM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El 62.5% de los participantes fueron hombres y el 37.5% mujeres. El rango de edad fue de entre 65 y 89 años, siendo la media de 77 años. El tiempo de hospitalización oscila de 1 a 30 días, con una estancia media de 6,41 días de hospitalización. Los resultados sobre DC muestran que el 25,6% de los pacientes tienen un estado mental normal o ausencia de DC, el 38,5% sospecha patológica, el 33,3% DC y el 2,6% demencia. Las ABVD se evaluaron mediante el índice de Katz, el 89,7% de los pacientes resultaron ser autónomos o tienen ausencia de incapacidad, ningún paciente mostró incapacidad moderada, mientras el 10,3% restante padece una incapacidad severa. Las AIVD muestran que el 51,3% de los participantes era independiente, el 30,8% mostraba dependencia ligera para alguna actividad, el 5,1% tenía dependencia moderada y el 12,8% era dependiente. Tras analizar el cuestionario PSQI, únicamente el 20,5% de los participantes gozaba de una calidad del sueño óptima, mientras que el 79,7% restante padecía de problemas relacionados con el sueño. Los resultados del SPPB muestran que un 34,6% de los pacientes era autónomo, un 23,1% era pre-frágil, un 15,4% era frágil y un 26,9% estaba clasificado como discapacitado.

Conclusiones

La hospitalización puede producir trastornos o dificultades tanto en el sueño, como en la orientación y condición física. No existe evidencia clara de que una mala calidad del sueño sea la causa de la fragilidad, pero es una hipótesis interesante para estudiar en investigaciones futuras, además de fomentar estrategias en los hospitales para cuidar el descanso de los pacientes y conseguir una buena calidad del sueño de los mismos.

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA POST-CUIDADOS INTENSIVOS: UN PASO MÁS EN LA HUMANIZACIÓN DE LA UCI

ANA RUIZ RODRIGUEZ; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA; LAURA LOPEZ GOMEZ; ÁUREA HIGÓN CAÑIGRAL; ELENA CARRASCO GONZÁLEZ; PILAR TORNERO YEPEZ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15243

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El síndrome post-cuidados intensivos es una entidad que consiste en un conjunto de síntomas físicos, cognitivos y mentales de nueva aparición, o empeoramiento de otros ya existentes, provocados tras el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En los pacientes ingresados por neumonía grave SARS-COV2 se incluye la valoración de los síntomas respiratorios al alta. La presencia de este síndrome, en cualquiera de sus esferas, conlleva un deterioro de la calidad de vida tras el alta hospitalaria, lo que empeora el pronóstico a largo plazo del paciente. Dentro del plan de humanización de los cuidados intensivos, se incluye el intento de prevenir, diagnosticar y reducir este síndrome mediante la puesta en marcha de proyectos de seguimiento al alta que faciliten la continuidad asistencial del proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A los pacientes supervivientes de neumonía COVID19 ingresados en UCI, que son dados de alta a domicilio, se les ofrece continuidad de los cuidados mediante una consulta formada por neumología y UCI. En dicha consulta, mediante exploración física y cuestionarios y escalas validadas, se estudian parámetros respiratorios (espirometría), emocionales (HAD y TEPT), físicos (Barthel) y cognitivos (MOCA), que analizan el riesgo de la aparición de síndrome post-cuidados intensivos (PICS).

Según los hallazgos de los resultados de la consulta, aquellos pacientes que precisan alguna intervención, son derivados a la consulta de los especialistas correspondientes, se prescribe la medicación que precisen, y se envía un informe detallado para su médico de atención primaria.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo. Se analizan los casos de pacientes supervivientes de neumonía COVID19 ingresados en UCI, que acuden a las consultas post-cuidados intensivos entre el 19/05/2022 y el 22/12/2022. Los resultados se expresan como media +/- DE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizan un total de 301 pacientes: La media de edad fue de 57,6 +/-12,3 años, mayoría de varones (212, 70,4%). En 188 pacientes (62,5%) se objetiva presencia de síndrome post-cuidados intensivos (PICS), predominando la esfera respiratoria (45,5%), seguido de la esfera física (35,5%), emocional (25,2%) y cognitiva (11,6%). Se realizan un total de 85 derivaciones a neumología (45%), 42 derivaciones a rehabilitación (14%) y 33 derivaciones a psiquiatría (11%).

Conclusiones

La puesta en marcha de una consulta post-cuidados intensivos permite una continuidad de los cuidados iniciados tras el ingreso en UCI, y un diagnóstico precoz del síndrome post-cuidados intensivos, que según nuestra serie, es muy frecuente en nuestra población, por lo que es importante una adecuada detección y seguimiento para poder realizar un abordaje multidisciplinar precoz.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE A PIE DE CAMA Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS LÍDERES

MARTA MACÍAS MAROTO; TERESA HERAS GOMBAO; LETICIA VEGA REQUENA; CRISTINA RAMOS PEREZ; ISABEL ARRABÉ YUSTE; LAURA MATAMALA GARCIA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15411

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La escucha activa es una de las herramientas más potentes de humanización de la asistencia, la cual debería impregnar todo el sistema implicando a las partes interesadas.

El Comité de Humanización del Hospital detectó la necesidad de conocer de primera mano la experiencia del paciente y su familia con la atención sanitaria. Para ello, se exploraron qué herramientas de calidad percibida podían adaptarse, las cuales, integraran a los líderes de la organización en el proyecto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos fueron:

- Conocer la experiencia del paciente y sus familiares.
- Implicar al equipo directivo en la toma de decisiones.
- Mejorar el impacto de la información de experiencia del paciente en su traslado real a la práctica.

El Comité de Humanización fue el motor de este proyecto de experiencia del paciente y para ello se realizó una búsqueda bibliográfica, un análisis de contexto y un brainstorming para identificar ideas. De esta forma se diseñó un procedimiento basado en "Visitas" planificadas y estructuradas a pacientes de distintas áreas del hospital con la participación de un miembro del equipo directivo y dos miembros del Comité de Humanización, el cual se inició en 2018. La visita contaba con un guión centrado en los aspectos de instalaciones/hostelería, experiencia con la enfermedad y con los profesionales. Al finalizar se identificaban los aspectos de mejora con responsables y plazos para su abordaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implantación del Proyecto hasta la fecha actual los resultados han sido:

- Nº visitas realizadas: 15, en 8 unidades de hospitalización. Se entrevistaron a 47 pacientes y participaron 43 profesionales, del Comité de Humanización y de la Dirección.
- Nº de oportunidades de mejora: se detectaron 76 oportunidades de mejora de las cuales se priorizaron el 76,1%. Se categorizaron en tres áreas: instalaciones y hostelería (62%), experiencia de la enfermedad (20%) y experiencia con los profesionales (18%).
- Impacto de las visitas: se han implantado el 79,6% de las acciones priorizadas tras la detección de oportunidades de mejora, y un 20,4% de acciones de las priorizadas se realizaron en el momento posterior al cierre de la visita.

Destacar la valoración positiva de los profesionales de las unidades donde se realizaron las visitas y su interés, que era reconocido con un certificado.

La principal aportación es la difusión de una herramienta efectiva de escucha directa a pacientes y familiares, para conocer de primera mano sus necesidades y expectativas, algunas de ellas invisibles a la organización, y con una gran trascendencia para mejorar la calidad asistencial. Su uso puede generalizarse a cualquier ámbito. Para asegurar el éxito del proyecto es fundamental el seguimiento de las acciones propuestas y comunicar los resultados.

Como retos para que este proyecto siga creciendo, se va a ampliar su aplicación a otras áreas y se va a triangular la información obtenida con el sistema propio de encuestas a pacientes.

¿DÓNDE FALLECEN NUESTROS CIUDADANOS? ¿EN EL HOSPITAL O EN SU CASA?

RICARDO DE DIOS DEL VALLE¹; COVADONGA NORIEGA LÓPEZ¹; MARÍA ISABEL ROCHA ADRIÁN¹; MARÍA MANIEGA CAÑIBANO¹; ROBERTO FERRERO OHSE²; MARIA EUGENIA LLANEZA VELASCO³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN. ²GERENCIA ÁREA SANITARIA III³HUCA// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15435

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria, diferente a las comisiones clínicas de mortalidad de los hospitales. Entre las funciones de la misma se encuentra "conocer el proceso de morir en el área de Salud". La comisión del área sanitaria fue constituida el 4/04/2022. Entre los primeros pasos y gracias al Observatorio de Muere Digna, así como al Registro de Mortalidad de Asturias iniciaron el trabajo reflexionando sobre el lugar donde fallecen los pacientes del área y características asociadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Analizar el lugar de fallecimiento de los ciudadanos del área en los últimos cinco años, evolución en el tiempo, características asociadas y comparación con el resto de áreas sanitarias de nuestra comunidad autónoma.

Métodos

Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: Asturias. Población: pacientes fallecidos. Período: 2018-2022. Variables: Variables: Lugar defunción (hospital, domicilio, sociosanitario, trabajo, otro), edad (00-44, 45-64, 65-74, 75,84, 85-94, +95), sexo, área sanitaria. Fuente: Sección de Información Sanitaria (INFORSAN). Registro de Mortalidad de Asturias. DG Salud Pública.

Análisis estadístico: Distribución porcentual de frecuencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

N=65937 entre 2018-2022 en Asturias. En el área fueron 9160 (13,9%), por grupo de edad 9,16% +95 años, 41,8% de 85-94, 24,6% 75-84 años, 12,5% de 65-74, 10,7% de 45-64 y 1,32% de 0 a 44 años. El 27,93% fallecieron en domicilio,

54,8% en hospital y 11,7% en centro sociosanitario. La distribución del 2018 al 2022 se mantiene estable: domicilio 27,1% vs 27,5, hospital 53,5 vs 55,3, c. sociosanitario 12,2 vs 11,7. Por grupos de edad crece el grupo de +95 (8,23% en 2018 vs 10,9 2022) y de 85-94 (40,9 vs 41,9). Fallecidos en domicilio: 42,2 en a1; 42,2 en a2; 35,6 en a6; 26,3 en a8; 26,2 en a4; 25,5 en a7 y 23,5 en a5.

Conclusiones

El número de fallecidos se mantiene estable en los 5 años. En el área creció el porcentaje de fallecidos en los grupos de mayor edad (+95 y 85-94) del 2018 al 2022. En el área la mayor parte fallecieron en el hospital, seguidos por domicilio y centro sociosanitario. La distribución se mantiene estable durante el período de estudio. Comparando el lugar de fallecimiento en las diferentes áreas podemos observar un mayor peso en el domicilio en las áreas rurales, alcanzando un 42,15% en el área 2 frente al 23,5% en el a5. Estas diferencias podrían deberse a diferencias culturales y/o accesibilidad de los centros hospitalarios y centros sociosanitarios.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LAS ALTAS VOLUNTARIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

CLAUDIO CONTESSOTTO SPADETTO; JAIME DANILO CALLE BARRETO; JOSÉ ANTONIO SUBIELA GARCÍA; MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ ANTÓN; MARÍA DE LAS MERCEDES PÉREZ GARCÍA; JOSÉ ÁNGEL CABELLO GARCÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA.

ID: 16827

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El alta voluntaria es el abandono de un servicio hospitalario por parte de un paciente competente e informado que no acepta el tratamiento prescrito. Es un derecho que se contempla en el artículo 21 de la Ley 41/2002, que debe ser respetado en los pacientes competentes tras una información adecuada y debe cumplir unos requisitos normativos bien establecidos.

Sin embargo, debido a un conjunto de factores estrictamente imbricados (consideración de indicador negativo de calidad, riesgo de implicaciones legales, residuos culturales de paternalismo médico, características peculiares de una porción significativa de los usuarios de este recurso, etc.), el abordaje de un alta voluntaria es muy variable de un profesional a otro y de un Servicio a otro, por lo que la gestión del procedimiento es inadecuada en muchos casos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el presente estudio hemos pretendido conocer la incidencia de alta hospitalaria voluntaria en las diferentes especialidades del hospital, analizar las principales características de los pacientes que deciden irse voluntariamente de alta, y comprobar el grado de cumplimentación de la documentación clínica relativa a esta circunstancia (solicitud de alta voluntaria, informe de alta, anotación en HCE, registro en CMBD, etc.).

El objetivo principal es aportar la información necesaria para diseñar medidas dirigidas a mejorar la calidad de este procedimiento, tanto del punto de vista documental como humano.

Es un estudio transversal y descriptivo del universo de HCE de pacientes con alta hospitalaria con código CMBD "voluntaria" en los años 2018 a 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han revisado 475 episodios de hospitalización cerrados como "alta voluntaria" en el periodo de estudio. De estos, 159 resultaron ser errores de registro y 18 fugas, por lo que las altas voluntarias reales fueron 298. El 60.1% de los pacientes fueron nacionales y el 39.9% extranjeros, con una elevada prevalencia de psicopatología y adicción a drogas y/o alcohol (15.6%) en ambas subpoblaciones.

La solicitud de alta voluntaria constaba en la HCE y estaba adecuadamente redactada sólo en el 22.2% de los casos. A más del 20% de pacientes no se le entregó el prescriptivo informe de alta.

Debido a una justificación médica claramente inadecuada del alta voluntaria, la información recogida en 24 pacientes será trasladada al Comité de Bioética para que la analice y elabore unas recomendaciones sobre los aspectos de su competencia, que serán difundidas en una sesión general de Área.

Se está elaborando un "Protocolo de actuación ante un alta voluntaria o fuga de un paciente de una Unidad de hospitalización", que será divulgado en sesión general y puesto a disposición de los clínicos en la web del hospital.

Se van a implantar mecanismos para prevenir los fallos de clasificación del tipo de alta en la HCH, que a su vez condicionarla asignación errónea del código en el CMBD.

La Unidad de Calidad monitorizará el impacto de estas medidas correctoras.

HUMANIZANDO LA GESTIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES CON TEA Y OTROS DEFICITS SENSORIALES

LOURDES SAINZ DE LOS TERREROS SOLER; PALOMA SANTOS ÁLVAREZ; JOSEPA GATELL GUTIERREZ; ANAHI GONZÁLEZ BERGAZ; CLARA MARÍA OTERO FERNÁNDEZ; BEATRIZ ISIDORO FERNÁNDEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17027

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de discapacidades del desarrollo que afectan el comportamiento, la comunicación y las destrezas sociales de quienes los padecen. Las personas con TEA presentan de forma asociada otros problemas de salud que requieren de una atención sanitaria. Las dificultades para expresar y percibir el malestar propias de las personas con TEA, así como, los problemas para comunicarse con el personal sanitario durante su proceso asistencial pueden contribuir a incidentes relacionados con la seguridad del paciente como retrasos en el diagnóstico, lesiones, ansiedad, y/o agresividad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar un proceso de gestión y atención a pacientes con TEA que facilite la asistencia, mejore la comunicación y reduzca la ansiedad de los pacientes con TEA que acuden al hospital.

El proyecto se inicia con el diseño conjunto entre ARASSAAC, SuresTEA y el hospital de pictogramas y otras herramientas de comunicación "paneles visuales" para pacientes con TEA. Una vez están disponibles los pictogramas los espacios asistenciales se organizan favoreciendo la comunicación visual, y disminuyendo la carga de comunicación verbal. Así mismo, las consultas se distribuyen en "rincones", de acuerdo con la acción que en ellos se realiza, y siempre todo señalizado con pictogramas. También se solicitó la compra de material específico para las exploraciones oftalmológicas en pacientes con TEA. Por otra, parte, se ha establecido un canal de comunicación electrónico específico para los pacientes TEA para que los padres puedan informar de la visita al centro con anterioridad, con la finalidad de: adaptar las citas al momento más adecuado, favorecer la multicita, reducir tiempos de espera, y proporcionar indicaciones e información que pueda reducir la ansiedad antes de la visita, entre las que se incluye el envío de fotos de los profesionales que les van atender. Todo el proceso ha ido acompañado de un plan de formación para profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La primera versión de pictogramas aborda el catálogo de técnicas más frecuentes que se pueden realizar con un paciente, así como la interacción para la identificación del dolor. Actualmente, se dispone de más de 81 láminas, que se han distribuido en las consultas de pediatría, oftalmología, neurología, alergia, ORL, y extracciones. Así mismo, estos espacios han sido reorganizados para adaptarse a las necesidades del paciente con TEA. Todo ello ha ido acompañado de un plan de formación, que por el momento ha incluido a más de 60 profesionales de enfermería de consultas externas (CCCE), y en el que actualmente se están formando los facultativos.

La colaboración con SuresTEA ha supuesto una oportunidad para mejorar la comunicación con los pacientes con TEA y fomentar su participación en el proceso asistencial mejorando así su seguridad.

ENTRENAMIENTO SANITARIO: PRACTIQUEMOS COMUNICACION

NURIA MARTÍNEZ DUCE; SONIA BERENGUER CERDÁ; EVA VIVES SÁNCHEZ; MARIA JOSE LÓPEZ DEVESA; MARIA ISABEL NIÑOLES GONZALEZ; ALEJANDRA DE JESÚS RODRIGUEZ ALVAREZ

HOSPITAL GENERAL DE ELCHE// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17115

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el mundo sanitario la comunicación profesional paciente es la herramienta fundamental para potenciar la autonomía del mismo y es nuestra mejor herramienta de seguridad en todos los procesos que desarrollamos en nuestra actividad asistencial cotidiana.

No obstante, la sociedad en la que vivimos y la tecnología que la acompaña, dificulta cada vez más la comunicación entre las personas y ello se ve reflejado de manera especial, en las nuevas promociones de profesionales de salud, que se incorporan sin entrenamiento y aún no han integrado que información no es lo mismo que comunicación

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos de nuestro proyecto son:

- Concienciar a los profesionales de la importancia de la comunicación efectiva y de la empatía en las relaciones con pacientes.
- Enseñar herramientas básicas de comunicación, a través de un formato dinámico, con diferentes tipos de pacientes y escenarios.

Para ello hemos desarrollado un taller a modo de entrenamiento sanitario. El taller se inicia con un enfrentamiento entre las dos ponentes con el fin de llamar la atención sobre las relaciones y la comunicación.

Durante los 30 minutos que dura el mismo, se exponen diferentes escenarios (agrupados en tres grupos de pacientes) que podemos encontrar en nuestra cotidianidad y se enseña la importancia de la actitud como parte esencial del aprendizaje para alcanzar una comunicación efectiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2019 el taller se impartió por primera vez, y a modo de prueba, en el módulo de competencias transversales de los nuevos profesionales en formación: MIR, EIR, FIR, etc.

Desde entonces, y dada la buena acogida por parte de los profesionales, se ha incorporado de manera definitiva y de forma anual en dicha formación.

Nuestro propósito en un futuro próximo es ampliarlo y crear un laboratorio de simulación en comunicación.

NUEVAS HERRAMIENTAS DIGITALES EN SALUD: MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL Y HUMANA

RAFAEL MARTOS MARTINEZ¹; LAURA BERMEJO MARTÍNEZ²; MARIA YUSTE PLATERO¹; ELENA GONZÁLEZ ARIAS¹; BEATRIZ VILLA GONZÁLEZ¹; LAURA ALFARO CADENAS¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA. ²HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 13326

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de cualquier servicio médico debe ser gestionar adecuadamente los recursos para lograr la mejor atención posible a los pacientes, entendiendo como mejor atención aquella que genera los mejores resultados en salud, satisfaciendo sus necesidades en el menor plazo posible y de la forma más humana y eficiente.

El empleo de herramientas digitales, diálogo web (DW) o formularios seguimiento, calidad de vida (CdV) y experiencia del paciente (PROMS/PREMS), facilitan una comunicación médico-paciente-familia en tiempo real, con seguimiento clínico más cercano, que a la larga pueda derivar en mejores tasas de curación y supervivencia

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar uso DW para dudas de medicación, complicaciones y necesidad consultas no programadas Analizar porcentaje de consultas urgentes y no programadas evitadas

Valorar satisfacción de pacientes en CdV y experiencia mediante formularios PROMS/PREMS

Metodología

El portal del paciente es un espacio personal donde el paciente dispone de toda la información clínica y desde donde establece comunicación con el médico mediante envío de formularios y DW de forma bidireccional

DW es la herramienta digital que facilita el contacto y permite resolver dudas de tratamiento, consulta o urgencia.

La satisfacción se valora con envío de formularios PREMS analizando datos de CdV y experiencia (trayectoria asistencial, relación médico-paciente) y cuestionarios PROMs donde se analiza seguimiento médico y tratamiento

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Incluidos 126 pacientes. 93 tenían alta en portal y DW activado, al resto se les facilito alcanzando 100% usuarios registrados.

Formulados 331 DW. 100% respondidos (79% en<8h)

Análisis DW y optimización recursos sanitarios: evitadas 46 consultas urgentes, 60 desplazamientos hospital, 28 consultas sin cita y 48 dudas de medicación. 21 DW corresponden a procesos que requirieron atención prioritaria. El resto fueron problemas menores o administrativos.

Calidad de vida y experiencia: reflejados en valoraciones PREMS/PROMS (>50% formularios respondidos)

Con la experiencia aportada por los pacientes (PREMs) humanizamos la atención al dar información clínica más detallada y mejorar el entorno familiar y social del paciente.

Con la evaluación del seguimiento clínico (PROMs), establecimos medidas más eficientes en el seguimiento asistencial, al optimizar tiempos de espera, puestos de tratamiento, citas programadas y colocación de catéteres que evitaron punciones repetidas (no hacer/no dañar)

Conclusiones

El empleo de herramientas digitales favorece una medicina basada en el valor, donde damos voz a los pacientes, humanizando la asistencia y evitando practicas innecesarias. Esta nueva forma de comunicación, más eficiente, humana y personalizada, permite satisfacer las necesidades de los pacientes en poco tiempo, donde las complicaciones derivadas del proceso asistencial no se ven hipotecadas a una visita presencial, obteniendo excelentes resultados en reducción de visitas urgentes, problemas tratamiento y mejor control de la enfermedad.

INCORPORANDO LA VOZ DE LOS USUARIOS EN SANIDAD: GUÍA DE APOYO METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN DE GRUPOS FOCALES

LAURA COLLADA FERNÁNDEZ¹; ENCARNACIÓN AÑO CONSUEGRA²; ALEJANDRO MARTÍNEZ ARCE²; JUAN CARLOS MAYORAL CARRIAZO²; ISABEL SÁNCHEZ ENANO²; ALBERTO JARA SÁNCHEZ²

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL, ²GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CIUDAD REAL//CASTILLA-LA MANCHA

ID: 14535

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La calidad científico-técnica junto a la calidad percibida nos ayuda a desarrollar iniciativas para incluir una cultura transformacional dentro de las organizaciones. Debemos conocer e incluir la opinión de nuestros/as usuarios/as en los procesos, toma de decisiones, y mejora de la satisfacción. Con esta finalidad es necesario utilizar herramientas que nos aproximen a sus expectativas, para detectar aspectos que sugieren mejorables, y así implementar mejoras en la gestión.

El Grupo Focal (GF) como técnica de investigación cualitativa, nos ofrece el mejor enfoque metodológico para conocer la percepción, opiniones y el significado que le da el sujeto desde su propia experiencia al fenómeno, dentro de su contexto natural.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Crear una herramienta que defina y establezca la metodología general para diseñar y desarrollar GFs de pacientes y/o familiares.

Se realizó una revisión bibliográfica para adaptar la redacción al ámbito sanitario. Posteriormente se estructuró la guía en 4 apartados y 10 anexos para ayudar a planificar y estructurar el GF.

1. Diseño: Sobre la planificación, elección de la muestra, captación de participantes, y logística e infraestructura.
2. Desarrollo: Sobre la estructura que debe seguir un GF y las acciones que deben realizarse para conducirlo adecuadamente.
3. Análisis de resultados: Según rigurosidad del estudio, será diferente la transcripción y análisis de la información, y el informe final de resultados, con puntos fuertes y oportunidades de mejora.
4. Difusión de los resultados: Según el fin de nuestro GF (estudio de investigación o estudio de mejora en la organización).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con la elaboración de esta guía, pretendemos favorecer entre los profesionales sanitarios, el uso del GF como instrumento para mejorar la atención acorde a las necesidades de pacientes y familiares, y por otra, disponer de una herramienta práctica que nos guíe paso a paso en su desarrollo.

Muchos profesionales han elegido esta técnica cualitativa para obtener la información que necesitaban a la hora de co-crear o modificar aspectos relevantes de sus lugares de trabajo. Además, les ha ayudado a aproximarse a las necesidades y expectativas de los/as usuarios/as, e identificar áreas de mejora en los servicios que prestan.

El uso de técnicas cualitativas en el ámbito sanitario no es solo una recogida de datos. Es un modo de adentrarnos subjetivamente en las percepciones, experiencias y opiniones de nuestros usuarios. Nos acerca a su realidad, su significado, sus vivencias, para comprender y dar voz a las personas.

La profundidad de la información obtenida nos muestra resultados especialmente sensibles y válidos para evidenciar áreas de mejora sobre las cuales trabajar y que repercutan directamente en mejorar su experiencia. Además, su potencial humanizador tanto para el usuario como el profesional que la desarrolla, supone un poderoso valor añadido, brindando una oportunidad de formar parte de un proceso participativo, de implicación en el cambio, y de alto componente emocional.

DIÁLOGO WEB EN HEMATOLOGÍA: COMUNICACIÓN DIGITAL COMO HERRAMIENTA EN LA MEJORA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

LAURA BERMEJO MARTÍNEZ¹; PILAR BELTRÁN ÁLVAREZ¹; DANIEL NAYA ERREA¹; ALBERTO LÓPEZ GARCIA²; ADRIANA PASCUAL MARTÍNEZ¹; PILAR LLAMAS SILLERO²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. ² HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14994

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La comunicación médico-paciente es una de las bases de la medicina basada en el valor. La incorporación de nuevas tecnologías en este ámbito puede mejorar la calidad asistencial y establecer una atención más cercana y humana. El diálogo web (DW) o conversación digital, facilita una comunicación activa médico-paciente, mediante un flujo bidireccional de información, permitiendo atender las necesidades del paciente, resolviendo dudas y evitando desplazamientos innecesarios, mejorando la experiencia en el proceso de su enfermedad

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar e implantar un sistema de comunicación digital (telemático) entre el paciente y médico, en la actividad clínica de hematología.

Evaluar número de DW activos.

Análisis del uso del DW por parte del médico y paciente.

Evaluación del DW mediante encuestas de satisfacción dirigidas a los pacientes.

Metodología

El Hospital Universitario Infanta Elena dispone de historia clínica informatizada, lo que ha permitido implementar el DW, una herramienta digital que permite la comunicación médico-paciente de forma directa y en tiempo real.

Esta vía de comunicación iniciada por el médico es recibida por el paciente como un mensaje en su portal del paciente, siendo este un espacio personal al que puede acceder desde su móvil o pc.

Planteamos iniciar el DW en tres grupos de pacientes: alta de hospitalización, pacientes en tratamiento oncológico activo y pacientes con coagulopatías.

Tras implantación del proyecto, se elaboró una encuesta para pacientes, que evaluara el impacto del DW y grado de satisfacción percibido

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Activados 134 DW (noviembre/21 a Marzo/23): 54 en hospitalización, 18 en coagulopatías y 61 en pacientes en tratamiento quimioterápico.

El porcentaje de respuestas por los pacientes fue del 68% para preguntas o resolución de dudas. 100% de DW obtuvieron respuesta en <12 horas. Existe mejora en el entorno familiar y social, resolviendo 29 DW en pacientes >70 años, convirtiéndose en una alternativa eficiente para esta población.

Se constata con el DW una disminución del 60% de consultas no programadas y derivaciones a otros servicios médicos, con dudas resueltas de forma telemática.

Optimización del manejo intrahospitalario en pacientes con coagulopatía: valorados 15 DW que permitieron anticipación para programar terapias puentes, evitar consultas sucesivas y retrasos o suspensiones de cirugías.

Análisis encuesta satisfacción: Cumplimentadas 35 encuestas. 88% pacientes utilizó DW. 90% pacientes creen que DW fue útil para evitar consultas en otros servicios. 100% perciben que DW mejora su experiencia asistencial durante su enfermedad y el 80% refiere mejora la relación médico-paciente.

Conclusión

La implantación del DW como herramienta digital aplicada a la medicina mejora la actividad asistencial. Supone una mejora en la relación médico-paciente durante el seguimiento de la enfermedad, contribuyendo a implicar de forma más activa al paciente en el manejo de su enfermedad, haciendo una medicina más eficiente, cercana y humana.

CONSULTA TELEMÁTICA VERSUS CONSULTA PRESENCIAL: EL PACIENTE OPINA

ADELIA MÁS CASTILLO¹; PILAR NIETO MARTÍNEZ²; JOSÉ EDUARDO CALLE URRÁ¹; TERESA RAMÓN ESPARZA¹; JUAN ANTONIO MARQUÉS ESPÍ¹; CONCEPCIÓN LÓPEZ ROJO¹

¹SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD.

²FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIA (FFIS)// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17508

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los modelos de atención no presenciales llevan años funcionando en la mayoría de los sistemas de salud, pero la pandemia COVID-19 ha incrementado su uso de forma exponencial. Estos modelos han demostrado su utilidad para sustituir una parte importante de la actividad presencial. La teleconsulta ha mejorado la accesibilidad a la atención sanitaria en personas jóvenes o de mediana edad, con niveles socioeconómicos altos, aunque parece menos indicada para pacientes ancianos, con enfermedades complejas, o condiciones que precisan exámenes físicos y terapias que requieren una relación con el paciente. Algunos pacientes la ven como una barrera para mejorar sus resultados en salud y esto puede repercutir en la valoración que realizan de la atención recibida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Comparar las percepciones y satisfacción de la población atendida en atención primaria mediante consulta telefónica (CT) y consulta presencial (CP) en cada uno de los años y entre ambos.

Encuesta telefónica (sistema CATI) con cuestionario EMCA Calidad Percibida en Atención Primaria para las consultas médicas y de enfermería, adaptado según la consulta hubiera sido presencial o telefónica, a una muestra de 10.200 usuarios de 14 años o más atendidos en los 85 centros de A. Primaria de las 9 áreas de salud de la Región durante los años 2021 y 2022. En el año 2021 se utilizó un único cuestionario unificado para las consultas médicas y de enfermería. La selección de muestra se realizó por muestreo aleatorio simple dentro de las semanas seleccionadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Encuesta 2021: Solicitan CP el 53%; CT un 31% y sin preferencia el 16%. Recibieron CP el 70% de los que la pidieron. Valoración muy buena y buena: Tiempo dedicado CP 94%, CT 92%; Profesionalidad CP 94%, CT 94%; Trato CP 94%, CT 92%; Información: CP 88%, CT 86%. Satisfacción global (8 o más) CP 76%; CT 70%; Satisfacción global media CP 8,4, CT 8,1.

Se observa una mejor valoración, estadísticamente significativa, de la CP frente a la CT en todas las dimensiones estudiadas salvo profesionalidad.

Encuesta 2022: Solicitan CP el 69%; CT un 21% y sin preferencia un 10%. Recibieron CP el 80% de los que la pidieron. Valoración muy buena y buena: Tiempo dedicado CP 96%, CT 92%; Profesionalidad CP 96%, CT 93%; Trato CP 96%, CT 94%; Información: CP 95%, CT 91%; Satisfacción global CP 74%; CT 74%; Satisfacción global media CP 8,3, CT 8,3.

Se observa una mejor valoración, estadísticamente significativa, de la CP frente a la CT en las dimensiones estudiadas salvo satisfacción global.

Conclusiones:

Aunque la solicitud de consulta presencial ha aumentado, los resultados obtenidos en satisfacción parecen indicar la aceptación, cada vez mayor, de las consultas telefónicas entre la población usuaria de estos servicios, siempre y cuando la opción de consulta solicitada sea la obtenida.

SESIONES MULTIDISCIPLINARES ENTRE ONCOLOGÍA Y MEDICINA INTENSIVA PARA SELECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A INGRESO UCI

MARIA ESPERANZA GUIRAO GARCIA; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA; FRANCISCO AYALA DE LA PEÑA; MANUEL SANCHEZ CANOVAS; PABLO SAFWAT BAYOUMY DELIS; ANDRÉS CARRILLO ALCARAZ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15448

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes oncológicos con enfermedad diseminada han sido durante años relegados del ingreso en UCI ante la creencia de un pronóstico infausto tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, el pronóstico del enfermo oncológico depende más de la gravedad de cuadro clínico que de la situación oncológica. Además, las nuevas terapias empleadas y la mejoría en el soporte orgánico del paciente crítico han mejorado el pronóstico. Un manejo multidisciplinar por los servicios implicados permiten definir mejor de forma individualizada la presencia o no de techo terapéutico y el soporte orgánico a recibir en caso necesario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue evaluar si las sesiones multidisciplinarias entre Oncología y Medicina Intensiva permiten una mejor valoración de los pacientes ingresados en planta de Oncología. El objetivo secundario es establecer los factores que permiten predecir que enfermos deberían ingresar en UCI. Se trata de un estudio observacional, prospectivo y unicentrico. Las reuniones multidisciplinarias se iniciaron en septiembre 2021, dos veces por semana, con asistencia de médicos adjuntos y residentes de ambas especialidades. Una primera selección de pacientes a comentar se realizaba por los médicos oncólogos, que descartan a los pacientes que no son candidatos a terapia de soporte orgánico de ningún tipo en caso de empeoramiento clínico. Los pacientes que podían ser subsidiarios de soporte orgánico, se comentaban en sesión con los intensivistas, evaluándose la edad, enfermedad oncológica, resto de comorbilidades, terapias previas, situación funcional, causa de la descompensación y situación actual. Mediante consenso se determinaba: si el paciente era o no subsidiario a ingreso en UCI y que soporte recibiría tanto en planta como en UCI (soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, soporte hemodinámico o renal) en caso necesario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hasta julio de 2022 se realizaron 60 sesiones y se evaluaron 411 pacientes, con una media de 7 por sesión. El 60.3% eran hombres, mediana de edad 64 años, el 79.3% presentaban un ECOG 0-2. El tumor más prevalente fueron pulmón (26.3%). El 72.5% eran estadio IV. El motivo de ingreso más común era la sepsis (33.8%). Se consideraron candidatos a UCI el 54.7%, precisando únicamente ingreso 17 pacientes (4.1%). Los factores que determinaba el ser candidato a ingreso en UCI fueron: estado ECOG 0-1 (OR 2,69, IC-95%:1,63-4,64), ausencia de carcinomatosis peritoneal (OR:4,49, IC-95%:2,02-9,94), la intencionalidad del tratamiento, adyuvante, neoadyuvante o primera línea, (OR:5,44, IC-95%: 3,12- 9.51). La edad mayor de 65 años (OR: 0,35,IC-95%:0.20-0.62) y el inadecuado control de síntomas (OR:0,15,IC-95%:0,02-0,93) eran predictores independientes para no ingreso en UCI. Como conclusiones las sesiones conjuntas entre los servicios implicados facilita con antelación la toma de decisiones para pacientes complejos y controvertidos. También clarifica qué factores determinan el manejo en UCI o la necesidad de soporte orgánico.

BENEFICIOS DEL PROGRAMA ELDERPLAY EN MAYORES DE 65 AÑOS

ALBERTO SALAS CAÑIZARES¹; MARÍA RUZafa MARTÍNEZ²; SOLANGER HERNÁNDEZ MÉNDEZ¹; MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ LÓPEZ¹; ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO²

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ, ²UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14780

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida, lleva ligado un incremento de la fragilidad y el riesgo de caídas en los mayores de 65 años. Es por ello, que programas de gerontogimnasia como ELDERPLAY pueden contribuir a prevenir este deterioro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar los efectos de la aplicación del Programa ELDERPLAY en usuarios mayores de 65 años participantes de gerontogimnasia en el término municipal de Lorca.

Metodología

Estudio cuasiexperimental, longitudinal y analítico. La población de estudio han sido 103 adultos mayores de 65 años del término municipal de Lorca. Selección de la muestra: Participantes del programa ELDERPLAY. Los datos se recogieron mediante encuestas y test con acceso exclusivo a los resultados por parte del investigador principal en el momento 0 del programa y mediciones al mes y a los 2 meses. Variables independientes: a) Características demográficas (edad y sexo) b) Estado de Salud: IMC y Deterioro cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer. Variables dependientes: a) Nivel de Fragilidad: SPPB (Short Physical Performance Battery) b) riesgo de caídas: Test "Get up and Go". c) Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI). Todos los datos han sido anonimizados con el fin de que no puedan identificarse o relacionarse con los sujetos a estudio, sin perjuicio de la comunicación individualizada a cada individuo de sus posibles logros o valores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La edad media de los usuarios participantes del Programa Elderplay se situó en 74,89 años (DS: 65-94). El 88,3% fueron mujeres y 11,7% hombres. El 29% presentaron normopeso, el 47,7% sobrepeso y 20% obesidad tipo 1. Al inicio del estudio, el 60% de los usuarios obtuvo ausencia de sospecha de deterioro cognitivo para el Test de Pfeiffer. En relación al test de fragilidad SPPB inicialmente el 60 % presentaba Limitación Leve (Prefrágil), 8,2% moderada (Frágil), y el 31,8 % no tuvieron ningún tipo de limitación; tras la aplicación del programa el 69% presento ausencia de limitación, el 28% leve y el 3% moderada. En referencia al Test Get UP and GO se redujo el riesgo de caídas del 32% que presentaban los usuarios al inicio del programa al 19%. Según cuestionario de Calidad Subjetiva del Sueño de Pittsburg el 98,61% de los usuarios presento Problemas Relacionados con el Sueño.

Conclusiones

Ningún usuario presento deterioro cognitivo moderado o grave, este resultado era esperable dado la autonomía de los usuarios y el carácter voluntario de participar en el programa ELDERPLAY. Los valores de Fragilidad (SPPB) y riesgo de caídas (GET UP AND GO) se relacionan entre sí, coincidiendo el bajo riesgo de caídas con la limitación leve (prefrágil). Tras la aplicación del programa ELDERPLAY la fragilidad mejoro en un 37% de los casos y el riesgo de caídas se redujo en un 13% de los casos. Estos resultados confirman que establecer programas de gerontogimnasia permite mejorar la salud y la calidad de vida, actuando directamente sobre sus cualidades físicas, y retrasar la aparición de la dependencia.

COMUNICACIÓN PACIENTE-MÉDICO UTILIZANDO DIÁLOGOS EN LA WEB: UNA PERSPECTIVA DE GESTIÓN EN SALUD

MARÍA YUSTE PLATERO; RAFAEL MARTOS MARTÍNEZ; ANISHA NATHANI; ELENA GONZÁLEZ ARIAS; LAURA ALFARO CADENAS; BEATRIZ VILLA GONZÁLEZ.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17184

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Se explora el papel de los diálogos web en la mejora de la comunicación médico-paciente, la eficiencia de los procesos clínicos y la satisfacción del paciente en el Servicio de Hematología y Hemoterapia, con el objetivo principal de evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Utilizando un enfoque de métodos mixtos, realizamos un examen exhaustivo de los datos de los diálogos web, incluyendo la información demográfica y los tipos de consultas frecuentes, las métricas de satisfacción y los comentarios de los médicos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La metodología incluyó un análisis temático de los diálogos web entre médicos y pacientes, complementado con una evaluación basada en encuestas del Net Promoter Score y las perspectivas de los médicos. En los hallazgos, se identificaron seis temas clave que abarcan el empoderamiento del paciente, la accesibilidad, la capacidad de respuesta, la atención centrada en el paciente, la comunicación interdisciplinaria y la coordinación del triaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Nuestro análisis indica que los diálogos web proporcionan una herramienta valiosa para mejorar la comunicación médico-paciente, mejorando la accesibilidad, fomentando el empoderamiento del paciente y permitiendo una coordinación de la atención más eficiente. Es notable que los diálogos web resultaron efectivos para identificar rápidamente posibles situaciones de emergencia, lo que facilitó las derivaciones oportunas.

Aunque el estudio ofrece conocimientos prometedores, reconoce la subjetividad inherente en los procesos de categorización y las limitaciones de su alcance, al estar confinado a un solo departamento. Además, se describieron barreras en la alfabetización digital de la comunidad médica y desafíos en la continuidad de la atención, entre otros, indicando áreas de mejora para futuras investigaciones.

Esta investigación subraya el potencial de los diálogos web como una estrategia innovadora para mejorar la prestación de atención médica y la satisfacción del paciente. Se alienta una mayor exploración y optimización de este medio de comunicación en diversos contextos clínicos para futuras investigaciones. Estas implicaciones se extienden más allá del caso específico del departamento de hematología, arrojando luz sobre una perspectiva más amplia de la atención al paciente digital.

FACILITAR LA INFORMACIÓN Y EL ACCESO AL PACIENTE ES UN ARMA CARGADA DE FUTURO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

ESTHER MARTINEZ VELASCO; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; BEATRIZ RUIZ CASAS; PABLO LLOPIS LOPEZ; NURIA MARIA RODRIGUEZ RODIL; JOSE MARTINEZ GOMEZ.

SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17243

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las nuevas tecnologías de la comunicación (TIC) han supuesto un acelerador de los cambios sociales que amplifica la comunicación entre los usuarios generando lo que conocemos como sociedad de la información.

Esto ha influido en las comunicaciones e interacciones que se establecen entre los servicios sanitarios, los profesionales y los pacientes. En los servicios de emergencia (SE) las nuevas TIC pueden facilitar información y acceso a servicios de asistencia y mejorar la satisfacción y experiencia del paciente.

La incertidumbre y tiempo de espera del paciente que solicita asistencia al SE tiene un gran impacto sobre la percepción del servicio por lo que la utilización de las TIC para ofrecerle información cumple un doble objetivo de minimizar su angustia y mejorar su experiencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar una herramienta que garantice la información más relevante para el paciente y su familia antes de que se realice la intervención de un recurso móvil asistencial.

1ª Fase: Grupo de Desarrollo formado por miembros de la dirección asistencial y de Sistemas de información:

- Definición de criterios de inclusión de pacientes / situaciones para envío de mensaje.
- Definición de contenidos del mensaje.

2º Fase: Los profesionales de SIS realizaron el diseño, desarrollo e implantación de una herramienta de envío SMS al móvil de paciente con información relevante predefinida sobre la intervención del recurso que se va a realizar a continuación, con dos bloques principales de información:

- SMS 1: Información sobre el tipo de recurso asignado.
- SMS 2: Información sobre tiempo aproximado de llegada del recurso, una vez movilizado.

Criterios técnicos de envío: Se consideran susceptibles de envío, todos aquellos mensajes que cumplan los requisitos de tener un móvil como teléfono del paciente, conocer las coordenadas del lugar de la intervención y la no intervención de recursos previos. Para enviar el SMS 2 se enviará previamente el SMS1.

Intervenciones de mejora: Desde el punto de vista técnico antes de la implantación durante el periodo de prueba, se produjo una revisión de los envíos de posiciones desde los vehículos detectando anomalías que fueron escaladas a los departamentos correspondientes, para su mejora o subsanación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados desde su implantación el 18/04/2023:

- SMS 1: Se ha enviado en 14.073 ocasiones, lo que supone 75% de los casos susceptibles de envío.
- SMS 2: Se ha realizado en 13143 ocasiones. Casi en el 94% de los casos en que previamente el primer mensaje.
- Se analizaron las causas principales de Los SMS NO ENVIADOS (4.640), siendo el principal problema que no se conocían las coordenadas de la intervención en casi el 90% de las ocasiones.

Conocer la información relacionada con su intervención aporta valor a pacientes y familias, humanizando la asistencia, empoderándole al hacerle partícipe, mejorando su experiencia y es una necesidad ineludible para el sistema sanitario desde la perspectiva de una sociedad de la información.

MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE CATARATAS

CAROLINA AMORÓS GIL¹; CORPUS GÓMEZ CALDERÓN²; LOLA SERVER PENOSA²; MIREIA LADIOS MARTÍN²; M^a CARMEN GIL COLLADOS¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPÓ, ²RIBERA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14785

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La integración de todos los canales de entrada de información relativa a la voz del paciente y el análisis de la misma resulta fundamental para poder ofrecer la mejor experiencia al usuario.

La combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas para la recolección y análisis de resultados enriquecen la perspectiva y la dotan de una mayor solvencia a la hora de la toma de decisiones para la gestión en cuanto a experiencia de paciente en centros sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

El objetivo general de este Estudio es mejorar la atención ofrecida a nuestros pacientes recogiendo las aportaciones que hacen relacionadas con la experiencia vivida durante el proceso, y así sintetizar los aspectos clave para proponer acciones de mejora.

Objetivos específicos:

- Obtener información, opinión, actitudes y experiencias.
- Entender las expectativas. Conocer qué espera el paciente en cada una de las etapas.
- Saber dónde actuar. Conocer nuestras fortalezas para poder mantenerlas y saber dónde y cuándo no se está cumpliendo con las expectativas del paciente.
- Corroborar el Patient Journey. Conocer las etapas por las que pasa el paciente en el proceso hasta el alta.

Metodología

Este estudio está basado en la metodología de Grupos focales (Focus Group), esta metodología permite trabajar sobre un guion de preguntas que somete a análisis, el Patient Journey, previamente diseñado por la organización y trabajado con los profesionales que intervienen en el proceso, de esta manera conocemos las opiniones de un grupo de personas sobre el servicio, a través de una entrevista cualitativa y discusión grupal.

Se someten a análisis también las cuestiones contempladas en los mecanismos de medición de Experiencia Reportada por el Paciente (Patient Reported Experience, PREMs) basadas en la experiencia de la asistencia y los Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure, PROMs) basadas en la calidad de vida general y funcional del paciente, del efecto y de la eficacia del tratamiento.

Las fases para la realización del Estudio han sido las siguientes:

- Definir los criterios de selección de los pacientes Ø Crear grupo de pacientes y convocar sesión
- Recoger la experiencia del paciente
- Identificar, en la misma sesión, la causa de las ineficiencias, preguntándoles por posibles soluciones
- Elaborar el informe de resultados del grupo focal y el Mapa de la Experiencia del Paciente

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se consigue integrar la experiencia de los pacientes, familiares y profesionales en los mecanismos tradicionales de medición de satisfacción desde una visión más global y proactiva y la estandarización de los procesos de medición en la Organización.

Conclusiones

La integración y agregación de información procedente de diferentes líneas de investigación cuantitativas y cualitativas que incorporen la visión, voz y experiencia de todos los agentes implicados en el proceso asistencial, permite mejorar la gestión en la atención sanitaria.

PASE A PIE DE CAMA: INTEGRACIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN CAMBIO DE TURNO

ANDREA MORA CAPÍN; ANA JOVÉ BLANCO; AGUSTÍN MUÑOZ CUTILLAS; EDUARDO OUJO ÁLAMO; VANESA BARRERA BRITO; PAULA VÁZQUEZ LÓPEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15050

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La transferencia de información en el cambio de turno es clave para la Seguridad y la Experiencia del paciente. Se implanta un nuevo modelo de transferencia de información en el cambio de turno, "a pie de cama", con participación multidisciplinar e integrando al paciente/familia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer y comparar las percepciones de los familiares en relación a la comunicación con los profesionales, la transferencia de información y la continuidad asistencial antes y después de la implantación del nuevo modelo de transferencia ("Pase a pie de cama").

Estudio cuasi-experimental, analítico y unicéntrico. Se incluyeron familiares de pacientes ubicados en Observación durante el cambio de turno del personal sanitario a cargo de Pediatría.

Fases del proyecto: 1) Distribución encuestas pre-implantación (transferencia de información paralela entre categorías profesionales con puesta en común posterior, sin participación de la familia). 2) Implantación del modelo "Pase a pie de cama". 3) Distribución encuestas post-implantación. Se diseñó una encuesta de 18 ítems que incluía 7 ítems basados en la encuesta multidimensional sobre Experiencia del paciente CAHPS® (Consumer Assessments of Healthcare Providers and Systems), en sus versiones adaptadas para Hospitales Pediátricos y Servicios de Urgencias; 7 ítems para explorar específicamente las percepciones de los encuestados sobre el cambio de turno en las dimensiones de la Experiencia Paciente definidas en los objetivos del estudio y 4 ítems sobre el perfil de los encuestados. Se utilizaron test de contraste de hipótesis (Chi-cuadrado o U de Mann Whitney). Se estableció la significación estadística en $p < 0.05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se recogieron 102 encuestas (51 en cada fase). En la fase post-intervención, un mayor porcentaje de familiares consideró que los profesionales se habían presentado adecuadamente (nombre/categoría profesional) (49,01% vs 84,31%; $p < 0,01$), les habían mantenido informados del plan a seguir (58,82% vs 84,31%; $p < 0,05$) y les habían animado a hacer preguntas (45,09% vs 82,35%; $p < 0,01$). En la fase post-intervención las familias percibieron menor sensación de desorganización durante el cambio de turno (25,49% vs. 5,88%; $p < 0,01$) y mayor sensación de continuidad (64,70% vs. 86,27%; $p < 0,02$). El 94,1% de los cuidadores en la fase previa a la intervención hubieran deseado participar activamente en el cambio de turno. Entre las familias encuestadas en la fase previa a la intervención, el 17,6% consideraba que el "Pase a pie de cama" podía afectar a la intimidad de su hijo. El porcentaje se redujo al 11,8% ($p < 0,57$) en las familias encuestadas en la fase post- intervención.

Conclusiones

El pase a pie de cama es una estrategia útil para mejorar la experiencia del paciente en relación a la comunicación con los profesionales, la información recibida y la continuidad asistencial en el cambio de turno.

LA EXPERIENCIA DE PACIENTES CON DISPEPSIA MEJORA SI SE GESTIONA COMO UN PROCESO INTEGRADO ENTRE PRIMARIA Y HOSPITALARIA

RAFAEL SÁNCHEZ BERNAL; LANDER HIJONA MURUAMENDIARAZ; DIANA CALVO CARRASCO; MARGA LOGROÑO EJEJA; JAVIER PEDROSA RODERO; MAIDER SÁNCHEZ GOITIA

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA ARABA// PAÍS VASCO

ID: 15469

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente es la suma de todas las interacciones generadas que influyen en la percepción del paciente a lo largo de toda la atención. La dispepsia, que presenta síntomas continuos o intermitentes, referidos por el paciente como dolor, malestar o incomodidad tipo pesadez o plenitud en el hueco del estómago, que pueden o no empeorar al comer, conlleva un consumo considerable de recursos sanitarios y tiene un impacto importante sobre la calidad de vida y la productividad laboral, y vida social. Consideramos que la dispepsia debe ser gestionada como un proceso integrado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Conocer la experiencia de las personas atendidas por dispepsia en base a PREMs (Patient Reported Experience Measures - Percepción o experiencia del paciente sobre el proceso asistencial-), PROMs (Patient Reported Outcome Measures) y Resultados clínicos.
2. Conocer la experiencia global. Hemos tenido en cuenta las recomendaciones de la Asociación de Experiencia del Paciente de los EE. UU, las recomendaciones del NHS: National Health Service de Gran Bretaña, del Instituto de Experiencia del paciente, y nuestro propio Plan Estratégico. Hemos utilizado la metodología IDEF (Integration for Function Modelling), que distingue diversos niveles en la arquitectura de los procesos, siendo los utilizados con más frecuencia proceso y subprocesos, actividades y tareas. Hemos utilizado una muestra estadísticamente significativa de 81 encuestas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cuanto a los PREMs, las valoraciones con relación a la experiencia en accesibilidad han sido positivas en el 76,54% de los casos. En cuanto a la información y comunicación adecuadas el % ha sido del 98,77%. El 97,53% refiere que pudo participar en la toma de decisiones. El 96,30% comprendió el tratamiento. El 95,06% manifestó que el tiempo dedicado ha sido suficiente. El 44,44% tuvo miedo y ansiedad ante la posibilidad de un resultado de malignidad en la gastroscopia. El 98% valora positivamente la intimidad, privacidad, trato y confidencialidad. Solo el 9,88% refiere que le influyó en su entorno familiar, laboral y social su proceso. El 88,89% refiere que la experiencia en cuanto a coordinación y seguimiento han sido positivas. El 92,59% refiere haber recibido cuidados satisfactorios.

En cuanto a los PROMs, la experiencia fue positiva en el 95,06% al haber mejorado sus síntomas.

En cuanto a los Resultados clínicos, el 92,59% ha mejorado su calidad de vida, y solo ha habido complicaciones en el 1,23% de las veces.

La valoración global positiva de la experiencia ha sido del 90,12%, siendo la lista de espera el aspecto más negativo que rebaja la valoración.

Como conclusión queda demostrado que la gestión integrada de un proceso sitúa al paciente como el eje central de la organización asistencial, con la finalidad de incrementar el nivel de salud y mejorar la experiencia de las personas con dispepsia.

INFLUENCIA DE LA PANDEMIA EN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR LOS CIUDADANOS

ROBERTO FERRERO OHSE¹; RICARDO DE DIOS DEL VALLE¹; SILVIA PEDRAYES GONZÁLEZ¹; ROBERTO RODRIGUEZ REGO¹; VICTOR MANUEL RODRIGUEZ BLANCO¹; ANDREA VALERIA TORRES FOLTYN²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, ²GERENCIA ÁREA SANITARIA III// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15827

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley de Sanidad recoge "el derecho a formular quejas, reclamaciones o sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios". Las reclamaciones son fuente de información para conocer las expectativas de los pacientes.

Es el primer germen de la introducción de las expectativas del paciente en los resultados de los sistemas sanitarios. Desde ese momento es clave en los planes de humanización de los servicios de salud. En el Plan de Humanización de Asturias (2021) es línea estratégica y expone: "La democratización del Sistema Sanitario solamente es posible si la corresponsabilización y la colaboración de pacientes, usuarios/os y de las asociaciones que las/os representan, alcanza las diferentes formas de participación y supone la implicación de éstas en la gestión de las instituciones sanitarias" (Blancafort).

Actualmente desarrollamos estrategias con PREMs y PROMs para valorar los servicios sanitarios; pero, a pesar de la moda, hemos abandonado analizar las reclamaciones presentadas por pacientes y familiares. La pandemia provocó un cambio en la forma de trabajo, así como en las expectativas de los pacientes y queríamos saber si tuvo alguna influencia sobre las características de las reclamaciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Analizar el impacto de la pandemia en las reclamaciones presentadas por los usuarios.

Métodos

Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: Atención Primaria (AP) y Hospital(H). Población: reclamaciones presentadas. Período: 2019-2022. Variables: prepandemia (2019), pandemia (2020-2021) y postpandemia (2022), mes, ámbito asistencial, unidad clínica, estamento, motivo, reclamante, contestadas, tiempo de respuesta. Análisis estadístico: distribución frecuencias, media y desviación estándar. ANOVA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En 4 años se presentaron 2753. Hay una disminución en pandemia (965 en 2019, 883 en 2020 y 2021, 905 en 2022); se reducen las reclamaciones presentadas por otra persona (10,1% vs 16,7 y 12,1%; $p < 0,001$). Crecen las reclamaciones en enfermería (6,4% vs 3,4%; $p < 0,001$). Crecen sobre disconformidad de asistencia 25,2% vs 21,2% ($p < 0,001$), información 1,7% vs 0,7 y trato personal 5,5% vs 8,1% y 4,2%. Crece enormemente en postpandemia el motivo de listas de espera pasando del 23,2% al 53,6% postpandemia. En pandemia se incrementó el % de no contestadas (3,4% vs 0,1%, $p < 0,001$).

Conclusiones

La pandemia provocó un enorme impacto en la sociedad que se traslada al perfil de las reclamaciones. Se redujo el número, quizás por accesibilidad pero también por un ajuste de las expectativas de los ciudadanos en un momento de crisis. Pero cambia también el perfil de las mismas, se reducen las reclamaciones presentadas por personas diferentes al paciente, crecen las reclamaciones sobre otros perfiles profesionales diferentes al médico como enfermería, cambian los motivos creciendo las reclamaciones sobre disconformidad en la asistencia, información y trato.. y como es lógico crece en postpandemia las reclamaciones por listas de espera.

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVA SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

MARIA DOLORES SAURA PIZARRO; NOELIA MARIA PALAZON CANDEL; SONIA NAVAS CARRILLO; ROSA MARIA SANCHEZ MARTINEZ; ANA GIMENEZ LOPEZ; ELENA PEREZ ABAD

CENTRO DE SALUD MURCIA CENTRO "SAN JUAN"// REGIÓN DE MURCIA

ID: 16073

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es el momento evolutivo donde cobra mayor peso el desarrollo de la identidad sexual y el comienzo de procesos relacionales que se establecen en clave sexual y afectiva entre iguales. Esta etapa hace al adolescente especialmente vulnerable a las decisiones que toma y a los riesgos derivados de ellas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar el nivel de salud afectivo sexual y reproductiva de la población a la que va dirigido.

Enmarcado dentro del Programa PERSEA, trabajamos con los alumnos/as de 2º ESO de un Instituto adscrito a nuestro centro, edades comprendidas entre 13 y 14 años. Se ha realizado la actividad durante 3 cursos académicos consecutivos 2020/2023, con un total de 307 alumnos que han recibido la formación.

Realizamos tres talleres por curso:

1er taller: autoestima, diversidad sexual: tolerancia y respeto.

2º taller: concepto de amor y relaciones saludables, falsos mitos del amor y escalera de la violencia de género.

3º taller: concepto de toma de decisiones: información, asertividad, métodos anticonceptivos.

Los talleres fueron impartidos por cuatro enfermeras del Centro de Salud Murcia Centro, formadas en el programa PERSEA. Se pasaron cuestionarios pre y post de evaluación de conocimientos y también cuestionarios de evaluación de la actividad formativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con respecto a la evaluación de los conocimientos, destacamos la mejora en las siguientes preguntas:

¿Qué entendemos por sexualidad?. Incremento de un 19 % en las respuestas correctas de la evaluación pre a la post- intervención.

¿Los celos son un signo de que realmente alguien está por ti?. Incremento de un 23 % en respuestas correctas.

¿Se puede utilizar la píldora del día después como método anticonceptivo rutinario? Mejora en un 17%

Destacamos que un 21%de los alumnos desconocían el método correcto para prevenir las ITS y un 43% pensaban que a su edad la mayoría de los jóvenes habían mantenido relaciones sexuales.

Con respecto a la evaluación de la actividad formativa por parte de los alumnos que han participado:

El 88 % de los participantes, consideran que sus conocimientos sobre sexualidad son mejores o muy superiores a los que tenían previo a la formación.

El 88 % refiere que los contenidos de la formación han cubierto sus expectativas.

El 91 % de los alumnos que han participado recomendarían esta actividad a otros jóvenes de su edad y consideran que la formación ha sido buena o muy buena.

Los profesionales que impartieron la actividad fueron evaluados positivamente por un 88 % de los participantes.

En vista de los datos aportados se observa una mejora significativa de los conocimientos de los alumnos en temas relacionados con la sexualidad desde el punto de vista holístico y un aumento de recursos para la toma de decisiones apropiadas con respecto a su vida sexual. Los porcentajes de respuestas correctas aumentaron significativamente después de la implementación del programa.

Se evidencia una valoración positiva de la metodología empleada.

SATISFACCIÓN LOS USUARIOS DE PET RESONANCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

SARA SANTAMARÍA LÓPEZ¹; INMACULADA BONILLA AGUILAR¹; PEDRO ANTONIO MAYOR YAÑEZ¹; INMACULADA FERRERO FEBRER¹; DAVID COCA CASTRO²; JUAN CARLOS CERVANTES OLIETE¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE, ²HOSPITAL DURAN Y REYNALS// CATALUÑA

ID: 17303

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El área de PET Resonancia (PET-RM) fue diseñada teniendo en cuenta la experiencia de paciente, mediante encuestas a usuarios y grupos focales de pacientes y profesionales previa construcción. Una vez iniciada la actividad se consideró realizar una encuesta de satisfacción a los usuarios igual que la realizada de forma habitual en el área de Medicina Nuclear convencional (MNU).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es describir la satisfacción de los usuarios de PET-RM y de MNU durante el primer trimestre del 2023. Es un estudio de análisis descriptivo retrospectivo.

Las variables del estudio fueron: sexo, edad y la encuesta de satisfacción tipo Likert validada de 10 preguntas.

La muestra fueron 80 sujetos (40 de cada área). Realizaron la encuesta el día que acudían al servicio para realizarse la prueba, este estudio presenta los datos obtenidos durante el primer trimestre del año 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La satisfacción global de los usuarios en PET-RM es de 90% y en MNU del 88%. Destacan mejores resultados en PET-RM con respecto a MNU en las preguntas de acceso a las instalaciones en un 8%, confort en la unidad 9%, estado de las instalaciones 7% y preservación de la intimidad en un 6%. En cambio, otras preguntas en PET-RM, presentan peores resultados, tales como: atención por parte de secretaria -2%, tiempo de espera desde la llegada -3% y días hasta la fecha de la prueba -9%.

En las preguntas relacionadas con las explicaciones previa prueba y la atención recibida por parte de los profesionales, los resultados no abordan diferencias entre ambas áreas.

En conclusión, el área de PET-RM diseñada incorporando la experiencia de paciente ha obtenido mejor resultado de satisfacción global que MNU en un 2% más. Cabe destacar porcentajes elevados en las preguntas del trato recibido por los profesionales en ambas áreas y en el global de satisfacción de los usuarios.

Incorporar la experiencia de paciente puede mejorar la satisfacción de los usuarios en cuanto a espacios terapéuticos, pero sigue siendo de gran valor el trato proporcionado por los profesionales.

NUESTROS MEJORES ALIADOS, NUESTROS PACIENTES

ALICIA DÍAZ REDONDO; ALBA RAPELA FREIRE; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ESTHER GARCÍA EXPÓSITO; HELENA CIFUENTES ENRIQUEZ DE SALAMANCA; NIEVES LÓPEZ FRESNEÑA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17456

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias deben analizar e incorporar la percepción de los pacientes a la gestión de servicios y programas. En nuestro centro optamos por integrar en la estrategia "Dar Voz a los Pacientes", utilizando distintas herramientas cualitativas como los grupos focales.

Los pacientes con varios ingresos y pasos por distintas áreas aportan una información muy válida sobre su visión de los profesionales sanitarios y del sistema.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar las experiencias y expectativas de los pacientes con numerosos ingresos, como concedores avanzados de nuestro centro, para detectar las medidas necesarias y promover una asistencia personalizada y adaptada a sus necesidades.

Este estudio presenta un enfoque cualitativo y emplea el grupo focal como método para generar información.

A partir de los registros del Conjunto Mínimo Básico de Datos del hospital se seleccionaron los pacientes mayores de 18 años ingresados entre 3 y 8 veces en nuestro centro durante 2021. Se realizó un muestreo aleatorio con representatividad por sexo, invitándoles a participar en uno de los grupos focales según edad: >18 y ≤55 años; ≥55 años.

Se elaboró un guion para explorar satisfacción general, información, urgencias, consultas, instalaciones, etc. Además de fomentar el diálogo de forma abierta.

Para el análisis de la información se empleó una aproximación fenomenológica, organizada por temas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se reclutaron un total de 13 participantes, 7 en el grupo de >55 años (2 mujeres y 3 hombres) y 6 en el grupo de <55 años (4 mujeres y 2 hombres).

Los participantes mostraron su agradecimiento por el trato y la atención recibida durante su estancia hospitalaria. La mayoría recomendaría el hospital a sus conocidos. Como aspecto negativo se destacó la falta de medios y personal, y quejas en relación a la pandemia.

Percibieron como insuficiente la información entre urgencias y planta, y en la hospitalización en fines de semana y festivos. Además de utilizar lenguaje comprensible para los pacientes.

El retraso en los tiempos de espera, la mala coordinación entre las consultas de revisión y la realización de pruebas complementarias.

En hospitalización señalaron la realización de pruebas en horarios inadecuados, lo poco apetecible de la comida, la antigüedad de las instalaciones y la inadecuada comunicación entre profesionales con atención primaria.

En urgencias criticaron las instalaciones y la falta de personal, así como la poca intimidad.

La hospitalización a domicilio se percibió muy positivamente.

En conclusión:

Utilizar a pacientes concedores de nuestro centro nos ha aportado una información rica que revertirá en la mejora de su atención.

En general, los pacientes se han sentido muy satisfechos con el trato y la atención recibidos y recomendarían el hospital a sus familiares y amigos.

Se han detectado mejoras sobre infraestructuras, cocina e información recibida, coordinación, tiempos de espera, que se tratará de mejorar para evaluar el impacto en años sucesivos.

EXPERIENCIA DE PACIENTE: CONSTRUYENDO UN CAMINO HACIA LA EQUIDAD

PURI MAGÁN TAPIA¹; LUCÍA MARTÍNEZ-MANRIQUE²; SARA ISABEL MORENO PUERTA³; ÁNGELES BEATRIZ ÁLVAREZ HERMIDA ÁLVAREZ HERMIDA⁴; ENMA CAMINO ORTEGA³; IVÁN RUBIO CHENARD⁴

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, ³CENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, ⁴CENTRO DE SALUD GOYA. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17505

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los resultados en salud y la experiencia del paciente (ExP) están estrechamente relacionados y, por otra parte, existen numerosos factores que influyen en la existencia de desigualdades en resultados en salud (género, edad, laborales, culturales, de comunicación, económicos, ambientales, etc.). Es fundamental conocer la ExP durante su atención sanitaria en zonas geográficas de salud diferentes para poder identificar sus necesidades y expectativas, y así adaptar el proceso asistencial en cada zona.

En este resumen se muestra el trabajo realizado para conocer la ExP con una enfermedad crónica de alta prevalencia en 2 zonas con patrones geográficos de salud diferentes de una Gerencia de Atención Primaria

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se decidió abordar la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y como paciente objetivo se definió al paciente con DM2 en tratamiento con ADO si complicaciones, macro ni microvasculares, y en edad laboral.

Se seleccionaron dos CS de zonas geográficas con nivel socioeconómicos (NS) y resultados (RS) en salud (mortalidad por DM) diferentes. El CS1 tiene mejor NS y RS en DM y el CS2 tiene peor NS y RS en DM. Los datos se obtuvieron del proyecto IGUALA y del Atlas de mortalidad y desigualdades de salud de la Comunidad Autónoma.

La ExP se va a abordar desde un enfoque cualitativo con la realización de un mapa de empatía (ME) y un Journey Map (JM) en cada CS. El ME permite reflexionar sobre las emociones, necesidades y actitudes de estos pacientes en cada zona geográfica.

Se realizó un mapa de empatía del paciente objetivo en cada CS para. Para identificar las oportunidades de mejora, diseñar soluciones centradas en el paciente y mejorar la ExP se ha realizado un Journey Map (JM) ambos CS. El JM es una herramienta visual que representa la ExP a lo largo del tiempo, y ayuda a comprender y mejorar la interacción del paciente en el proceso asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las mayores diferencias en el ME se identificaron en el área de la actitud mostrando como obstáculos el miedo a no poder cambiar la dieta y comprar el tratamiento.

Se han definido las etapas clave del paciente en cada CS, así como los puntos de contacto y acciones mediante la realización de un grupo focal en cada CS con todos los profesionales implicados y entrevistas semiestructuradas. En el CS2 la participación de la trabajadora social es más habitual y por demandas diferentes a las del CS1. Las reflexiones extraídas a partir de los *verbatim*s, son diferentes en cada CS para cada momento de interacción en el proceso.

En el momento actual se está entrevistando a pacientes con DM2 en ambos CS. En octubre se presentará todo el proyecto finalizado.

La ExP puede variar significativamente según su situación socioeconómica. Al crear un Journey Map de un mismo proceso asistencial en diferentes zonas socioeconómicas se pueden identificar las necesidades y desafíos de las personas en cada área. Esto ayudará a adaptar los servicios, programas y recursos para satisfacer esas necesidades de manera más efectiva.

MOMENTOS CLAVE DEL "ATERRIZAJE" DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE

MARIA MUÑOZ-GARCÍA; HILARIO MARTÍNEZ-BARROS; DAVID GONZÁLEZ-DE-OLANO; ALFONSO SANTAMARÍA-GADEA; ANA DE-ANDRÉS-MARTÍN; ANA ÁLVAREZ-DÍAZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17607

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

ASfarMA es un proyecto dentro de una Unidad multidisciplinar de Asma Grave (UAG) que incluye diferentes medidas innovadoras basadas en la humanización, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial. Previamente, utilizando la metodología cualitativa Diseño Centrado en las Personas (DCP), se describió holísticamente la experiencia del paciente atendido en la UAG y se definió la UAG ideal. Se identificaron 14 victorias tempranas y 7 soluciones transformadoras para mejorar la experiencia de pacientes y profesionales. Una de las soluciones transformadoras identificadas fue el *Onboarding* (aterrizaje o bienvenida del paciente) en la UAG.

Como parte del *Onboarding*, es prioritario protocolizar y definir los puntos de contacto con los profesionales clave, y los artefactos o herramientas necesarios para ello.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar los procesos estratégicos clave y de apoyo que mejoran la calidad asistencial en el aterrizaje del paciente en la UAG.
- Establecer un protocolo de información al paciente: qué profesionales informarán, información que aportará cada uno y cuáles serán los formatos y artefactos utilizados.

Se realizaron 3 sesiones de trabajo de 3 h con metodología DCP, conducidas por una empresa externa, entre noviembre de 2022 y enero de 2023. Se creó un grupo de trabajo con profesionales de los diferentes Servicios de la UAG (Alergología, Farmacia, Neumología, Otorrinolaringología, Pediatría). Se incorporaron pacientes en base a los arquetipos identificados previamente:

- 1ª sesión. Definición del mapa de experiencia del paciente en la UAG.
- 2ª sesión. Ideación de soluciones que permitan resolver las necesidades de los pacientes y profesionales de la UAG, tomando de referencia las medidas definidas en ASfarMA para el *onboarding*.
- 3ª sesión. *Blueprint*: Definición de los momentos clave del aterrizaje del paciente en la UAG, qué profesionales participan y qué elementos físicos deben entregarse (kit de aterrizaje).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron los siguientes momentos cronológicos clave del *onboarding* en la UAG.

- Consulta de identificación: especialista que identifique al paciente como candidato de la UAG, forme parte o no de la misma.
- Consulta de inicio: realizada por especialista de Alergología, Neumología o Pediatría.
- Consulta de incorporación: realizada por enfermería.
- Consultas complementarias: en las que participan otros especialistas (Farmacia, Inmunología, Otorrino, Psicología).

Para cada una se definió la justificación por la que se realiza en ese instante, quiénes participan, su estructura (introducción, desarrollo y desenlace) y qué artefacto, que recoja la información deseada, debe entregarse.

El desarrollo de este proyecto ha permitido identificar los momentos clave y de apoyo para nuestros pacientes que permitirá mejorar la calidad asistencial proporcionada, así como definir y estructurar el contenido y el profesional emisor de la información que debe llegar al paciente para un adecuado aterrizaje en la UAG.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR LOS DISPOSITIVOS MÓVILES DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA

ASUNCIÓN COLOMER ROSAS¹; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA¹; NELVA GARCIA GARCIA¹; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ¹; ADELA FERNÁNDEZ DELGADO²; ALBERTO PARDO HERNÁNDEZ²

¹SUMMA112. COMUNIDAD DE MADRID, ²SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y COOPERACIÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14722

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción es una dimensión fundamental de la evaluación del desempeño del sistema sanitario para mejorar su efectividad, eficiencia, legitimidad y reputación.

Nuestro Servicio realiza evaluación de la percepción e intervenciones para mejorarla. Hasta ahora no se había realizado análisis de la tendencia (T) de los indicadores (I) relacionados con la satisfacción que nos informase sobre la influencia de nuestras acciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la T de I satisfacción de un servicio de emergencias extrahospitalaria (2013 – 2022).

Estudio descriptivo de series temporales analizando la T de 10 I de satisfacción sobre la Unidad Atención Domiciliaria (UAD), Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) y Vehículo de Intervención Rápida (VIR) de 2013 a 2022. Los datos se obtuvieron de la encuesta centralizada que realiza la Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma.

Encuesta telefónica, filiación y 10 preguntas sobre satisfacción. 350 encuesta efectivas por tipo de dispositivo y año.

EM: +/-5,24%, IC:95%, p=q=0,5. Se analizan los años en que se realizó la encuesta: 2013, 2015, 2017, 2018, 2019, 2021 y 2022.

Revisión de los Planes de Acción anuales postencuesta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La suma de satisfecho + muy satisfecho fue $\geq 80\%$ en 186 (91%) de los 204 I y $\geq 90\%$ en 81 (40%).

T decreciente (D) en la percepción global de los usuarios con respecto a la atención en los tres dispositivos en el periodo, siendo estática en los 5 últimos años y creciente (C) en los pacientes atendidos por VIR.

La percepción del tiempo de respuesta (t^o R) tiene una T estable en conjunto, con un repunte positivo en los tres últimos años y C en los VIR.

Se observa que satisfacción global con los profesionales, y su nivel de competencia cambia a T C desde 2018. En el periodo contemplado se realizaron todos los años acciones para mejorar la percepción de:

- t^a R: geoposicionamiento dispositivos, procedimientos, sms, seguimiento proactivo de llamadas.
- trato/comunicación: formación en factores humanos, auditorias.
- información escrita: procedimiento, información.
- dolor: inclusión EVA 5^a constante, protocolos, formación y toma de conciencia.

Un nivel de satisfacción tan alto es difícil de mejorar y mantener. Es preciso incorporar la opinión del paciente para entender sus prioridades de atención y orientar actuaciones que mejoren su percepción.

El tR es el I peor valorado; creemos que las sistemáticas actuaciones para mejorarlo han mantenido y en algún caso mejorado la percepción; hay factores subyacentes del contexto externo (aquí ahora) e intrínsecos al paciente (angustia) que inciden en la expectativa alejando el t^o adecuado y el t^o deseado.

No se evidencia el impacto positivo de las actuaciones, pero se desconoce el resultado si no se hubieran puesto en marcha.

Es precisa una mejor comprensión de factores subyacentes que causan diferencias en la satisfacción, para enfocar estrategias de mejora en áreas de insatisfacción en las que necesidades y expectativas de los pacientes no estén cubiertas.

PARTICIPACION DE LA POBLACIÓN MAYOR DEL ÁREA III DE SALUD EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

MARIA JESUS HERNANDEZ LOPEZ; ALBERTO SALAS CAÑIZARES; SOLANGER HERNANDEZ MENDEZ; LAURA PORRAS MARTINEZ; ANTONIO JOSE CAMACHO MARTINEZ; ANGEL MIGUEL MANZANO CHECA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MENDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14875

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento está influenciado por diversos factores que conllevan a la soledad y al aislamiento social, acentuados con la pandemia de COVID -19, con una afectación especial en la población de avanzada edad, siendo uno de los grupos más afectados y más olvidados, existiendo investigaciones actuales con el objetivo de mejorar la calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes al Área III.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar la predisposición de los mayores del Área III de salud de la Región de Murcia a participar en proyectos de investigación para mejorar su calidad de vida, analizando los factores que influyen en esta decisión.

Metodología

Se realizó un estudio analítico observacional de campo descriptivo con un tamaño muestral de 249 sujetos pertenecientes al Área III de Salud de la Región de Murcia que vivían en la comunidad. Mediante encuestas telefónicas se analizaron las variables sociodemográficas de los sujetos (sexo, estado civil, número hijos y número de convivientes) y variables del estudio: la respuesta a la llamada telefónica, las encuestas completadas, las escalas de salud medidas y la predisposición a participar en futuros proyectos de investigación. El proyecto cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y del Área III de Salud.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS, con el que se elaboró un análisis descriptivo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La edad media de los sujetos fue 76 años, correspondiendo un 40,2% de la muestra a la franja de edad entre 70 y 74 años, predominando ligeramente el sexo femenino, con un 55,4%. Respecto al estado civil, el 18,9% de los sujetos se encontraba casado y de estos, el 30% pertenecía al grupo de edad entre 70 y 74 años. En cuanto al número de descendientes, el 16,06% tenía dos hijos, el 15,66% tenía 3 o más hijos, un 4,82% tenía un hijo y el 8,03% no tenía descendientes. Respecto al número de convivientes, el 23,70% vivía acompañado, el 21,69% vivía sólo y en más del 50% no obtenemos la información. Se consiguió una tasa de respuesta a la encuesta completa por parte del sujeto de un 40,2% y una elevada predisposición a participar en futuros proyectos de salud, con sólo un 23% de negativas a participar.

Conclusión

Se obtuvieron resultados beneficiosos con una tasa de respuesta a las llamadas telefónicas elevada. La tasa de respuesta a las encuestas se asoció a una mayor ejecución a aquellos sujetos que tenían entre 70 y 74 años, casados, mujeres, con descendientes y que conviven con familiares. La mayoría de los sujetos aceptaron participar en futuros proyectos de investigación sanitaria, siendo la edad elevada un factor negativo para la colaboración en próximos proyectos.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES SOCIOSANITARIAS RELACIONADAS CON LA COVID-19 EN ESPAÑA Y ESTIMACIÓN DE COSTES

CAROLA ORREGO VILLAGRAN¹; MARIANA APARICIO BETANCOURT¹; ANDREA DUARTE DÍAZ²; RENATA LINERTOVÁ²; LILISBETH PERESTELO PEREZ³; ANA ISABEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ⁴

¹FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN// CATALUÑA,

²FUNDACIÓN CANARIA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CANARIAS (FIISC)//CANARIAS

³SERVICIO CANARIO DE LA SALUD// CANARIAS

⁴UNIDAD DE INNOVACIÓN Y PROYECTOS INTERNACIONALES. DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA E INNOVACIÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15195

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

España ha sido uno de los países más afectados por la pandemia. Priorizar las necesidades sociosanitarias, mejorar la gestión de recursos e incrementar la inversión en salud son fundamentales para abordar la crisis actual y prepararse para futuras emergencias de salud pública.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos fueron priorizar las necesidades sociosanitarias asociadas a la COVID-19 en España, identificar los recursos necesarios para abordarlas y estimar el coste de su implementación hipotética.

Para la priorización, se llevaron a cabo cuatro encuestas transversales en línea del 2021 al 2022 dirigidas a pacientes adultos en aislamiento domiciliario por COVID-19, pacientes adultos hospitalizados por COVID-19, profesionales de atención primaria y profesionales de atención hospitalaria. Se les pidió valorar la importancia de cada una de las necesidades previamente identificadas en una escala de 1 a 10. Se calculó la media y los rangos intercuartiles para seleccionar las 10 necesidades valoradas como más importantes y con mayor grado de consenso en cada subgrupo.

Para la estimación de costes, se llevaron a cabo dos encuestas transversales en línea durante el 2023 dirigidas a gestores de atención primaria y hospitales en tres comunidades autónomas. Se les pidió indicar qué recursos y en qué cantidad hubieran sido necesarios para abordar cada una de las necesidades priorizadas en relación a la 1ª y 3ª ola de la pandemia. Para cada recurso se estimó un coste unitario. Para cada una de las necesidades priorizadas se calculó el coste promedio mensual por centro sanitario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para la priorización, se analizaron un total de 660 respuestas (80% mujeres): 331 pacientes en aislamiento domiciliario, 145 pacientes hospitalizados, 86 profesionales de atención primaria y 98 profesionales de hospitales. Los pacientes priorizaron necesidades de protocolización, información, campañas de salud y educación (57%), accesibilidad (14%), atención centrada en la persona y la familia (19%), disponibilidad de recursos (5%), y atención clínica (5%). Los profesionales priorizaron necesidades de disponibilidad de recursos (33%), protocolización (19%), cuidado del profesional sanitario (19%), necesidades organizativas (19%) y de accesibilidad (10%).

Para la estimación de costes, se analizaron un total de 13 respuestas (31% mujeres): 7 gestores de atención primaria y 6 de hospitales. El recurso humano más necesitado fue personal sanitario seguido por personal administrativo. El recurso material más necesitado fue la ropa de protección, seguido por protector ocular y facial y tests PCR y antígenos. Los recursos necesarios durante la 1ª ola fueron, en general, superiores en coste a los de la 3ª ola. La diferencia entre olas fue mucho mayor en hospitales que en atención primaria.

Los resultados informarán a gestores y decisores de políticas sociosanitarias para impulsar una mejor preparación y respuesta a futuras emergencias de salud pública.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

RUTH MARIA GONZALEZ FERRER; HERMELINDA LÓPEZ TALAVAN; IVAN SANCHEZ DEL MAZO; MARIA LUISA GONZALEZ MUÑOZ; SERGIO SALGADO ARANDA; MARIA LUISA GARCIA GONZALEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15403

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias han tenido que orientar sus objetivos a una atención centrada en el paciente y a la mejora de esta. Se han desarrollado el uso de técnicas cualitativas que nos permiten recopilar información sobre la experiencia personal del paciente en su proceso asistencial, conocer sus expectativas, y detectar aquellos aspectos que requieren acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Conocer la experiencia de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Objetivos secundarios

Obtener información sobre el conocimiento de la enfermedad y su vivencia de ésta. Detectar acciones de mejora.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de entrevistas semiestructuradas. Se diseñó un estudio cualitativo observacional en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Se realizaron 3 entrevistas piloto para ver la factibilidad y comprensión de las preguntas por los pacientes, así como las dificultades técnicas. Se realizaron un total de 15 entrevistas semiestructuradas a pacientes ingresados del 20 octubre al 16 noviembre de 2022. Posteriormente, se distribuyeron los audios de las entrevistas en tres grupos, siendo estas personas diferentes a las que habían realizado las entrevistas. En una de ellas no se grabó adecuadamente el audio por lo que no se pudo incluir en los resultados

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Conocimiento de la enfermedad: la mayoría no conoce la enfermedad por el nombre específico, pero sí reconocen los síntomas que la descompensan.
2. Vivencia de la enfermedad: destacan la limitación de la movilidad por la disnea, que progresivamente ha afectado a su autonomía y a su vida de relación. Señalan sentimiento de ansiedad con las descompensaciones, y estado de ánimo deprimido por la pérdida de independencia.
3. Respecto al ingreso en el hospital: acuden al hospital por decisión de los familiares, el primer contacto con el sistema sanitario es la urgencia, sin pasar por Atención Primaria. Refieren sentimiento de soledad durante el ingreso.
4. Instrucciones recibidas y el control de los medicamentos en el informe de alta: no conocen la función de los medicamentos, se quejan de la polimedicación. En las entrevistas dicen comprender las recomendaciones pero reconocen usar sal en las comidas en domicilio y no controlar el peso ni los líquidos.
5. Sugerencias de mejora: mejorarían los tiempos de espera para la primera valoración o para el ingreso en planta, así como la sensación de desorganización y ruido en urgencias. En otros casos, el trato del personal sanitario. La mayoría manifiesta quejas en los horarios y variedad de la comida, así como el suministro de agua.

Conclusiones

En general destacan estar satisfechos con la atención recibida, pero habría que promover la autonomía del paciente con respecto a la enfermedad. En cuanto a la vivencia de esta prevalecen sentimientos de dependencia, soledad y tristeza. Es relevante que tengan conocimiento sobre la estructura y organización de su proceso asistencial.

VOZ DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GABINETES DE EXPLORACIÓN

LAURA MARÍN MARTÍNEZ; PILAR JOSÉ MARÍA DE LA CASA
HOSPITAL DE MOLLET// CATALUÑA

ID: 15535

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Un aspecto esencial para mejorar la calidad y excelencia de los servicios, es conocer la experiencia de las personas atendidas en los siguientes aspectos: asistencia sanitaria, información y trato. Esto nos permite determinar si la percepción del servicio responde a sus necesidades y sus expectativas, así como a identificar las debilidades y oportunidades de mejora.

El modelo inspirador del diseño de este estudio es el Parasuraman, que evalúa 5 las dimensiones: seguridad, fiabilidad, tangibilidad, capacidad de respuesta y empatía. Se realizó mediante encuesta telefónica activa de una muestra representativa de las personas atendidas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

- Escuchar la opinión de los usuarios.
- Analizar grado satisfacción.
- Identificar las oportunidades de mejora.

Metodología

Las principales características metodológicas del estudio son:

- Obtención de una muestra representativa de las personas atendidas en Gabinetes durante el período de los 6 meses anteriores a la encuesta telefónica (Octubre 2021 - Marzo 2022).
- Se diseñó una encuesta que constaba de 7 preguntas, que consideraban las dimensiones del modelo de calidad de Parasuraman.
- La encuesta se realizó telefónicamente entre el 19 y el 27 de Abril de 2022.
- La encuesta puntúa de 0 (mínima calidad asistencial o cumplimiento) a 10 (máxima calidad o cumplimiento) y deja una pregunta final abierta a las observaciones y sugerencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De 5574 visitas se estudiaron a 217, lo que supone un 4%.

El porcentaje según exploración es: colonoscopia (30%), gastroscopia (20%), pruebas neurología (22%), ginecología (13%), urología (10%), otorrinología (5%) y neumología (1%).

De total:

- Un 77,9% de personas valora positivamente el tiempo de espera en la sala.
- Un 96,8% de personas se sienten muy satisfechos (≥ 8).
- Un 93,5% entendió las explicaciones del profesional.
- Un 91,7% de las personas atendidas sintieron que se tenía en cuenta su intimidad.
- El 88% presentó dolor en el despertar y el 50% de ellos manifiesta que se le ha podido ayudar a controlarlo.
- Un 94,9% de personas muestra satisfacción (≥ 8).

Conclusiones

Previo a la encuesta los cambios realizados fueron: implantación de una consulta de enfermería días previos a la prueba y actualización de protocolos (preparación intestinal y el protocolo de sedación).

De las 217 personas, el 65% no encuentran nada por mejorar y, de éstas, un 43% expresa una gran satisfacción y agradecimiento por su profesionalidad, trato, humanidad, delicadeza, amabilidad y cuidado.

El resto de comentarios, 34%, solicitan:

- Mayor intimidad.
- Más rapidez por la entrega de resultados por parte médica.
- Más información.
- Menos tiempos de espera en la sala.
- Listas de espera menos largas.
- Menos cancelaciones y cambios.

Las mejoras pendientes son obras en el servicio que permitirían aumentar los boxes de cuidado Pre y Post procedimiento y mejorar la intimidad.

EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA SOBRE MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD

ANA GARCÍA RUBIO^{1,2}; ANA MARÍA RUANO MARTÍNEZ¹; FRANCISCA DIAZ ORTEGA¹

¹CENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS, ²UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15555

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cada vez está tomando mayor importancia el denominado enfoque basado en los activos, que centra su atención en la identificación de los recursos, capacidades y habilidades que dispone la comunidad y que pueden incidir positivamente en la salud.

Con este propósito, el proyecto "Tu Barrio Saludable", pretende servir de apoyo y cauce de interacción tanto al Equipo de Atención Primaria como a la comunidad. Su desarrollo facilita implantar un proceso de participación comunitaria o de prescripción social y permite identificar los Activos en Salud de una Zona Básica de Salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

1. Visibilizar y dinamizar el mapa de activos en salud de una Zona Básica de Salud determinada.
2. Mejorar la interacción social y la salud de los habitantes de dicha zona. METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado a través de una metodología grupal y participativa con un diseño mixto, durante los meses de febrero a mayo de 2023. Para ello se han configurado 6 grupos focales, todos ellos pertenecientes a Asociaciones de la Zona Básica de Salud seleccionada que han favorecido el mapeo de activos "Tu Barrio Saludable". Finalmente, se ha evaluado el proceso a través de una escala de satisfacción diseñada ad hoc.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo estudiado participaron 86 personas, a través de la formación de 6 grupos focales. La satisfacción de la intervención comunitaria fue del 89% al 100% en todos los aspectos, excepto en el de frecuencia (86%), ya que deseaban más sesiones comunitarias. Un 98% recomendaría conocer los Activos en Salud de su Zona Básica de Salud. Evidenciamos diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, 60 femenino (69,76%) y 26 masculino (30,23%) ($p=0,05$), y edad, siendo la mayoría de participantes mayores de 55 años (54,14%) ($p=0,004$).

Finalmente, como conclusiones podemos afirmar que, el propio proceso de visibilización del Mapeo de Activos en Salud, ha sido un elemento generador de salud, ya que ha permitido el empoderamiento de la comunidad, posibilitando a los ciudadanos aumentar sus conocimientos en salud y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en su calidad de vida, a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.

La dinamización del Mapeo de Activos en Salud en las Asociaciones de la Zona Básica de Salud, ha mejorado tanto la coordinación comunitaria, como surgido nuevas colaboraciones con el equipo de atención primaria. La mayoría de las causas de los problemas de salud atendidos en las consultas de enfermería de atención primaria son multifactoriales, y, por tanto, también tiene que serlo su abordaje.

MUERTE FETAL: EL VALIOSO TESTIMONIO DE LAS PAREJAS AFECTADAS

INMACULADA SÁNCHEZ MOLINA¹; NATIVIDAD SÁNCHEZ GOYA¹; JUANA MARÍA GARCÍA GARCÍA²; EVA MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA²; ILHAM OUAJDI BETTIOUI¹

¹ÁREA DE SALUD VIII SERVICIO MURCIANO DE SALUD,²HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR//REGIÓN DE MURCIA

ID: 15678

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La muerte fetal (MF) es uno de los problemas obstétricos más difíciles de afrontar, tanto por la importante reacción de duelo que origina en los progenitores como por la carga emocional que conlleva para los profesionales sanitarios.

Conocer, a través de sus testimonios, el significado que los padres atribuyen a la pérdida del bebé antes de su nacimiento puede servir como base para la adecuación y mejora de nuestra actuación en estas situaciones, permitiendo además adaptarla a los matices culturales diferenciales propios del entorno.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general: mejorar la calidad del manejo hospitalario de la MF, a partir de las experiencias de gestantes que han vivido esta triste realidad.

Objetivos específicos: a) Recoger los testimonios de mujeres atendidas en nuestro hospital por una MF, b) Actualizar el protocolo de manejo de la paciente que sufre una MF, adecuándolo a las necesidades específicas de nuestra población, y c) Elaborar una estrategia de mejora en la asistencia a dichas gestantes que, además de los aspectos médicos habituales, aborde también la atención psicológica integral a las personas implicadas.

Para ello se llevó a cabo:

- Revisión de la historia clínica de mujeres que han sufrido una MF en el periodo de 2020 a 2022, identificadas mediante búsqueda en el CMBD de hospitalización de los códigos CIE-10 asignados a este proceso.
- Análisis de la evidencia científica actual existente sobre los principales descriptores validados de impacto psicológico y emocional de la MF en la pareja que la sufre.
- Recogida de testimonios de las personas afectadas mediante encuesta telefónica diseñada ad hoc, cumplimentada por tres matronas, ayudadas por la traductora del Bloque Obstétrico del hospital cuando se trataba de mujeres árabes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Entre los principales hallazgos de la encuesta destacan la importancia de la manera en que el obstetra da la primera información a los padres, y la necesidad de compartir la desafortunada noticia con los familiares más cercanos. La escasa habilidad comunicativa de los profesionales implicados y la falta de soporte emocional añaden un notable e innecesario sufrimiento al proceso de duelo fisiológico.

El tener en la debida cuenta estas aportaciones ha permitido la elaboración de un nuevo protocolo de manejo de la MF anteparto centrado en el soporte emocional a los padres, que implicó la puesta en marcha de numerosas actuaciones de mejora.

Independientemente de la edad gestacional en la que se produzca y del contexto cultural, la pérdida fetal es un hecho vivido con mucho dolor por parte de los padres. Una actuación humana de calidad en estas circunstancias requiere la sensibilización y colaboración de todos los profesionales implicados, como agentes facilitadores del proceso de duelo.

SISTEMA DE ENCUESTAS "NET PROMOTER SCORE (NPS)" PARA MEDIR LA "EXPERIENCIA DEL PACIENTE": FÁCIL, "ON TIME" Y "ON LINE"

MARINA CLARAMBO-SEMIS; ANDREU ALOY-DUCH; M^a CARME FERRER-BADIA; MARTA JIMÉNEZ-TORRADO; MANEL ROMERO-
CONEJO; FRANCESCA PÉREZ-POL

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17403

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La evolución de las herramientas para evaluar la "experiencia del paciente" (XP) con los procesos asistenciales en el sector sanitario, se está acelerando y progresando desde el papel y la llamada telefónica (encuestas de las aseguradoras autonómicas de salud), de alto coste y escasas en número; pasando por la entrevista personal y los grupos focales; hasta el sistema "Net Promoter Score (NPS)", de más reciente implementación. Con el NPS se objetiva de forma casi inmediata ("on time"), continuada y accesible mediante dispositivos móviles ("on line") la opinión y la XP con la actividad asistencial recibida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Presentar el proceso de diseño, implementación, análisis y revisión del sistema NPS, además de los primeros resultados obtenidos en la fase piloto, en los procesos de atención en urgencias, hospitalización y ambulatoria especializada en un hospital general de referencia.

Metodología

El centro, con 300 camas hospitalarias, atiende 100.000 pacientes anuales en urgencias, 19.000 en hospitalización, y 280.000 en consultas externas.

En el NPS, empresa OPINAT, se definen pacientes "detractores" (puntúan < 7 sobre 10), "pasivos" 7 - 8, y "promotores" > 8; pidiéndoles un comentario posterior sobre su opinión con el trato, información, tiempo de espera, intimidad, resolución de su patología, e instalaciones; los estándares adecuados son > 20% de tasa de respuestas (TR), y > 50% sobre 100 de resultado global. La consulta de la plataforma NPS para el profesional permite conocer al momento los resultados medios acumulados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Diseño e implementación - actividades con 8 profesionales entre 2021 y 2022: integrar sistemas on line (hospital - empresa); confidencialidad y protección de datos; cuestionarios; campañas (urgencias, hospitalización y ambulatoria); Power-BI e informes periódicos; control de los resultados; corrección de disfunciones; personalización de la imagen del centro-logo.
2. Difusión y formación en NPS en 2023: a) información a todos los profesionales; b) sesión general de formación; c) apertura de accesos por equipos de procesos; y, d) tutorización de los equipos (técnica en XP).
3. Primeros resultados de la fase piloto comparativos entre junio-2022 y junio-2023 de la XP media: en todo el centro (media) 36% al 47% (TR: 42% al 23%); en urgencias: 11% al 25% (TR: 42% al 23% TR: 38% al 25%); en hospitalización: 56,2% al 62,5% (TR: 49% al 45%); en ambulatoria especializada: 52,3% al 53,3% (TR: 27,8% al 27,6%).
4. Los motivos negativos agrupados y las mejoras son: atención a la patología y profesionalidad (36%), trato (20%), demoras (14%), información (12%), pruebas (8%), instalaciones (6%), e intimidad (4%).

Conclusiones

La participación del paciente y su familia con la herramienta NPS, orienta y visibiliza la XP sobre las oportunidades de mejora existentes; permite rediseñar los procesos y las estructuras, involucrar a los profesionales en la XP y, promover el logro de los objetivos de calidad previstos.

INTRODUCIENDO LA MUSICA EN EL DIA A DIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JOSE HERNANDEZ MARTINEZ; MARIA CERON GARCIA; ANA ROSA ALONSO TOVAR; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA; FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ ROJO; ANA RUIZ RODRIGUEZ

HOSPITAL JM MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15218

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Humanización de los Cuidados intensivos es un proceso complejo donde caben diferentes aproximaciones que intentan mejorar la relación del paciente crítico y/o sus familiares con un entorno, en principio, gobernado por una tecnología compleja, un ambiente estresante y un personal sanitario dedicado mas a la enfermedad que al paciente. En este marco de trabajo, tras la implementación de una política de UCI de puertas abiertas, mejoras en la comunicacion e información a la familia y la instauración de una consulta post-UCI, iniciamos la programación y realización de sesiones de música en directo para pacientes, familiares y personal sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es la instauración de un programa de música en directo en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI) como complemento del resto de actuaciones en el marco de instaurar una UCI con mayor bienestar para todos los que se encuentran en ella. Desde el mes de enero de 2023, se inician contactos con diferentes músicos, a través del personal sanitario del hospital, que abarcan diferentes estilos musicales, para posibilitar actuaciones, totalmente altruistas, en directo en la UCI. A partir de marzo de 2023 se inician las sesiones musicales con periodicidad inicial quincenal. Las sesiones se programan por la tarde, de 18:00 a 19:00, en doce sesiones de media hora en las dos unidades de críticos, que se encuentran separadas. La actuación de un músico solista se ha realizado mediante actuación individual en la puerta del box de cada uno de los pacientes cuando la situación de consciencia del mismo así lo permitía. Tras las actuaciones se realizaba un análisis cualitativo entre el personal sanitario y en pacientes y familia, sobre la actuación musical. Finalmente se les preguntaba directamente si les gustaría que les siguiéramos realizando este tipo de sesiones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han realizado, hasta la fecha, cinco sesiones musicales, dos mediante un intérprete solista de guitarra, un violinista solista, un solista con teclado electrónico y un quinteto de cuerdas. La duración osciló entre 55 y 75 minutos. La opinión del personal sanitario que trabajaba en ese momento fue muy favorable, con asistencia de todo el personal. La opinión de los pacientes y familiares fue unánime con enorme entusiasmo, y afirmando la necesidad de seguir con las sesiones. Debido a ello, y ante el convencimiento de que estas actuaciones son beneficiosas para mantener el ánimo de los pacientes críticos, pero también en los familiares y personal que trabaja en UCI, seguiremos programando sesiones musicales para mejorar el bienestar de todas las personas que habitan en el día a día en la UCI.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y CALIDAD PERCIBIDA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

ADRIÁN DE PAZ MARCOS; MARINA MARTÍNEZ PAYÁ

GRUPO CASAVERDE// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15376

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El progresivo envejecimiento de la población plantea numerosas cuestiones de naturaleza sanitaria y sociosanitaria. Puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de los adultos mayores, así como su participación social y su seguridad. La innovación en la calidad de los cuidados, junto a la implicación de los profesionales de los equipos transdisciplinarios en la mejora de la asistencia son pilares fundamentales para aumentar el bienestar de los usuarios/as.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir las acciones que componen el plan de humanización y su proceso de implementación en los centros de una compañía especializada en la atención a personas en situación de dependencia. El plan de humanización tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los usuarios, así como de sus familiares/allegados, mediante el desarrollo de acciones basadas en la personalización de los cuidados, el impulso a la dignificación y la atención integral y centrada en la persona. Estudio descriptivo, observacional. El presente estudio se realizó en cuatro etapas; La primera fue desarrollada entre agosto y diciembre de 2020. La misma se basó en la observación de buenas prácticas en los centros para a continuación se recopiladas y estandarizadas. La segunda tuvo lugar de enero a diciembre de 2021, y consistió en el desarrollo de doce decálogos de buenas prácticas de humanización. Cada uno de ellos fue presentado mensualmente en cada centro y el cumplimiento de las prácticas se monitorizó con visitas de seguimiento bimensuales. La tercera etapa transcurrió durante el año 2022 y residió en auditar el cumplimiento de los doce decálogos. La cuarta etapa se ejecutó durante el año 2023 y estuvo compuesta por las siguientes fases: revisión de acciones de humanización, sensibilización y formación a los profesionales, creación de un grupo de autoevaluación por centro, realización de la autoevaluación por parte del responsable de calidad del centro, análisis de resultados, realización de auditorías por parte del departamento de calidad de la compañía, planificación de las actuaciones de mejora y puesta en marcha de las mejoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La humanización en la atención sociosanitaria está directamente vinculada con la capacidad de situar al usuario/a en el centro de la atención.

La calidad percibida de los usuarios/as, familiares y allegados, es proporcional al volumen de buenas prácticas en humanización adquiridas por el centro.

El presente estudio pretende aportar una metodología ágil y autónoma que permita situar a cada centro en un nivel concreto de humanización de los cuidados y le permita identificar las áreas de mejora en este sentido.

PLAN FUNCIONAL PARA LA HUMANIZACIÓN: DISEÑO DE ESPACIOS Y OPTIMIZACIÓN DE LA ESTANCIA DE PACIENTES Y FAMILIARES EN UCI

JOSÉ HERNÁNDEZ MARTÍNEZ; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA; FRANCISCO JOSÉ MARTÍNEZ ROJO; MARIA DOLORES GONZALEZ BOTELLA; ANA RUIZ RODRIGUEZ; ANA ROSA ALONSO TOVAR

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15420

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El servicio de Medicina Intensiva dispone de un protocolo de humanización formado por un equipo multidisciplinar (personal médico, personal de enfermería, auxiliar, celador y jefe de servicio), con evaluación anual. El protocolo se puso en marcha, a pesar de las dificultades, en 2015. Durante la pandemia SARS-COV2 (marzo 2020) hubo que realizar un reajuste del protocolo de acuerdo a las restricciones, pero en agosto 2020 se identifica la necesidad de que los pacientes de UCI reciban la visita de sus familiares, por lo que se adapta; el protocolo y se permite la visita. En octubre 2022 se identificaron nuevas necesidades, como la adecuación de los espacios para optimizar la confortabilidad de la estancia hospitalaria de pacientes y familiares.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Actualización del grupo de humanización de UCI, para la optimización de la estancia de pacientes y familiares. Se continua con el plan de humanización de la UCI iniciado en 2015, se evalúan y se identifican las necesidades mas urgentes, con participación de profesionales y pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Algunos resultados son: - Conseguir acompañamiento familiar continuo en horario de 16:00 pm hasta las 8:00 am, incluida la noche - Conseguir sillones cómodos para el descanso de aquellos familiares que deseen permanecer el box por la noche - Colocar vinilos con motivos naturales en aquellos boxes carentes de luz natural, con extensión posterior a toda la UCI - Instalar televisores para todos los pacientes de UCI - Iniciar el proyecto de Musicoterapia en UCI - Optimizar el horario de visitas, información y extracción de analíticas - Permitir el acompañamiento en el proceso de duelo - Protocolizar el

proyecto: Paseos al exterior de pacientes de UCI - Puesta en marcha de una Escuela de familiares - Valorar instalar sonógrafos medidores de decibelios para disminuir el ruido de la unidad y como medida de promoción del sueño - Protocolo de detección precoz y manejo del delirio para evitar el uso de las contenciones mecánicas - Continuar los cuidados, la atención y el seguimiento tras el alta de UCI mediante la puesta en marcha de una consulta post-cuidados intensivos - Encuestas de satisfacción a familiares tras el alta de UCI. La actualización del protocolo de humanización ha permitido identificar las necesidades de pacientes y familiares, logrando una mejora en el bienestar y la experiencia de profesionales, familiares y pacientes. Ha sido un elemento de motivación e implicación muy importante, para todo el equipo de humanización del servicio de UCI.

ANÁLISIS DEL IMPACTO A NIVEL EMOCIONAL Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI

ANA RUIZ RODRIGUEZ; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA; ÁUREA HIGÓN CAÑIGRAL; LAURA LOPEZ GOMEZ; ELENA CARRASCO GONZALEZ; PILAR TORNERO YEPEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15445

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los familiares y cuidadores principales de los pacientes ingresados en UCI pueden sufrir riesgo de enfermedad psicológica y emocional, hasta en un 20% de los casos. Esto puede disminuir su calidad de vida, producir alteraciones en el sueño, descuido de sus hábitos saludables y de sus propios problemas de salud, así como distanciamiento de amigos y trabajo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar los familiares o cuidadores principales de los pacientes supervivientes tras su ingreso en UCI por neumonía grave SARS-COV2. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizan a los familiares de los pacientes supervivientes de neumonía grave COVID19 ingresados en UCI, que acuden a la consulta de seguimiento entre el 19/05/2020 y el 22/12/2022, a los 2-3 meses del alta hospitalaria. Se estudia el riesgo de desarrollo de PICS familiar mediante escala HAD (valoración emocional) y escala Zarit (valoración del grado de sobrecarga del cuidador). Los resultados se expresan como porcentaje, media +/- DE y mediana.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizan 88 familiares (29,2%), mediana escala HAD: ansiedad 7 puntos (5-21), depresión 4 puntos (1-7), y mediana escala Zarit 12 puntos (5-21). Se objetiva riesgo de alteración emocional en 21 familiares (23,9%), precisando derivación a Salud Mental 8 familiares (9,1%). En todos los casos se realiza un informe detallado para su médico de atención primaria. En nuestra serie, la puesta en marcha de una consulta post-cuidados intensivos para pacientes y familiares, que permita analizar el impacto a nivel emocional y de sobrecarga del cuidador, supone un beneficio para nuestra población, en la detección e intervención de aquellos familiares que presenten riesgo de sufrir síndrome post-cuidados intensivos familiar, y precisan ser derivados de forma precoz para continuar seguimiento y tratamiento por Salud Mental.

PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL PRENATAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ANTONIA GARCÍA LÓPEZ¹; ANA BELÉN MOREO HERNÁNDEZ¹; NOELIA PARDO MARTÍNEZ²; LUCIA DEL CARMEN GALINDO ARJONA¹

¹COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO CARTAGENA SANTA LUCÍA, ²C.S. SAN ANTÓN// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15500

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento de un hijo suele ser el primer contacto de las futuras madres con el medio hospitalario.

El primer acercamiento al sistema sanitario comienza en atención primaria, ámbito más accesible y amable para ellas que el hospital, éste más desconocido, lo que genera miedo e incertidumbre.

Las expectativas de las futuras madres no se ajustan en gran medida a la realidad. Si deseamos aumentar la satisfacción global percibida por las usuarias que van a ser atendidas en el ámbito hospitalario, debemos ofrecerles unas expectativas realistas, proporcionando información pertinente, así como favorecer la participación e interacción con los distintos profesionales involucrados en el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la satisfacción de la usuaria en el proceso que rodea al nacimiento.

Aumentar los conocimientos que tiene la gestante, previo al nacimiento relacionado con el proceso de la hospitalización. Identificar la vía clínica del parto, alternativas y servicios que ofrece el hospital durante su estancia.

Metodología

Las gestantes entre 24-28 semanas junto a sus acompañantes, podrán acceder a un taller informativo de carácter mensual. Se dispone de mediadora-traductora árabe.

Serán citadas en una sala, en horario de 10-12h, un máximo de treinta gestantes con sus acompañantes. Tras la bienvenida de las participantes, se abordarán los siguientes contenidos:

- Acogida y normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización, paritorio y neonatos.
- Visualización y visita a la unidad de hospitalización, paritorio, neonatos, consultas externas y monitores. Atención al proceso de parto.
- Plan de parto.
- Protocolo piel con piel.
- Atención al recién nacido y pruebas complementarias.
- Documentación al alta: Registro civil, tarjeta sanitaria, citas tras el parto.
- Promoción de la educación maternal en su centro de salud.

Los profesionales implicados transmitirán la información pertinente en cada uno de los apartados, favoreciendo el feedback con las/os asistentes al taller. Se valorará, según presión asistencial, la posibilidad de visitar el paritorio y la planta de maternidad.

Al acudir a la consulta de segundo trimestre, se les ofrecerá un folleto informativo con un enlace QR para rellenar el formulario de inscripción al taller con acceso a una encuesta voluntaria de valoración de conocimientos previos y expectativas.

Tras el parto, el personal de la planta, pasará nuevamente un cuestionario a las participantes del taller, el segundo día tras el nacimiento, con preguntas enfocadas a valorar adquisición de conocimientos y nivel de satisfacción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los datos recogidos en el cuestionario previo al taller y en el posterior serán analizados mediante estadística descriptiva utilizando las pruebas adecuadas según el tipo de variable.

Los resultados obtenidos de las distintas encuestas nos permitirán evaluar los objetivos del proyecto y modificar tanto la ejecución como los contenidos cuando sea preciso. Pretendemos que sea un proyecto dinámico, útil y adaptable a las necesidades de las usuarias.

LA ADMISIÓN DIGITAL EN UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO

CRISTINA PERUCHO PONT¹; AYMARA RUIZ DIEZ¹; LORENA JUNGUITU ACEDO²; GEMMA LOPEZ RODRIGUEZ¹; JAVIER RODRIGUEZ SANTURDE¹; ULIBARRENA SAINZ MIGUEL¹

¹MUTUALIA. PAÍS VASCO, ²MUTUALIA - HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN// PAÍS VASCO

ID: 15563

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El uso de las tecnologías de la información y la comunicación y las plataformas digitales, suponen un punto muy importante en el cambio en la relación entre los pacientes y los servicios de salud.

Son herramientas que permiten agilizar la recepción de los pacientes en nuestros servicios asistenciales, evitan las colas innecesarias y agilizan la realización de diferentes trámites administrativos, mejorando así el servicio que se ofrece a los usuarios. En nuestra organización, se puso en marcha el sistema de admisión digital, como prueba piloto en el HAR (Hospital de Vitoria-Gateiz), en marzo de 2021. El sistema consta de una consola central de identificación inicial, un chatbot, conexión con la APP de Mutualia y el móvil.

El sistema permite agilizar el proceso de admisión de los pacientes a nuestras instalaciones, en el momento de presenciar al paciente se le asigna un código alfanumérico lo que permite la llamada anonimizada del paciente en la sala de espera, a través del sistema el paciente actualmente puede consultar los resultados de las pruebas complementarias que se le están realizando y acceder a los informes médicos relativos a su proceso. Actualmente, se está trabajando en mejorar la funcionalidad del sistema añadiendo información relativa al manejo de los diferentes procesos asistenciales y una descripción del centro asistencial en que se encuentre el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mediante el análisis comparativo de las encuestas de satisfacción que por protocolo se realizan a nuestros pacientes en el HAR pre-sistema de admisión digital y posteriormente a su puesta en marcha y la elaboración de encuestas telefónicas aleatorias a pacientes de los diferentes centros de Mutualia (HAR vs el resto de clínicas) se detectaran los aspectos de mejoría marcados por el paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El objetivo final del proyecto aproximar la organización a los pacientes, agilizar los trámites y facilitar el acceso a la información por parte del paciente.

COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LOS FALLECIMIENTOS EN EL HOSPITAL PRE-PANDEMIA, PANDEMIA Y POSTPANDEMIA

ROBERTO FERRERO OHSE¹; RICARDO DE DIOS DEL VALLE¹; ROBERTO RODRIGUEZ REGO¹; PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ²; ANDREA VALERIA TORRES FOLTYN²; MARIA EUGENIA LLANEZA VELASCO³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, ²GERENCIA ÁREA SANITARIA III, ³HUCA// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15823

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria, diferente a las comisiones clínicas de mortalidad de los hospitales. Entre las funciones de la misma se encuentra "conocer el proceso de morir en el área de Salud". La comisión del área sanitaria fue constituida el 4/04/2022. Con este objetivo la comisión del área procedió a estudiar cómo se distribuían los fallecimientos de los pacientes ingresados en el hospital comparando período prepandemia (2010-2019), pandemia(2020-2021) y postpandemia (2022).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer la influencia de la pandemia en la distribución de los fallecimientos en el hospital.

Métodos

Diseño: Descriptivo transversal. Ámbito: Hospital. Población: pacientes ingresados que fallecen en el hospital. Período:2010-2022. Variables: Lugar de defunción (servicio médico, período (2010-2019/2020-2021/2022), mes, unidad enfermería. Fuente: Informes alta motivo éxitos. Análisis estadístico: cualitativas con distribución porcentual de frecuencias y cuantitativas con media y desviación estándar. ANOVA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Del 2010 al 2022 fallecieron 10127 personas en nuestro hospital, 9495 ingresados y 632 en urgencias (6.24%). La estancia media fue superior en el período de pandemia (8,52 vs 7,72 en prepandemia, $p=0,02$). La edad es superior en 2022 (83 vs 82,3 en pandemia y 80,5 en pre; $p<0,001$). En pandemia se incrementaron los fallecimientos en Medicina Interna y bajaron en servicios quirúrgicos (cirugía general, ORL); $p<0,001$. En pandemia se incrementaron los fallecimientos procedentes de otros hospitales (3,2% vs 1%; $p<0,001$), y se incrementaron fallecimientos en planta 6ªSur que corresponde a Traumatología pero en esos años tuvieron pacientes covid. No se observa incremento en fallecimientos en Urgencias durante la pandemia.

Conclusiones

La pandemia tuvo influencia en la forma de fallecer en nuestros centros hospitalarios, pacientes en aislamiento sin acompañamiento, etc.. En este estudio observamos que en pandemia los pacientes que fallecían estaban más días ingresados, los ingresos por covid eran más largos. La edad fue creciendo a lo largo de los años, siendo superior en 2022, probablemente producto del progresivo envejecimiento de la población. La distribución de fallecidos se transformo producto

del cambio de actividad, se redujo los fallecidos en servicios quirúrgicos al reducirse la actividad programada y se incremento en Medicina Interna fruto del Covid. También llama la atención el crecimiento de los fallecidos por traslado de otro centro, probablemente por ser centro covid desde el inicio y nos trasladaban pacientes covid del resto de áreas sanitarias. Nos agrada que a pesar de la saturación conseguimos que no se incrementarán los fallecidos en la puerta del hospital, entendiendo que fuimos capaces de absorber el incremento de actividad y ser capaces de prestar la atención necesaria a cada caso.

CONSULTA POST-UCI DESDE UN PUNTO DE VISTA ENFERMERO

JOSE MANUEL CECILIA CONTRERAS; LUCIA ESCRIBANO DOMINGUEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17134

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

En 2021 se reactiva en el H.U.I Elena la consulta Post UCI. Para pacientes cuya estancia en UCI pueda desencadenar un síndrome de estrés post Cuidados Intensivos (PICS). Se reabre como consulta enfermera, con el respaldo directo de los intensivistas y acceso a otras especialidades.

Un trabajo enfocado en prevenir delirios posteriores a la sedación es un gran avance, así como enfocar esfuerzos en movilizaciones y fisioterapia precoz, nutrición correcta, atención integral de las personas cuyas patologías exigen largos periodos de sedación e ingreso en UCI. Un trabajo multidisciplinar enfocado en la persona puede prevenir un síndrome cuyo resultado son personas dependientes físicamente, con alteraciones psicológicas graves, problemas socioeconómicos en la familia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar a los pacientes y familiares en riesgo de desarrollar PICS y aplicar así medidas de prevención y tratamiento precoz durante su estancia en UCI.

Metodología

Prevención del desarrollo de SEPT con paquete ABCDEF en UCI. Seguimiento desde el alta de la unidad, tanto en su estancia en planta como alta domiciliaria, al mes, 3, 6 y 12 meses de esta. La enfermería realiza una valoración mediante escalas validadas con valoración numéricas, entrevista tanto al paciente como a su familia junto con pruebas como espirometría, marcha de los 6 minutos, para validar su estado físico, mental, socioeconómico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Los pacientes que cumplen criterios en la primera valoración en la semana post UCI tiene un estado psíquico y físico muy deteriorado, en la valoración al alta a domicilio la mejoría es notable. Nos da información que actualmente se trabaja para mejorar el trabajo en intensivos y disminuir así la aparición de síndrome Post. UCI.

Conclusiones

El SEPT está presente en alto porcentaje de pacientes al salir de UCI y la consulta es una buena herramienta para reducir estas cifras pudiendo apoyar así al paciente y su familia.

CONTACTO PIEL CON PIEL (CPP) EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: IMPLANTANDO BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE NACIMIENTO

ISABEL NAVARRO RUIZ; ROSA ANA MARTINEZ DA SILVA; MARIA BELÉN ATIENZAR MARTINEZ; ESTHER MARTINEZ BIENVENIDO

HGU SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17245

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Se denomina Contacto piel con piel precoz (CPP) al contacto del Recién Nacido con su madre inmediatamente tras el nacimiento; esta práctica tiene beneficios ampliamente demostrados. Las actuales evidencias científicas recomiendan el CPP inmediato, sin interrupciones y mantenido (tanto en parto vaginal como en cesáreas), durante al menos los 120 primeros minutos o hasta que se complete la primera toma y finalice el periodo de alerta tranquila.

Las Guías de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal y de Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad, la Guía de Buenas Prácticas como la Guía RNAO para la Lactancia Materna aconsejan que se debe iniciar el CPP entre la madre y el bebé inmediatamente después del nacimiento como parte de los cuidados rutinarios siempre y cuando el estado clínico lo permita. Estas prácticas basadas en la evidencia son reconocidas y avaladas por organizaciones sanitarias nacionales e internacionales y por políticas sanitarias en las que la no separación de la madre-bebé se reconocen como un derecho; es por ello por lo que el nacimiento, ya sea vaginal o por cesárea, el CPP debe siempre, que sea posible, ser instaurado como parte de los cuidados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El grupo impulsor de paritorio de la Guía de Buenas Prácticas en Lactancia Materna de nuestro hospital hemos realizado una revisión de los cuidados en el proceso de nacimiento en las cesáreas. Se han elaborado recomendaciones y procedimientos con el propósito de estandarizar los cuidados del personal que interviene en el mismo. En la elaboración del trabajo hemos obtenidos los datos de la base de datos de Selene (CPP en cesáreas, cuándo, dónde y cómo se ha realizado) y analizados con un programa estadístico. El trabajo expone nuestro punto de partida, aspectos del cuidado que se han modificado, y tras la implantación de las recomendaciones/procedimiento, los resultados que estamos obteniendo. Este trabajo tiene como objetivo principal exponer cómo hemos conseguido implantar estas buenas prácticas relacionadas con el nacimiento a través de la elaboración de recomendaciones y procedimientos basados en la evidencia actual. Otros objetivos han sido sistematizar una buena práctica entre los profesionales que intervienen en el proceso del CPP y sensibilizar a los profesionales de la realización de un CPP continuo e inmediato.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro servicio de Paritorio, la recomendación para la práctica aplicable en nuestro medio nos está permitiendo, a través de la elaboración de procedimientos basados en todas estas recomendaciones, llevar a cabo el CPP inmediato, sin interrupción y mantenido en las cesáreas. La implantación del CPP está siendo posible gracias al compromiso de ofrecer una atención de calidad de los profesionales implicados en el mismo. El CPP está siendo una realidad en casi la totalidad de las cesáreas y se hace cumpliendo las recomendaciones basadas en la evidencia actual elaboradas por el grupo. Seguimos trabajando para conseguir la excelencia en el cuidado.

INDICADORES DE CALIDAD PREDICTORES DE VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR SANITARIO

MIGUEL LOPEZ GOBERNADO¹; EVA LÓPEZ GARCÍA²; DAVID VILLALBA GIL³; JAIME HERNÁNDEZ BARTOLOMÉ³

¹CONSEJERÍA DE SANIDAD JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, ²GAP VALLADOLID OESTE, ³HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID// CASTILLA Y LEÓN

ID: 14925

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Se estima que el sector salud representa alrededor de una cuarta parte de toda la violencia en el trabajo. Según la OMS, los trabajadores de la salud representan el 73% de todos los accidentes y enfermedades causados por violencia laboral. se estima que entre el 8% y el 38% de los sanitarios sufren violencia física en algún momento de su vida laboral. A pesar de que en los últimos años se ha estudiado la violencia laboral en el entorno sanitario, hoy en día, los estudios no relacionan el número de agresiones al personal sanitario con la demanda o presión de los diferentes niveles asistenciales. Para poder realizar intervenciones que minimicen el riesgo de agresión tanto en la atención primaria como hospitalaria se hace imprescindible disponer de indicadores de calidad y cuadros de mando como herramientas indispensables para dirigir una organización y alcanzar los objetivos previstos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer indicadores que sirvan para predecir la violencia laboral y poder establecer estrategias adecuadas para su prevención.

Conocer las tasas de agresión por tarjeta sanitaria y actividad. Evolución del número de agresiones por categoría p sexo y tipología y estimar la tendencia.

Estudio observacional retrospectivo de las agresiones al personal sanitario en 11 áreas de salud 2013- 2023. Se recogen los datos del Observatorio Regional de Agresiones, el número de tarjetas sanitarias por Área de Salud se obtiene del registro de Población de Tarjeta. La información sobre el número total de efectivos se consigue del fichero de Recursos Sanitarios Públicos de cada anualidad. Los guarismos de actividad asistencial se corresponden con los datos sobre el número total de consultas en los centros sanitarios de atención primaria, así como también las urgencias. En atención especializada los datos de análisis son el número total de ingresos, las intervenciones quirúrgicas, las urgencias y las consultas totales. El valor futuro se pronostica mediante regresión lineal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La población atendida disminuye progresivamente cada año, y no así las acciones de violencia. Cada 100.000 intervenciones sanitarias se producen 1,86 actos violentos, siendo la atención especializada donde más registros se producen, a pesar de que el peso de la actividad recae fundamentalmente en la atención primaria que realiza el 83% de los actos asistenciales.

Son las categorías de médicos y enfermería hacia donde se dirige la violencia en los centros sanitarios puesto que acumulan 2/3 de las agresiones. Los indicadores propuestos son medibles, fieles y representativos para poder establecer nuevas estrategias. Son comparables en el tiempo, y por tanto nos ayudan a analizar la evolución para poder ver su tendencia. Son fáciles de mantener y utilizar lo que permite que sean compatibles con otros indicadores del sistema ya implementados y así permitir la comparación y el análisis.

PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN LA MEJORA DEL CIRCUITO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ¹; ALICIA DÍAZ REDONDO¹; DAN RODRÍGUEZ CAMPELO¹; ROSA SOLEDAD DÍAZ GARCÍA¹; RAQUEL ESCUREDO CAMPOS²; ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, ²HOSPITAL PUERTA DE HIERRO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15062

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Incorporar las necesidades y expectativas de los pacientes en el desarrollo de los procesos asistenciales y generar una cultura de escucha activa y compromiso con los derechos de los pacientes se traduce en una influencia positiva en los resultados y bienestar de estos. Por esto, una de las líneas estratégicas de nuestro hospital es la de dar voz y escuchar a los pacientes. Dentro de este contexto, en el año 2022 se planteó la necesidad de conocer las percepciones y vivencias de los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria (CMA). Uno de los termómetros para conocer la experiencia de los pacientes atendidos en la CMA de nuestro hospital es la encuesta anual realizada por el SERMAS. En los últimos resultados de 2021, si bien la satisfacción global fue alta (93%), se observó una disminución respecto a los años previos. Por este motivo, se decidió explorar este aspecto en profundidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue explorar la vivencia de los pacientes que se someten a una intervención mediante cirugía mayor ambulatoria. Para ello, se empleó la metodología cualitativa, mediante la técnica de grupo focal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidos de un proceso de cirugía general o traumatología en octubre del 2022. Se convocó a los pacientes a una primera reunión para recoger sus opiniones respecto al proceso asistencial, que fue moderada por un observador imparcial no perteneciente al servicio de CMA, evitando así condicionar su respuesta. Posteriormente se presentaron los resultados anonimizados a los profesionales de CMA, y se establecieron con ellos las líneas de mejora. Finalmente, se volvió a convocar a los pacientes para triangular la información recogida, ofrecer feedback de las líneas de acción planteadas e incorporar su voz en el diseño de mejoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los aspectos mejor valorados fueron el trato, la atención individualizada y la efectividad de los profesionales. Como aspectos de mejora, mencionaron la escasa información recibida al llamarles para transmitirles la fecha de cirugía, la dificultad de comunicación con el centro al alta para consultar dudas relativas a la cura de heridas, así como cierta heterogeneidad entre la atención recibida en Traumatología y Cirugía General, puesto que en el primer caso los pacientes se iban de alta con todas las citas programadas y en el segundo no. Respecto al tratamiento del dolor, consideraron adecuado su control durante la cirugía y la información sobre medicación al alta recibida, si bien varios de ellos mencionaron haber tenido dolor intenso posteriormente a la cirugía. Como conclusiones, consideramos líneas prioritarias de acción: formación y difusión de buenas prácticas en la comunicación telefónica, sistematizar el informe de alta de enfermería con la inclusión de recomendaciones al alta más detalladas y un teléfono de contacto, replantear el circuito de citación para que todos los pacientes puedan marcharse con la cita programada, y mejorar la continuidad asistencial con Atención Primaria.

ESCUELA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

MARIA CAROLINA MARÍ SILVA¹; MARIA ELENA RUIZ SAINZ¹; JUAN GABRIEL ROMERO CANO¹; ALICIA HERNANDEZ GALVEZ²; RUTH MARIA GONZALEZ FERRER¹; MARIA LUISA GARCIA GONZALEZ¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO, (3) ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. HOSPITAL DEL TAJO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17397

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía es una iniciativa del Ministerio de Sanidad, para englobar escuelas de pacientes, con el objetivo de empoderar a pacientes, cuidadores y familiares, ofreciendo información relevante y herramientas de formación que promuevan la adopción de hábitos y estilos de vida saludable, así como servicios de apoyo y soporte.

Dichas escuelas se han ido abriendo paso como líneas estratégicas de calidad y humanización en las distintas comunidades autónomas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Ayudar a afrontar la enfermedad a los pacientes oncológicos, intentando mejorar su calidad de vida.

Objetivo secundario

Proporcionar herramientas, enseñar rutinas y hábitos saludables para lograr el bienestar físico, mental y social.

Se desarrolla el proyecto "Escuela de pacientes oncológicos" adaptado a las necesidades del hospital. Se realiza en formato presencial, fomentando el intercambio de experiencias con una duración 3 horas. En cada sesión se imparten 5 temas con una duración de 20 minutos. Al final de la jornada, se entrega a los participantes una encuesta de satisfacción con 10 ítems, con una puntuación del 1 al 5, siendo el 1 (muy insatisfecho) y el 5 (muy satisfecho).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante las sesiones se presentaron los siguientes temas:

1. Recomendaciones de actuación ante efectos secundarios de la quimioterapia.
2. Identificación de la enfermedad avanzada y sus necesidades, destacando la necesidad de una comunicación eficaz entre profesionales, pacientes y niveles asistenciales.
3. Afrontamiento de la enfermedad: ofreciendo herramientas de superación para el momento del diagnóstico
4. Ejercicio físico: Utilidad antes, durante y después del tratamiento
5. Cartera de servicios de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
6. Espacio de comunicación entre personal sanitario, pacientes y familiares para compartir experiencias y resolver dificultades.

La encuesta de satisfacción fue respondida por 31 de los 40 participantes. Los resultados obtenidos (expresados en puntuación media sobre un máximo de 5 puntos) son: Respecto de la satisfacción con la organización, el cumplimiento de expectativas y la duración de la escuela se obtiene un 4.87, los distintos temas son calificados con una puntuación entre 4.9-5. Respecto a la repetición de la actividad la mayoría volverían a inscribirse. Las sugerencias de mejora recogidas fueron: garantizar la permanencia de la Escuela de Pacientes Oncológicos, recibir formación relativa a actividad física, ofrecer documentación escrita sobre los temas tratados.

Conclusiones

La Escuela de Pacientes Oncológicos es un espacio de interacción directa con los pacientes que facilita el intercambio de experiencias y proporciona a los pacientes y a sus familias herramientas, consejos y motivación para un autocuidado eficaz, mejorando la calidad de vida durante la enfermedad. Además, ha permitido la identificación de necesidades que pueden afectar negativamente a la adherencia al tratamiento y al estado de salud.

LA IMPORTANCIA DEL SENTIMIENTO DE PERTENECIA EN EL AMBIENTE LABORAL

NOELIA VAQUERO LAZARO¹; RAQUEL HERNANDEZ NAVARRO²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ²CENTRAL ESTERILIZACION HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET// ARAGÓN

ID: 13055

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los conflictos interpersonales entre los profesionales de un servicio, conllevan una serie de consecuencias que impactan de forma directa y/o indirecta en el desarrollo de las tareas, en la salud de los profesionales y en el paciente.

El servicio de esterilización, es un servicio clave para el funcionamiento de un hospital, y que tiene un gran valor en la salud del paciente y en su seguridad. Se han detectado algunos problemas interpersonales entre profesionales que están generando conflictos entre ellos y alteran el flujo de trabajo y el ambiente laboral.

No ha habido consecuencia directa sobre el paciente, pero aún así creemos que es de vital importancia, trabajar en la prevención de estos conflictos con idea de evitar en la medida de lo posible que deriven en problemas de mayor magnitud. Comenzando con la propia salud de los profesionales que trabajan en el servicio, pasando por la eficacia, efectividad y eficiencia en el desempeño de las tareas y sin perder como objetivo final la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo a corto plazo es la estandarización de las tareas más críticas o conflictivas que se llevan a cabo en el servicio, para evitar discrepancias y mal entendidos y el objetivo a largo plazo es conseguir un clima laboral óptimo para poder llevar a cabo esas tareas en armonía y cooperación, llegan a un excelente desarrollo del trabajo en equipo

Para llevarlos a cabo, se va a hacer una intervención durante tres meses en el servicio, durante el cual, se detectan las áreas de mejora y se llevaran a cabo acciones directas para trabajar las habilidades y "puntos flacos" necesarios.

La metodología a seguir son:

- Cuestionario previo de satisfacción con el desempeño laboral (para determinar el punto de partida) y cuestionario post intervención (para evaluar la mejora obtenida)
- Reuniones semanales donde se tratan los temas pertinentes de forma consensuada
- Cada semana se trabajara una competencia y se pondrán en práctica las decisiones tomadas en el grupo
- Mejorar todas aquellas cuestiones en las que podamos intervenir desde nuestro servicio y minimizando aquellas que dependan de la organización y/o estructura del sistema

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados y conclusiones todavía no son con datos definitivos, ya que el periodo de intervención de tres meses aun no ha acabado. Pero de momento lo que se ha obtenido de forma verbal es la satisfacción grupal de sentir que pertenecen a un grupo que tiene unos objetivos comunes, se sienten más escuchados por los líderes de su organización y eso les da calma, confianza y seguridad en sí mismos y en sus superiores. el estado emocional con el que vienen a trabajar ha mejorado de forma objetiva y en la gestión de conflictos, han desarrollado habilidades adecuadas para poder hablar entre ellos de forma más asertiva y llegar a la resolución de los mismos con una mayor facilidad y satisfacción para cada miembro del equipo.

PLANIFICACIÓN COMPARTIDA DE LA ATENCIÓN EN UNA UNIDAD DE COORDINACIÓN COMUNITARIA

M^a ADELA DELGADO ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR¹; LAURA QUESADA VIDAL¹; ISAAC MARTÍNEZ FORTE²; CARMEN BENÍTEZ GONZÁLEZ¹; INÉS GIL BROCEÑO¹; CARMEN ALCARAZ LÓPEZ¹

¹COMPLEJO HOSPITALARIO CARTAGENA, ²UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14645

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

En los Pacientes Crónicos Complejos, especialmente en aquellos en situación de enfermedad avanzada, resulta difícil identificar el pronóstico y la expectativa de vida aproximada. Esta situación, conlleva mayor riesgo de tomar decisiones no adecuadas a la fase evolutiva de la enfermedad y a la situación clínica del paciente y con frecuencia, a la aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas desproporcionadas. La Planificación Compartida de la Atención (PCA) es una herramienta asistencial que proporciona un acompañamiento deliberativo, con especial atención a las decisiones y prioridades expresadas por los pacientes y sus familias en el caso de personas con dificultad para decidir.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Aplicar la metodología de la PCA entre los pacientes Crónicos Complejos atendidos por la Unidad de Coordinación Comunitaria (UCC) y analizar su eficacia

Metodología

Recogida de datos de todos los pacientes atendidos por la UCC, con los que se inicia conversaciones de PCA. Se analizan los datos generales de los pacientes en que las conclusiones importantes de PCA se reflejan en la Historia Clínica (HC). Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes incluidos desde 1 de noviembre de 2022 hasta 31 de abril de 2023, por lo que, el análisis de eficacia y conclusiones, solo se realiza con los pacientes que han fallecido durante dicho periodo y que, por tanto, han finalizado el seguimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El N^o de pacientes sobre los que se inician conversaciones de PCA es de 94, de ellas el 78,7% se realizan con los familiares.

En 34 pacientes (36,17%), las conclusiones son de relevancia clínica y quedan reflejadas en la HC. Todos los pacientes presentaban una enfermedad crónica, siendo la principal, la E. neurológica (73,5%) y el 73,52% cumplía criterios de E.C. avanzada. La media de ingresos hospitalarios en el año previo al registro de PCA fue de 1,47 y la atención en el servicio de urgencias hospitalarias de 1,14.

Indicadores de eficacia:

- En todos los pacientes se inició una actitud paliativa, aunque solo el 60% de ellos necesitaron derivación a ESAD.
- El tiempo medio transcurrido entre el registro de PCA y el exitus fue de 33,9 días.
- El 80% fallecieron en su domicilio habitual y el 20% en hospital.
- De los pacientes institucionalizados, la media de contactos de coordinación fue de 4. Ninguno de ellos necesitó derivación a ESAD y el 66,6% falleció en la residencia.
- La Tasa de reingresos tras registro de PCA fue de 13%; solo dos pacientes reingresaron en el hospital donde fallecieron.
- En el 86,7% el cumplimiento de los objetivos pactados fue total y el 13,3% fue parcial.

Conclusiones

- ✓ La PCA ayuda a mejorar la calidad asistencial, adecuando los recursos sanitarios y los tratamientos a las necesidades reales del paciente.
- ✓ El registro de PCA en la Historia clínica y la coordinación por medio de un equipo responsable, permite garantizar una continuidad asistencial basado en los mismos valores en los distintos ámbitos de atención.

PROGRAMA DE DECISIONES COMPARTIDAS: DANDO VOZ AL PACIENTE

ALBERTO LÓPEZ GARCÍA¹; ADRIANA PASCUAL²; RAFAEL MARTOS³; LAURA BERMEJO²; CAROLINA MIRANDA CASTILLO⁴; MARTA DEL OLMO⁵

¹FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA, ³HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA, ⁴HOSPITAL REY JUAN CARLOS, ⁵RED HOSPITALES PÚBLICOS QUIRÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14792

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El programa de Toma de Decisiones Compartidas (TDC) se basa en el abandono del modelo paternalista, haciendo partícipe al paciente de sus decisiones terapéuticas, explicándole no únicamente términos de supervivencia y eficacia sino perfil de efectos adversos, vía de administración del fármaco o necesidad de venir al hospital, entre otras, para que sea el mismo quien con la ayuda del profesional sanitario, tome la decisión sobre su proceso asistencial.

Frente a la atención centrada en las enfermedades, deberíamos centrar la atención en el paciente y conocer cómo vive el paciente en su entorno todo el proceso y cómo afecta a sus valores.

La finalidad de este proyecto se basa en la humanización de la asistencia, teniendo en cuenta la heterogeneidad que conlleva este proceso como el nivel sociocultural, la percepción de salud o las expectativas tecnológicas y científicas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El programa TDC consiste en dar voz al paciente para involucrarlo en su proceso asistencial.

La incorporación de herramientas de salud puede dejar de ser una barrera y convertirse en un aliado que favorezca la incorporación de la voz del paciente en la toma de decisiones de su proceso asistencial, por ello el programa TDC tiene en cuenta 3 factores: relacionados con la calidad de la respuesta y la supervivencia que las diferentes opciones de tratamiento; características del tratamiento, que pueden influir en la decisión en función de si se adapta mejor a sus necesidades y su entorno e impacto en calidad de vida y percepción de síntomas.

En Hematología, el programa ha comenzado con el proceso de Linfoma Folicular, un tipo de neoplasia hematológica en el que existen diferentes opciones de tratamiento, desde la abstención terapéutica, a inmunoterapia intravenosa, a inmunoquimioterapia de intensidad a más intensiva

El programa de TDC se asigna a los pacientes con una patología concreta, y se le envía información a su perfil. El paciente puede acceder a información explicativa sobre lo que significa cada aspecto a evaluar (Ej. Supervivencia, qué es un catéter, etc.). Una vez ordenado por sus prioridades, puede seleccionar cual sería su opción de tratamiento preferida y que posteriormente comentará con su médico

La información que nos completa el paciente y nos envía, se integra en su Historia Clínica de manera que el médico responsable puede ver las preferencias del pacientes y comentarlas con él, viendo pros y contras de su opción de tratamiento elegida en base a su elección.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el periodo de pruebas se hizo oficial el lanzamiento del programa en enero 2023, ofreciendo esta posibilidad tanto a pacientes con linfoma folicular y a sus familiares.

Paralelamente, ya se está trabajando en otros procesos como son en Leucemia Linfocítica Crónica y Mieloma Múltiple, aunque también en otras especialidades.

Como conclusión, el programa TDC pretende conocer mejor las necesidades del paciente, mejorar la precisión del diagnóstico así como la satisfacción del paciente y reducir los errores médicos.

DESPLIEGUE DEL MODELO SHARE PARA FOMENTAR LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

IRATI ERREGUERENA REDONDO¹; ANA ORTEGA GIL²; DOLORES VERDOY BERASTEGUI¹; ANNE DICHMANN SORKNÆS³; NATASSIA KAMILLA JUUL³; SØREN UDBY³

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD BIOSISTEMAK// PAÍS VASCO

²KRONIKGUNE // PAÍS VASCO

³OUH, SVENDBORG HOSPITAL

ID: 15230

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades graves, enfermedades crónicas avanzadas o la pluripatología ponen de relieve la importancia de implicar al paciente y sus familiares en las decisiones sobre su salud, componente esencial de una atención adecuada. La toma de decisiones compartida es un proceso en el que los profesionales sanitarios y pacientes colaboran para consensuar los objetivos del tratamiento, el plan o el apoyo a la autogestión.

ADLIFE es un proyecto financiado por la UE que proporciona una solución digital integrada (Herramienta ADLIFE) para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas facilitando: la planificación personalizada y coordinada de los cuidados; la detección precoz del deterioro; el papel activo de pacientes y las personas cuidadoras. La Herramienta ADLIFE incluye Guías de Decisión Clínica que apoyan la personalización y gestión del plan de cuidados del paciente y facilitan la toma de decisiones compartida (TDC).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El estudio busca promover y fomentar la TDC a través de la Herramienta ADLIFE. Tras analizar más de 22 definiciones aceptadas de TDC, ADLIFE ha implementado y adaptado el modelo SHARE que permite explorar y comparar planes de atención a través de un diálogo sobre lo que más importa y beneficia al paciente. El modelo incluye un proceso estructurado en cinco actividades:

1. Buscar la implicación del paciente (profesionales sanitarios);
2. Ayudar al paciente a explorar y comparar opciones de tratamiento;
3. Evaluar los valores y preferencias del paciente;
4. Llegar a una decisión;
5. Evaluar la decisión del paciente.

Este modelo propone la implicación del paciente y profesional en tareas como la transferencia de información, la comunicación de riesgos y preferencias, la adaptación de opciones o la toma de decisiones más amplia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En ADLIFE el proceso TDC se propone desde la Herramienta ADLIFE dirigida al profesional. Las sugerencias de llevar a cabo la TDC son propuestas en situaciones específicas, proporcionando información sobre la definición de la tarea, los actores implicados, herramientas y materiales de apoyo, manuales, o el acceso al seminario web sobre SHARE

La TDC es conseguir que el paciente se sienta plenamente implicado en las decisiones sobre su tratamiento y cuidados, "Ninguna decisión sobre mí, sin mí". El modelo de TDC de ADLIFE impulsa que profesionales y pacientes puedan implicarse en una decisión clínica, teniendo en cuenta el conocimiento del profesional, y los valores del paciente. Mejora la autogestión y la adherencia del paciente al tratamiento, la relación del paciente con el profesional y el sistema de salud, y fomentar una transformación de los sistemas hacia un enfoque centrado en las personas.

ADLIFE se centra en crear la cultura de la TDC, motivando al profesional sanitario para llevar a cabo actividades que impulsen la autonomía, la implicación, el rol activo, y la confianza del paciente en lo relacionado con su salud.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SE RELACIONAN CON MAYOR TASA DE INSTRUCCIONES PREVIAS? ESTUDIO POBLACIONAL

RICARDO DE DIOS DEL VALLE¹; ROBERTO FERRERO OHSE²; VICTOR MANUEL RODRIGUEZ BLANCO¹; ANDREA VALERIA TORRES FOLTYN²; PATRICIA FERNANDEZ MARTINEZ²; MARIA EUGENIA LLANEZA VELASCO³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, ²GERENCIA ÁREA SANITARIA III, ³HUCA// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15430

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad en el proceso final de la vida, así como el Decreto 63/2022 regulan la creación de las Comisiones de Mortalidad de Área Sanitaria. Entre sus funciones se encuentra generar conocimiento sobre el proceso de morir en cada área. Uno de los objetivos que nos planteamos fue conocer el grado de implantación de las IPs, y de ahí surge este trabajo

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer los factores sociodemográficos que pudieran estar relacionados con el número de IPs activas registradas por concejo.

Metodología

Diseño: Descriptivo poblacional. Ámbito: Asturias. Población: Concejos. Período: Marzo 2022. Variables: Variable dependiente: tasa ips/1000 habitantes. Independientes: concejo, nº ips, población padrón, indicadores sociodemográficos del SADEI (densidad de población, edad, tasa extranjera, Índice de juventud, Índice envejecimiento, Índice dependencia, sexo, Tasa natalidad, Tasa mortalidad, saldo vegetativo, Tasa nupcialidad, Tasas migratorias, renta familiar disponible 2018, población >16 años, nivel de estudios, contratos según sector productivo, población activa, parados, empleo). Fuente: Registro de Instrucciones Previas de Asturias. SADEI. Análisis estadístico: variables cuantitativas media y desviación estándar. Correlación Spearman (correlación fuerte: 0,5-1). Regresión Logística (Enter).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

N=78 concejos. Nº de IPs Asturias: 9585. Tasa: 9,54. Concejos con menor tasa (0): Villayón, Yernes y Tameza, Taramundi, Somiedo, Pesoz, Peñamellera Alta, Illano. Concejos con mayor tasa: Oviedo (11,95), Gijón (11,82), Villaviciosa (11,01), Ribera de Arriba (10,72), Coaña (10,35), San Martín del Rey Aurelio (9,8), Sobrescobio (9,65). Variables con correlación fuerte >0,6: población (0,6), densidad (0,75), edad media(-0,69), índice de juventud(0,7), índice de envejecimiento(-0,72), parados(0,6), población activa sector construcción(0,6), población activa sector servicios(0,61). En la regresión lineal el modelo explica el 62% de la variabilidad de la tasa de IPs ($R^2:0.62;p<0.001$). Las variables con mayor peso: Población ($\beta:-3.4;p: 0.02$), edad media($\beta:-0.83;p<0.001$), población activa en industria($\beta:-2.3;p:0.01$)

Conclusiones

Las mayor tasa de IPs se da en concejos con mayor población, más joven y mayor peso de actividad industrial o servicios. No se observan relaciones con otras variables (nivel de estudios o variables económicas). Por tanto, la menor tasa de IPs sea socia a características propias del mundo rural. El modelo explica un 60% de la variabilidad, existen, por tanto, otros factores que dificultan o favorecen el registro de IPs que no dependen de los indicadores sociodemográficos, como pueden ser campañas activas de promoción de las IPs, accesibilidad... y por tanto interesante diseñar intervenciones específicas para entornos rurales y población de mayor. Es necesario seguir investigando para conocer la influencia de otros factores como los culturales o accesibilidad de servicios.

CURA INTEGRAL: CICATRIZACIÓN DE UNA DEHISCENCIA DE SUTURA

GEMA JIMÉNEZ-MASERO; SONIA DE SANDE-PÉREZ; LOURDES MOLERO-HERNÁNDEZ; MARIA VICTORIA HERRERO GUARDADO; SONIA GARCÍA GARCÍA; IRENE MORALES ROMEU

FUNDACIÓN PRIVADA HOSPITAL-ASILO DE GRANOLLERS// CATALUÑA

ID: 15808

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Estudiamos la cicatrización por segunda intención de una dehiscencia de sutura que no evolucionaba según la evidencia actual: Fue la decisión de curar con hidrocoloide en polvo donde se produjo el cambio. Se trataba de una lesión con abundante exudado, no controlado, no candidato a TPN por sangrado. Utilizamos los productos establecidos por el centro. La decisión para probar este producto también estuvo basada en el estado del paciente: verbalizaba cansancio, tristeza y frustración.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Establecer un plan de curas en todos los turnos y en domicilio. Detectar los factores implicados en la cicatrización.

Favorecer la cicatrización de la herida controlando el exudado y los factores coadyuvantes. Evaluar el resultado de la herida y la respuesta del paciente.

Métodos

Tras obtener el consentimiento por escrito para obtener datos e imágenes del paciente, registramos la evolución semanalmente de la cicatrización. Entrenamos a las compañeras para realizar el mismo manejo de la cura. El paciente finalizó la curación con la asistencia de Hospitalización a domicilio; se realizó el mismo tipo de cura hasta su total cicatrización, realizamos seguimiento con imágenes del proceso. En colaboración con otros profesionales, mejoramos su estado nutricional, funcional y normalizamos los valores alterados de la glucemia y la presión. Realizamos educación sanitaria para favorecer la autonomía, la autoestima e independencia al señor. Para realizar la valoración enfermería, utilizamos la estandarización ATIC y las recomendaciones de cura de heridas más actualizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

No había granulado en 15 días, propusimos al médico el cambio de estrategia; introduciendo el nuevo producto; utilizado habitualmente para el secado de la zona peri-estoma. En 3 días pudimos observar tejido de granulación, lo que alentó a seguir con la misma cura. Añadimos suplementos proteicos a la dieta; ajustamos, junto con endocrinología el manejo de la diabetes; y aseguramos valores normalizados de la presión arterial. Evidenciamos la cicatrización por completo hasta la epitelización de la herida con imágenes. La duración de la cual fue de un mes. El paciente expresaba gratitud, mejorando considerablemente su estado anímico. Los valores nutricionales se normalizaron, así como las glucemias y la presión.

Discusión

Creemos que la curación, que en un primer momento sólo se centraba en la eficacia del producto, también fue multifactorial. La terapia multidisciplinar, además del manejo emocional para con el señor, fue el detonante de su curación. En un primer momento, nos centramos en el producto, y creemos que fue cuando se hizo una actuación multifactorial, lo que desencadenó la mejoría. El manejo enfermero para reunir todos estos factores, fue determinante. Nos centramos en el producto utilizado, y cuando valoramos el resto de factores, fue cuando nos cuestionamos qué era lo que realmente había funcionado: la valoración y actuación holística del equipo.

ESTRATEGIA PARA LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO REGIONAL DE DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONCEPCIÓN LÓPEZ ROJO¹; TERESA RAMÓN ESPARZA¹; JOSÉ EDUARDO CALLE URRÁ¹; JUANA GOMEZ FERNANEZ¹; PILAR NIETO MARTINEZ²; JUAN ANTONIO MARQUÉS ESPÍ¹

¹SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD,²FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17041

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente establece la obligación de obtener el consentimiento informado por escrito ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos y siempre que se apliquen procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes con repercusiones negativas sobre la salud.

Se ha identificado una amplia variabilidad en el número, calidad y grado de informatización de los documentos utilizados a nivel regional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es elaborar el Catálogo de documentos de consentimiento informado corporativos (DCI) de un Servicio Regional de Salud con el fin de mejorar el proceso de información al paciente y la toma de decisiones compartida acerca del procedimiento que se propone realizar.

Una vez creado el Grupo Técnico de trabajo (GT), se aprobaron los criterios de calidad, se priorizaron las especialidades en las que empezar a trabajar y se estableció el procedimiento de trabajo para la elaboración de los documentos y la informatización de los mismos.

La elaboración de los DCI se realiza en dos fases: la confección del listado de procedimientos que requieren disponer DCI dentro de cada especialidad y el diseño de los documentos. Ambas fases se llevan a cabo con el consenso de los responsables de los servicios clínicos. Finalmente son aprobados por el Gerente del Servicio de Salud e incorporados al Catálogo regional e historia clínica electrónica.

Para el diseño de los contenidos se revisan los formularios existentes en las áreas de salud, en otros servicios de salud, los de las sociedades científicas, y en ocasiones se revisa la evidencia científica disponible.

Para la monitorización del proceso se utilizan los siguientes indicadores: especialidades con el listado de procedimientos elaborados por GT, listados consensuados con los servicios, DCI elaborados por el GT, documentos consensuados con los servicios, DCI incorporados al Catálogo y DCI incorporados a la historia clínica electrónica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se priorizaron 20 de las 45 especialidades clínicas. El GT ha confeccionado el listado de procedimientos para estas especialidades (100%). En 11 de las mismas el listado ha sido consensuado con el servicio (55%).

Respecto al diseño de los documentos el GT ha elaborado 724 DCI, de los que 414 (57,18%) han sido consensuados con los servicios. 356 han sido aprobados mediante Resolución del Gerente del SMS e incorporados al Catálogo que ha sido elaborado (49,17%), y 200 DCI se han incorporado en historia clínica electrónica (27,62%).

Tanto los ciudadanos como los profesionales pueden acceder a los documentos a través de la página web del Catálogo.

La elaboración del Catálogo ha permitido unificar el contenido clínico de los documentos, que cumplen además con los criterios de calidad definidos. Su informatización en el Catálogo e historia clínica ha permitido mejorar el acceso, almacenamiento y recuperación posterior.

Todo ello redundará en la mejora del proceso de información y de toma de decisiones compartidas entre médico y paciente.

INTERVENCIÓN GRUPAL EN POBLACIÓN MAYOR DE 70 AÑOS PARA MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE SUS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

FRANCISCA DÍAZ ORTEGA¹; PATRICIA ALCÁZAR MORGÁ¹; CARMEN JIMÉNEZ GEA¹; ANA FÁTIMA NAVARRO OLIVER²; ANA RUANO MARTÍNEZ¹; ANA GARCÍA RUBIO¹

¹CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS, ²DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17383

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Proyecto de intervención está dirigido a población mayor de 70 años con el fin de mejorar el seguimiento y prevención de sus factores de riesgo cardiovascular. Los usuarios candidatos son perfiles con enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus Tipo 2, la Hipertensión Arterial o ambas.

Estos pacientes tienen un peso importante en las consultas programadas de Enfermería, por lo que se decidió acceder a ellos con un formato diferente de consulta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Introducir la atención grupal como parte del seguimiento de sus patologías crónicas

Objetivos específicos

- Planificar el seguimiento de estos pacientes alternando consultas individuales con educación grupal
- Detectar de forma precoz el anciano frágil
- Facilitar, promover la relación y un adecuado soporte social

Se han realizado grupos de 10-12 personas captados en las consultas programadas de Enfermería y a través de la herramienta PIN del programa OMI. Está planteado de manera que se realicen 2 sesiones grupales y 2 sesiones individuales en consulta al año, alternadas entre sí 3 meses.

La duración de las sesiones es de 60 minutos y, además del tema a tratar, se realiza seguimiento de sus parámetros antropométricos y escalas de valoración.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la citación de 94 pacientes conseguimos la asistencia de un 66%, dispuesto a participar en la intervención comenzando con una sesión grupal. Referente a sexo, el 53% eran hombres y el 47% mujeres, la edad media de todos ellos fue 78,2 años. Del total de participantes, el 71,6% tenía Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2, el 28,4% restante tenía una de ellas. En relación con el seguimiento de la intervención, conseguimos la adherencia a las siguientes visitas tanto individuales como grupales del 47% de los pacientes participantes de la intervención.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes que intervinieron, el 87% se mostraron satisfechos con este tipo de seguimiento y solo el 13% comunicaron abiertamente a través de la encuesta de satisfacción que no les había parecido interesante la intervención y que preferían el seguimiento únicamente en consulta.

Del 53 % de los que no se adherieron a este tipo de seguimiento, el 18% no tuvieron seguimiento grupal ni individual con la enfermera de Atención Primaria desde aquel momento y el resto continuaron acudiendo únicamente a las Consultas Programadas con su Enfermera.

En cuanto a la detección precoz de fragilidad, el 45% de pacientes cumplían criterios de prefragilidad y un 11,6% de frágiles.

Consideramos que este formato de seguimiento en este grupo de población, nos puede permitir un seguimiento más planificado, evitando la hiperfrecuentación en consulta. Ofrecemos mayor tiempo de calidad a la vez de ser una fuente de motivación para la adquisición de hábitos saludables. Por parte del profesional supone un ahorro de tiempo de consulta y una forma distinta de intervenir en este grupo de edad que tiene una presencia tan importante en las consultas de Enfermería.

DIGITALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE ALTO IMPACTO EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ; DOLORES MENDOZA MENDOZA; CARMEN DOMÍNGUEZ QUESADA; INÉS MARÍA FERNÁNDEZ MAEZTU; ALBERTO MORENO CONDE; JOSE JAVIER PÉREZ VENEGAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA// ANDALUCÍA

ID: 17726

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de un modelo de atención de los pacientes con enfermedades reumáticas de alto impacto basado en la incorporación de un sistema de ayuda a la toma de decisiones en combinación con una aplicación móvil para el seguimiento de los pacientes puede ser coste efectiva y mejorar la calidad del proceso asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto consiste en el diseño, desarrollo, pilotaje y evaluación de un modelo de atención personalizada para los pacientes con enfermedades reumáticas de alto impacto atendidos en el hospital. Nace con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, aumentar la adherencia al tratamiento y evitar desplazamientos innecesarios, lo que facilitaría una relación médico-paciente mucho más fluida y personalizada.

Para ello, un equipo multidisciplinar formado por ingenieros y facultativos especialistas de la unidad de reumatología, ha diseñado y desarrollado un sistema de control y seguimiento de los pacientes reumáticos, en combinación con una aplicación móvil que permite al propio paciente registrar información sobre su estado de salud de forma sistemática (PROMs), acceder a contenido educativo personalizado y contrastado proporcionado por su especialista y/o mantener un control de alertas, citas y medicación. Se pretende con ello hacer que el paciente se sienta mucho más partícipe de su tratamiento y pueda controlar la evolución de su enfermedad, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, el proyecto está en la fase de diseño y pre-pilotaje, para realizar las últimas revisiones y mejoras del sistema. La evaluación se centrará en analizar el nivel de uso de la aplicación (número de accesos y registros de datos) y su impacto en la salud de los pacientes: Asistencia a urgencias, ingresos hospitalarios, efectos adversos (CTCAE), calidad de vida (EORTC), supervivencia, consumo de recursos sanitarios, etc. Se evaluará además la aceptación (Technology Acceptance Model) percibida por los profesionales sanitarios y por los pacientes. También se llevará a cabo una evaluación económica del nuevo modelo de atención.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

CARMEN CANOVAS

QUIRONSALUD MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15202

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

¿Paciente o cliente?, ¿asistencia o servicio?, ¿curación o transacción?, los términos cambian según se trate de una empresa sanitaria, de venta de muebles o de estancias vacacionales, pero en el fondo todas hacen y persiguen lo mismo: prestar servicios excelentes a las personas, fidelizarlas para que vuelvan y recomienden el servicio.

En Quirónsalud hemos puesto al paciente en el centro de nuestra estrategia, en el que la asistencia humanizada es un pilar importante, pero no el único, para conseguir que la experiencia del paciente sea el nuevo paradigma de la excelencia sanitaria, junto con la seguridad y la efectividad de la práctica clínica.

La experiencia del paciente es el eje estratégico en torno al cual se construye el presente y el futuro de Quirónsalud, por su gran impacto tanto en la mejora continua de la calidad asistencial, como por el especial énfasis que requieren los valores humanos en un mundo cada vez más digitalizado, robotizado y automatizado, ambos aspectos parte importante de la línea estratégica, cultura y seña de identidad del Grupo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para mejorar la experiencia del paciente, trabajamos en:

- * Reforzar la cultura de EXP en todos los niveles de QS, compromiso con culturas organizacionales fuertes y vibrantes, compromiso de liderazgo para apoyar los esfuerzos de experiencia, trabajo en equipo.
- * Aumentar la accesibilidad de los pacientes a nuestros servicios
- * Ofrecer procesos amables, transparentes y resolutivos para los pacientes
- * Hacer un uso eficiente de los recursos, reduciendo actividades de bajo valor y aumentando la experiencia y productividad de nuestros profesionales
- * Aumentar la personalización y el acompañamiento integral del paciente.
- * Asegurar en todo momento la excelencia clínica y los mejores resultados en salud.
- * Figura dinamizador: perfil no asistencial nexo de unión entre el personal sanitario y los pacientes y familiares de estos, cuyas competencias y habilidades son:

Empatía

Adaptabilidad

Innovación

Optimismo positivo

Autonomía

Aprendizaje activo

Comunicación

Orientación al paciente

Colaboración y trabajo en equipo

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Objetivos y Conclusiones

Desde la incorporación a nuestro Hospital de la figura dinamizador, en abril de 2023 se observa tendencia positiva, aumento de agradecimientos y reseñas positivas en google.

La mejora de la experiencia que tiene los pacientes en nuestros centros forma parte de nuestro ADN desde 2010, tanto por la búsqueda de la excelencia y seguridad en el servicio que prestamos, como por la atención con un trato humano que tenga en consideración una visión holística del paciente.

Entre los grandes retos para mejorar la experiencia del paciente, el cambio cultural es precisamente el más difícil y requiere indudablemente que los líderes crean en la mejora de la experiencia como motor del cambio de sus organizaciones, por ello debemos profundizar en la implicación y el compromiso de todos los profesionales que conforman nuestro Centro en la mejora de la experiencia del paciente y sus familiares.

MEJORANDO LA EXPERIENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS A TRAVÉS DE LA DIGITALIZACIÓN

MARIA MARTINEZ CASTRO

HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15263

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La revolución tecnológica y las RRSS están invadiendo todos los aspectos de la vida actual. Esto es trasladable a nuestro ámbito sanitario. Poniendo al alcance del paciente estas tecnologías conseguimos herramientas para mejorar la calidad asistencial y la experiencia del paciente. El Hospital Ruber Internacional ha implementado un proyecto piloto en el área de maternidad dotando las habitaciones con elementos digitales (tablets) a través de los cuales la paciente puede ponerse en contacto con el personal sanitario y solicitar y recibir información y formación sobre su proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Mejorar la experiencia de paciente a través de nuevas tecnologías que nos permiten ofrecer una atención sanitaria más eficiente y segura, mejorar el acceso a la información clínica y la comunicación con los profesionales, así como una mejor gestión de los recursos asistenciales.

Metodología

El proyecto consiste en transformar en SMART ROOMS las habitaciones de hospitalización obstétricas dotándolas de dispositivos electrónicos (tablets) a través de los cuales la paciente puede acceder a su historia clínica electrónica y establecer comunicación activa con el personal sanitario (dotado con smartphones), mejorando la accesibilidad, la calidad asistencial y la experiencia de paciente y disminuyendo tiempos de respuesta. Las funcionalidades que ofrece al paciente y a sus acompañantes se dividen en: información general y clínica, comunicación activa con los profesionales, selección de menú, salud y educación sanitaria, entretenimiento y ocio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Este proyecto lleva en funcionamiento desde mediados de abril por lo que todavía no se pueden extraer resultados cuantitativos, pero sí hemos observado, a través de entrevistas personales con las pacientes, una mejora en la comunicación efectiva con las mismas y una mayor rapidez en satisfacer sus necesidades.

Conclusión

Humanizar y ofrecer la mejor asistencia es sentirse comunicado con los profesionales cuando les necesitas, con tus seres queridos y el exterior, así como conocer tu información clínica y que el personal asistencial pueda explicártela a pie de cama.

EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE QUIRÓFANO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA

MARÍA VALERO SORIANO¹; ISABEL MARÍA JIMÉNEZ MORENO¹; JOSÉ MARÍA RODRÍGUEZ LUCAS¹; MIGUEL RUIZ MARÍN¹; PEDRO LÓPEZ MORALES¹; ANTONIO ALBARRACÍN MARÍN-BLÁZQUEZ¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, ²HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17211

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Aportar un cuidado adecuado a las necesidades específicas de los pacientes con demencia ofrece numerosas dificultades para los profesionales sanitarios del área quirúrgica, siendo uno los principales obstáculos el conseguir una comunicación eficaz. Esta situación se ve todavía más dificultada debido a la necesidad de contar con más personal, así como que éste tenga formación específica en el manejo del paciente con demencia, que no suele ser habitual en los hospitales actuales. Con el objetivo de vencer estas barreras, los profesionales desarrollan una serie de estrategias en base a su propia experiencia para intentar lograr la máxima calidad asistencial. Así pues, este estudio refleja la necesidad de establecer guías o protocolos de actuación específicos para aportar un "cuidado centrado en el paciente con demencia" durante su paso por el quirófano, que incorpore también a la familia en el cuidado y en la toma de decisiones. Con la implementación de estas medidas, resultaría más sencillo establecer una relación terapéutica efectiva con los pacientes con demencia en el área quirúrgica, mejorando así la calidad asistencial y los resultados postoperatorios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El manejo de los pacientes hospitalizados con demencia presenta mayores complicaciones que el resto de pacientes para los profesionales sanitarios y, en concreto, en el área quirúrgica, debido a barreras de comunicación, falta de cualificación del personal y escaso tiempo de interacción durante su estancia en el quirófano. El objetivo de este estudio es explorar la percepción de los profesionales de quirófano sobre el manejo de personas con demencia, identificar posibles barreras y proponer estrategias que establezcan una relación terapéutica efectiva y mejoren la calidad asistencial en este servicio.

Se trata de un estudio de diseño cualitativo. Se realizaron 20 entrevistas semiestructuradas al personal de quirófano del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia de Febrero a Marzo del 2021, para posteriormente realizar un análisis temático. Los participantes fueron seleccionados mediante un método de muestreo intencional no probabilístico, asegurando la representación de todos los colectivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el análisis de las entrevistas, emergieron cuatro grandes temas: 1. Desafío en la comunicación; 2. Protocolo basado en la experiencia; 3. Emociones; y 4. Necesidades percibidas.

Los profesionales sanitarios del área quirúrgica se enfrentan numerosas dificultades para el manejo de los pacientes con demencia, empleando estrategias basadas en la propia experiencia, debido a la ausencia de protocolos de actuación específicos. Esta situación refleja la escasa formación específica de los equipos de quirófano y la falta de adaptación de la infraestructura, para poder asegurar un cuidado de calidad cuando los pacientes con demencia se someten a una intervención quirúrgica.

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES DE UN ÁREA DE SALUD

ROSARIO PEINADO CLEMENS¹; ESTHER DIESTRE MORCILLO²; MARÍA SOLEDAD CAMPAL DONAIRE¹; CARLOTA TORRES FERNÁNDEZ¹; CONCEPCIÓN DE VERA GUILLÉN²

¹ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ// EXTREMADURA

ID: 13034

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la calidad de los servicios de salud es llevada a cabo por los gestores de las instituciones pero además, es necesario conocer la información del paciente al que se le ha prestado la asistencia. Para ello, se realizan encuestas de satisfacción, ya que las respuestas de los pacientes a preguntas concretas, nos ayudan a comprender mejor sus necesidades y nos permiten brindar una atención accesible y de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en tres zonas diferenciadas del Área de Salud de Badajoz: Consultas Externas, Urgencias hospitalarias y Atención Primaria.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos obtenidos mediante la puesta en marcha de 17 paneles electrónicos de encuestas a pacientes situados en las salidas de los respectivos pabellones durante el primer trimestre de 2023. De los 17 paneles, 6 fueron ubicados en diferentes centros de salud. La primera pregunta evalúa la satisfacción global con cinco opciones de respuestas faciales fácilmente reconocibles, posteriormente se evalúan otras cuestiones como lugar de atención, personal que le ha atendido... En este caso, las respuestas son mediante escala Likert del 1 al 5. Finalmente se pregunta sobre la probabilidad de recomendación del servicio en una escala de 0 a 10.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtuvieron 8211 respuestas a la primera pregunta con un 70.63% de satisfacción buena o muy buena, siendo el ámbito de atención mejor valorado el de Consultas Externas. Las respuestas no eran obligatorias y el número de contestaciones a las siguientes preguntas ha ido disminuyendo hasta llegar a la menos respondida "¿a qué profesional ha valorado en la pregunta anterior?" a la que contestaron 939 personas. Los aspectos mejor valorados son la claridad de la información recibida (77.9%), el tiempo dedicado a la consulta (74%) y el trato y la amabilidad de los profesionales que le atendieron (80.6%) no existiendo diferencias significativas entre los tres ámbitos de estudio. Lo peor, el ruido y la comodidad de las instalaciones. Finalmente, la valoración global del servicio medido con el Net Promoter Score®, en el que los usuarios puntúan en una escala del 0 al 10 donde 0 se considera que es muy improbable que el cliente nos recomiende y 10 muy probable que sí y en la que se restan los resultados negativos a los positivos, es de 30.33 lo cual consideramos que es muy positiva pero lejos de la excelencia que supondría una puntuación por encima de 70.

Conclusiones

La medida del grado de satisfacción del usuario constituye una herramienta clave para la evaluación de la práctica asistencial. El sistema mediante paneles implantado en nuestra área tiene como ventaja principal que llega a gran número de usuarios aunque limita el tamaño de la información. No obstante se constituye como una importante fuente de información que nos permite detectar oportunidades y áreas de mejora en los diferentes niveles de atención sanitaria.

IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL BARÓMETRO DEL DOLOR

SARA RUBIO BRONIOWSKI¹; MARIA DUEÑAS²; ALEJANDRO SALAZAR²; HELENA DE SOLA³; INMACULADA FAILDE³

¹FUNDACIÓN GRÜNENTHAL// COMUNIDAD DE MADRID

²OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN OPERATIVA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

³OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

ID: 14915

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico (DC) es un problema de Salud Pública que afecta al 17% de la población española y los pacientes que lo padecen hacen uso del sistema sanitario con mayor frecuencia. Existe además una relación directa entre el grado de dolor y el uso de recursos sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer y describir el impacto que tiene el DC en el uso de recursos sanitarios en el ámbito español y las diferencias que existen entre la población sin dolor, con DC y con dolor continuo no crónico.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal en población española de 18 a 85 años mediante encuesta telefónica (CATI) y online (CAWI). En una muestra proporcional al tamaño de la población por sexo, edad y CCAA.

Se definió como dolor crónico aquel que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde al menos tres meses. El dolor continuo (no crónico) se definió como aquel que ocurre al menos 4 o 5 días a la semana y tiene lugar desde hace menos de 3 meses. Se recogió información sociodemográfica, presencia de dolor crónico, presencia de dolor continuo no crónico e información sobre no dolor, así como también información sobre uso del sistema sanitario a causa del dolor. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Para la consecución del estudio se entrevistó a un total de 7058 personas (6.394 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 664 encuestas telefónicas CATI a población de 76 a 85 años).

Los resultados obtenidos reflejan que, en el último mes, más de la mitad de los pacientes con dolor han requerido asistencia sanitaria (59,3% de los pacientes con DC y 59,7% de aquellos con dolor continuo), mientras que solo han hecho uso de este servicio el 28,1% del grupo libre de dolor.

A nivel general, atención primaria es el servicio más utilizado por las tres poblaciones, aunque ligeramente más demandado por la población con DC (88,2% vs 82,1% población con dolor continuo y 80,2% libre de dolor).

La atención especializada es el segundo recurso más utilizado y el que más diferencia presenta entre grupos. El 71,5% de las personas con DC ha visitado al médico especialista en el último mes, en comparación con el 54,3% de la población con dolor continuo y el 53,3% de personas sin dolor.

Por último, la especialidad más demandada por los pacientes con DC es traumatología, con un 47,7% de pacientes que acuden a este servicio. Adicionalmente, casi uno de cada cuatro pacientes con DC (24,1%) que requiere atención especializada, ha sido atendido el último mes en la unidad del dolor, donde el tiempo medio de espera se sitúa en 10,5 meses.

Conclusiones

Los pacientes con dolor (crónico y continuo) hacen un mayor uso de los servicios sanitarios que la población libre de dolor, debido principalmente a una mayor necesidad de asistencia asociada a la enfermedad. Esto pone de manifiesto la necesidad de optimizar su abordaje para disminuir la utilización de recursos y el impacto que esto conlleva.

LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN CON DOLOR CRÓNICO - BARÓMETRO DEL DOLOR

SARA RUBIO BRONIOWSKI¹; MARÍA DUEÑAS²; ALEJANDRO SALAZAR²; HELENA DE SOLA³; INMACULADA FAILDE³

¹FUNDACIÓN GRÜNENTHAL// COMUNIDAD DE MADRID

²OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN OPERATIVA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

³OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

ID: 14917

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico (DC) es un problema de Salud Pública que afecta al 17% de la población española e impacta significativamente en su calidad de vida, limitando las actividades diarias y dificultando la vida social, familiar y laboral.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Conocer y describir el impacto del DC en la calidad de vida y las principales limitaciones que produce en actividades diarias.
- Comparar diferencias entre la población sin dolor, con dolor continuo y con DC.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal en población española de 18 a 85 años mediante encuesta telefónica(CATI) y online(CAWI), realizado a 7058 personas, con una muestra representativa de la población española por sexo, edad y CCAA.

Se definió como DC aquel que tiene lugar de forma continua (durante más de 4 días a la semana) y persiste al menos 3 meses. El dolor continuo no crónico se definió como aquel que ocurre al menos 4 o 5 días a la semana y tiene lugar desde hace menos de 3 meses.

Se recogieron datos relacionados con la presencia de DC, de dolor continuo y ausencia de dolor, así como las limitaciones en la vida diaria y calidad de vida, evaluada a través de cuestionarios SF-12v2 para cuantificar salud física y mental. El estado de ansiedad o depresión se midió mediante el HADS. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La calidad de vida física, medida en escala PCS-SF12v2 (0-100puntos) está más comprometida en la población con DC (38;DT:10,5) que en el grupo con dolor continuo (45;DT:8,66) y libre de dolor (50,9;DT:7,31). En la calidad de vida mental, medida con la escala MCS_SF12v2, se observa igualmente una peor puntuación en la población con DC (42,4;DT:11,62), que con dolor continuo (44,6;DT:10,9) o sin dolor (48,7;DT:10,44).

En las puntuaciones del cuestionario HADS se observa que los individuos sin dolor presentan unas puntuaciones de 4,2(DT:3,7) en depresión y de 4,8(DT:3,8) en ansiedad, inferiores a los de la población con dolor continuo (5,6(DT:4) y 6,7(DT:4) respectivamente), y de individuos con DC (7,2(DT:4,5) y 8,0(DT:4,5) respectivamente). La proximidad del grupo con DC al umbral indicativo de indicios de patología(8puntos) determina un mayor riesgo de desarrollar ambos trastornos.

En cuanto a limitaciones en la vida diaria, los pacientes con DC presentan mayor dificultad o incapacidad para llevar a cabo ciertas actividades, siendo las más problemáticas levantarse de la silla/cama (59%), sentarse (52%), y vestirse/desvestirse (44,7%).

Estas limitaciones conllevan una mayor necesidad de apoyo externo, mayoritariamente en el grupo de DC, donde el 10,7% de los individuos recibe ayuda para levantarse, el 10,6% para ducharse y 10,3% para ir al baño.

Conclusiones

Los personas con DC reportan una menor calidad de vida física y mental, y mayor nivel de depresión y ansiedad que los individuos con dolor continuo o sin dolor. También presentan mayor limitación para realizar las actividades diarias y mayor necesidad de apoyo para el desarrollo de las mismas.

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA E INFLUENCIA DEL PERFIL DEL PACIENTE EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

JUAN JOSÉ RUIZ MANZANERA; BEATRIZ FEBRERO SÁNCHEZ; INMACULADA ROS MADRID; JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15512

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida (CdV) de los pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPTP) podría verse afectada negativamente. Algunos estudios han demostrado que la mejora de la CdV después de la intervención quirúrgica mediante paratiroidectomía no es significativa en ciertos pacientes. Los estudios no han analizado cómo las variables socio-personales y clínicas pueden influir en esta afectación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos: 1) Analizar el impacto sobre la CdV en pacientes con HPTP tras la cirugía; 2) Determinar si la mejora en la CdV se asocia a un perfil socio-personal y clínico en los pacientes.

Estudio prospectivo de pacientes con HPTP esporádico con indicación quirúrgica. Como instrumentos de medida de CdV se administraron el cuestionario SF-36 y el cuestionario PHPQoL, específico del HPTP y validado en la población española. Se realizó un análisis comparativo de forma preoperatoria, a los tres y a los doce meses tras la cirugía. Se elaboró un análisis multivariante mediante modelos de regresión logística binaria para valorar las variables socio-personales y clínicas influyentes en la mejoría de la CdV.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 49 pacientes. Con respecto al cuestionario SF-36, a los tres meses de la cirugía se evidenció una mejoría en las dimensiones de función física ($p=0,016$), salud general ($p=0,001$), vitalidad ($p<0,001$), función social ($p=0,009$), rol emocional ($p=0,001$), salud mental ($p=0,001$) y en la evaluación declarada de salud del paciente ($p<0,001$). Al año de la intervención se observó una mejoría de las esferas de dolor corporal ($p=0,012$), salud general ($p=0,004$), vitalidad ($p=0,002$), función social ($p=0,009$), salud mental ($p<0,001$) y en la evaluación declarada de salud del paciente ($p<0,001$). El cuestionario PHPQoL reflejó una mejoría de la CdV significativa a los tres meses (44,23 vs. 53,51; $p<0,001$) y al año de la intervención (44,50 vs. 55,24; $p<0,001$).

El análisis de regresión logística binaria mostró que los pacientes con peor CdV prequirúrgica mejoraban su CdV tras la intervención, en PHPQoL (Coeficiente 0,958; $p=0,017$), índice sumario físico (PCS) (Coeficiente 0,832; $p=0,038$) e índice sumario mental (MCS) (Coeficiente 0,849; $p=0,005$). Además, los pacientes con dolor óseo presentaron más probabilidad de mejorar tras la cirugía en PCS (Coeficiente 99,31, $p=0,038$). Por otro lado, los pacientes con patología psíquica previa asociaron menor riesgo de mejora en MCS (Coeficiente 0,04; $p=0,015$) y niveles de PTH elevados se relacionaron con mayor probabilidad de mejora en MCS tras la cirugía (Coeficiente 1,012; $p=0,047$).

Mediante la utilización de un cuestionario general y un cuestionario específico validado se ha observado una mejora de la CdV a corto plazo en pacientes con HPTP, que se mantuvo tras un año de la intervención. Los pacientes con peor CdV, dolores óseos y niveles elevados de PTH previos a la paratiroidectomía presentan más probabilidad de alcanzar mejoría en la CdV tras la cirugía.

SATISFACCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA LA PREVENCIÓN DE SÍNDROMES DE INMOVILIDAD

ADRIÁN CASCALES MARTÍNEZ¹; MARÍA JOSÉ VICENTE PÉREZ²; MARÍA DOLORES MEROÑO RIVERA²; FRANCISCO JOSÉ CASCALES MARTÍNEZ³; MARÍA MAGDALENA ALBALADEJO VERGARA²; AMINA DZENANOVIC ARNAUTOVIC²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR, ²COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, ³AFADE ALCANTARILLA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15591

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los síndromes de inmovilidad por encamamiento prolongado representan un grave problema de salud en pacientes hospitalizados. La implementación de programas de ejercicios ha demostrado ser efectiva en la prevención de estos síndromes y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de los participantes tras la implantación de un programa de ejercicios adaptado a la condición del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Un total de 102 pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Santa Lucía (Cartagena) recibieron un cuadernillo de ejercicios diseñado específicamente para prevenir síndromes de inmovilidad por estancia hospitalaria prolongada.

Se diseñaron 3 cuadernillos diferentes en función de la situación basal de paciente y según sus capacidades o necesidades físicas.

Los cuadernillos fueron diseñados por el Servicio de Rehabilitación y la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital, y fueron entregados por médicos y enfermeros de las plantas o unidades de hospitalización, durante un periodo de 30 días, cuando el ingreso de prolongaba a más de tres días y existía estabilidad clínica y hemodinámica.

A las 4 semanas de la entrega del cuadernillo, se realizó una encuesta de satisfacción telefónica al paciente o al cuidador principal, evaluando su experiencia, satisfacción y adherencia al programa de ejercicios con 3 preguntas evaluadas mediante la escala Likert.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: De los 102 participantes, el 85% completó la encuesta telefónica. Los resultados mostraron un alto nivel de satisfacción con el programa de ejercicios, donde el 92% de los participantes manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos. La mayoría destacó la claridad y facilidad de comprensión del cuadernillo de ejercicios, así como la variedad de ejercicios propuestos. Además, el 72% de los participantes informaron haber realizado regularmente los ejercicios propuestos durante el periodo de 4 semanas, e incluso, el 42% reconocía seguir realizándolos en domicilio. De todos ellos, solamente 4 pacientes precisaron de una valoración por el Servicio de Rehabilitación, y solamente 1 precisó fisioterapia durante el ingreso hospitalario.

Conclusión: La implantación de un programa de ejercicios a través de un cuadernillo informativo puede ser una estrategia efectiva para prevenir síndromes de inmovilidad por encamamiento prolongado en pacientes hospitalizados y mejorar su calidad de vida. La alta satisfacción de los participantes respalda la utilidad y aceptación de este programa. Además, la adherencia de los participantes al programa de ejercicios es un factor clave para su éxito, y los resultados reflejan una buena participación en su realización. Se sugiere así continuar investigando y promoviendo la implementación de estos programas en otros entornos y Servicios asistenciales, así como desarrollar estrategias que involucren al personal sanitario haciéndolos partícipes y conscientes de este problema.

EVOLUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS

ROXANA ROJAS LUÁN¹; ANTONIA CANTERO SANDOVAL¹; MARIA INMACULADA ARJONA LOPEZ¹; JUANA MARIA MARIN MARTINEZ¹; MARTA PEREZ VALENCIA²; INMACULADA VIDAL-ABARCA GUTIERREZ²

¹HOSPITAL CLINICO VIRGEN DE LA ARRIXACA. REGIÓN DE MURCIA, ²SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17215

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Para lograr una atención sanitaria de calidad es preciso de la puesta en marcha de sistemas de gestión tanto intrínseca como percibida, en este último caso siendo dirigida a la evaluación y la satisfacción de las expectativas de los usuarios. Existen modelos para la evaluación de la calidad percibida basados en encuestas, las cuales constituyen la herramienta más sencilla para conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a la atención sanitaria.

La percepción de la calidad dependerá, de entre otros factores, de cómo sea la relación entre el paciente o usuario y los profesionales sanitarios, así como de las expectativas del mismo. Por lo tanto la manera en que se realiza la comunicación con paciente o usuario contribuirá a como se vaya a desarrollar el proceso asistencial, mejorar la relación entre sanitario- paciente y, por tanto, influye en la calidad del servicio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar la calidad percibida global y de la información por los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca en los años comprendidos entre 2020-2022.

Evaluar la diferencia de la calidad percibida de la información tras fallo o incidente.

Método

Estudio descriptivo de los resultados de las encuestas de calidad percibida sobre la información por el programa EMCA para la atención en el servicio de urgencias del HCUVA en 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La calificación global de la satisfacción obteniendo puntajes de igual o más 8 en las encuestas ha sido en 2020(67,4%), 2021 (78,3%) y 2022 (78.8%). Los resultados de la satisfacción por la información recibida durante la atención en urgencias por los pacientes y por lo familiares o acompañantes con valores mayor o igual a 8 en 2020 fue de 73,9% y 72,3% respectivamente, en 2021 de 74,6% y 73,7% y por último en 2022 de 76,3% y 85,2%. En los casos donde los paciente percibieron un fallo o incidente durante la atención sanitaria refieren se les brindó la información clara por parte del personal sanitario en 87,5% (2020), en 69,2% (2021) y en 60% (2022).

Conclusión

La satisfacción por la información recibida en general es alta pero se evidencia una disminución importante al percibir por parte del paciente un fallo o incidente durante el proceso. Esto puede deberse a falta de formación por parte de los profesionales en comunicación, sensibilización al respecto y/o falta de conocimiento de dicho incidente por parte de los profesionales.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA CON DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA - BARÓMETRO DEL DOLOR

SARA RUBIO BRONIEWSKI (1); MARÍA DUEÑAS (2); ALEJANDRO SALAZAR (2); HELENA DE SOLA (3); ANA ESQUIVIAS (1); INMACULADA FAILDE (3)

¹FUNDACIÓN GRÜNENTHAL// COMUNIDAD DE MADRID

²OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INVESTIGACIÓN OPERATIVA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

³OBSERVATORIO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ (INIBICA). ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ// ANDALUCÍA

ID: 17294

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico (DC) es un problema de Salud Pública que afecta al 17% de la población general española. El DC presenta un carácter multifactorial, estando influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Conocer y describir las características epidemiológicas y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren dolor en España.
- Comparar las características de los sujetos sin dolor, con dolor continuo no crónico y con dolor crónico.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal en población española de 18 a 85 años mediante encuesta telefónica y online, en una muestra proporcional al tamaño de la población por sexo, edad y CCAA. Se definió como DC aquel que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde hace al menos tres meses. El dolor continuo (no crónico) se definió como aquel que ocurre al menos 4 o 5 días a la semana y tiene lugar desde hace menos de 3 meses. Se recogió información sociodemográfica, presencia de DC, presencia de dolor continuo no crónico e información sobre no dolor. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De las 7058 entrevistas realizadas, un 25,9% de la población encuestada padece dolor crónico (IC95%: 24,8-26,9%), siendo el grupo de población de 55 a 75 años el que presenta la prevalencia más alta de dolor crónico, 30,6% (IC95%=28,6-32,6%). Un 7,7% de la población presenta dolor continuo no crónico (IC95%: 7,1-8,3%) encontrándose una prevalencia más alta de este tipo de dolor en el grupo poblacional de 18 a 34 años, 11,2% (IC95%=9,6-12,7%). El dolor crónico afecta a un 30,5% (IC95%=28,9-32%) de las mujeres y un 21,3% (IC95%=19,9-22,6%) de los hombres. El dolor continuo está presente en un 8,8% (IC95%=7,8-9,7%) de las mujeres y en un 6,6% (IC95%=5,8-7,4%) de los hombres. La prevalencia combinada más alta de dolor (prevalencias de dolor crónico y dolor continuo sumadas) se encuentra en el grupo de 55 a 75 años (37,3%).

Conclusiones

El dolor crónico presenta un alcance y una magnitud creciente en los últimos años, y pone de manifiesto la necesidad de situar esta enfermedad como una prioridad sanitaria en España.

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE EL DÉFICIT DE INFORMACIÓN EN PACIENTES QUE SON INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA

SANDRA HERNÁNDEZ LÓPEZ ; ANA ISABEL IGUALADA JIMÉNEZ

HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14923

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La transformación económica, social y demográfica ha ocasionado el cambio de los valores bioéticos, precisando un cambio en la relación profesional sanitario-paciente. Se interactúa con un sujeto activo que quiere ejercer su derecho a la autonomía. El empoderamiento del paciente le capacita para decidir y autogestionar su cuidado. Los sistemas de cuidado están influenciados por factores personales, psicosociales, socioculturales, y con la enfermedad y organización sanitaria, lo que origina que cada individuo se enfrenta al proceso de enfermedad de manera única. En la Unidad de hospitalización de cirugía cardíaca del Hospital Ruber Internacional (HRI), pacientes y cuidadores presentan miedos e inquietudes ante el procedimiento quirúrgico. Estos son nacionales e internacionales y según su cobertura sanitaria de la seguridad social (C. Mancha), aseguradoras o privados, originando una gran variabilidad. En la unidad se crea una red de apoyo humanista en la toma de decisiones, proporcionando la información y cuidados para cubrir todas las necesidades.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

O: Empoderar al paciente y/o cuidador principal, transmitiendo información de calidad que permita la toma de decisiones, siendo el paciente el principal agente de cambio de su estado de salud.

M: Estudio cualitativo, U.H.C. Cardíaca del HRI, enero-mayo 2019. Muestra: pacientes privados, sociedad y seguridad social. Recursos: Encuesta semiestructurada a pacientes y cuidadores. Encuesta satisfacción. Indicadores: cuantitativos. Se evidencia que muchos de los miedos son consecuencia de la desinformación y el desconocimiento, desarrollando, desde una visión holística y humana: Información práctica para los pacientes: *Guía para el paciente de cirugía cardíaca*, describiendo todo el proceso asistencial. Formación continuada al equipo sanitario (reuniones y trabajo interdisciplinar). Educación para la salud al paciente y al cuidador principal. Abordaje humanizado potenciando técnicas de comunicación (escucha activa, empatía, asertividad o entrevista motivacional), obteniendo la información para conocer las necesidades y deseos de cada individuo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 84% de p. privados llegan informados. El 76% de p. sociedades médicas llegan bien informados. El 40% de p. seguridad social poseen menos información. El p. trasladado llega sin información. Información y trato recibido de médicos y enfermeras satisfactorio. La desinformación produce: Miedos, ansiedad e incertidumbre. El estrés intraoperatorio origina complicaciones desencadenando una recuperación más tardía. Manejando una correcta información el desarrollo del proceso salud/enfermedad se ve favorecido. Se particulariza el desarrollo del empoderamiento y se construye con cada uno de ellos y su entorno, una formación en función de sus carencias y/o necesidades. Con la Guía para el paciente de cirugía cardíaca, y la educación sanitaria, se refuerzan conocimientos y capacidades de autocuidado para empoderar y proporcionar la autonomía en su cuidado y en la toma de decisiones.

DISEÑO DE HERRAMIENTA DE AYUDA LA ADMINISTRACIÓN DE VENETOCLAX EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

PAULA TORRANO BELMONTE; JAVIER IBAÑEZ CATURLA; LYDIA FRUCTUOSO GONZALEZ; VANESA DOMINGUEZ LEÑERO; MARIA GUILLEN DIAZ; MARIA HERNANDEZ SANCHEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15276

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medicación oral de pacientes oncohematológicos puede causar serios problemas a la hora de la administración, entre ellos potenciales errores de medicación como duplicidades y olvidos. A raíz de un error en el que el paciente ingirió más comprimidos de venetoclax de los que le correspondían al alta hospitalaria, desde el servicio de farmacia se decidió apoyar la información al alta de esta medicación, diseñando varios calendarios explicativos para venetoclax.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una herramienta de mejora para la administración de fármacos antineoplásicos orales como el venetoclax. Evitar potenciales errores de medicación tales como duplicidades u omisiones de este tratamiento.

Aportar seguridad en la administración de fármacos antineoplásicos orales para conseguir la máxima eficacia posible con la mínima toxicidad esperada.

Se han diseñado 4 calendarios de administración para venetoclax, según su indicación y si va acompañado o no de algún inductor potente o moderado del citocromo P450 ya que el fármaco tiene pautas posológicas diferentes.

En el caso de la leucemia mieloide aguda, se han diseñado 3 calendarios. El primero, con la fase de inducción habitual de 100 mg el primer día, 200 mg el segundo y 400 mg a partir del tercero. El segundo, en el caso de que el paciente tome además inhibidores potentes del citocromo y el tercero, en el que el paciente esta en tratamiento con inhibidores moderados.

Para la indicación de la leucemia linfocítica crónica, diseñamos un calendario ligeramente distinto al anterior con cuatro filas, ya que en este caso la pauta cambia de forma semanal. Normalmente estos pacientes inician la medicación durante el ingreso hospitalario, por lo que en el momento del alta, en el calendario se marcará el momento de la administración en el que se encuentra el paciente con la leyenda "usted se encuentra aquí".

Estos calendarios van acompañados de la imagen de la caja de medicación y comprimidos que el paciente tiene que ingerir, incluyendo los colores originales de la distintas presentaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El farmacéutico responsable del área será el responsable de explicar al paciente al alta en planta hospitalaria o a inicio del tratamiento en la consulta de atención farmacéutica oncohematológica, la posología de venetoclax apoyándose en los calendarios diseñados para ello, aportando seguridad a la administración de este fármaco en el domicilio y así evitar potenciales errores de administración, ya sean duplicidades, errores de dosis u omisión de la ingesta. Además, el calendario de venetoclax es un apoyo a la adherencia y que el paciente es consciente de en que momento de su tratamiento se encuentra.

El diseño de los calendarios de venetoclax nos ha proporcionado una nueva herramienta más de humanización de los tratamientos oncohematológicos, así como de refuerzo de pautas posológicas y refuerzo de la adherencia al tratamiento. Con esta acción también aumentamos la presencia y visibilidad del farmacéutico hospitalario en las áreas clínicas.

INCORPORACIÓN DEL TÉCNICO EN FARMACIA EN LA CONSULTA HDM: "TÉCNICO A PIE DE SILLÓN"

MARIA DEL CARMEN SOLA ZARAGOZA; VANESSA DOMÍNGUEZ LEÑERO; JOSEFA LEÓN VILLAR; ANA BELEN FERNANDEZ GARCÍA; MARIA DOLORES MARTINEZ AMANTE; MARIA DEL CARMEN PAGÁN NAVARRO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15595

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Con el objetivo de ofrecer una mejor calidad asistencial a los pacientes oncológicos, se ha habilitado una consulta de farmacia dotada de un farmacéutico especialista y un técnico auxiliar de farmacia (TAF) en la misma planta donde se ubica el Hospital de Día Médico. Debido al gran impacto que el tratamiento tiene sobre el paciente (y su entorno), es fundamental una atención individualizada a la hora de la dispensación de la medicación de soporte.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Diseñar un circuito de trabajo para mejorar la atención farmacéutica del paciente, durante la infusión del tratamiento quimioterápico y disminuir tiempos de espera en farmacia.

Integración del TAF en el equipo de hospital de día, con la función de dispensar los tratamientos de soporte del paciente oncohematológico a pie de sillón.

Aumentar la seguridad del paciente comprobando que entiende cómo tomar la medicación (dosis, posología, etc) Evitar dispensaciones no necesarias y disminución de devoluciones a farmacia.

Metodología

A través del TAF, se ha establecido un sistema de dispensación para separar los medicamentos termolábiles de los medicamentos a temperatura ambiente. Se preparan en bolsas personalizadas etiquetadas con nombre, apellidos y número de historial médico. Una vez que el medicamento está preparado para su dispensación, se lleva a la sala de tratamiento, donde encontramos al paciente. Le devolvemos su informe médico y se contacta directamente ofreciéndole la oportunidad de consultar lo que necesite relacionado con su medicación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Elaboración del circuito de dispensación de tratamientos de soporte por el TAF a pie de sillón del paciente de Hospital de Día, facilitando el circuito a los pacientes y disminuyendo tiempos de espera.

Mayor seguridad de paciente dispensando la medicación correcta, en el momento correcto. Integración del TAF en hospital de día.

Disminución de devoluciones de medicación a farmacia.

Conclusión

La dispensación por el TAF de la medicación de soporte "a pie de sillón" es una herramienta que mejora la calidad asistencial, ofreciendo al paciente mejor atención y cuidado.

SATISFACCION GLOBAL EN EL PARTO. COMPARACION ENTRE DOS GRUPOS DE MADRES QUE PRESENTARON PLAN DE PARTO

ANA BELEN MOREO HERNANDEZ; MARIA ANTONIA GARCIA LOPEZ; LUCIA DEL CARMEN GALINDO ARJONA; MARIA GUADALUPE SEVILLA HERNANDEZ; ISABEL NAVARRO RUIZ; ESTHER MARTINEZ BIENVENIDO

HOSPITAL SANTA LUCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17309

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

A finales del siglo XX se demanda por parte de la sociedad, instituciones y asociaciones sociales disminuir el patrón intervencionista durante el parto, entre las medidas que se desarrollan, figura fomentar la elaboración conjunta entre matronas y usuarias de planes de parto.

En 2007 el Ministerio de Sanidad publicó la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS*, el parto pasa de ser un evento medicalizado e intervenido a un proceso natural y fisiológico, donde la mujer tiene el derecho a que se escuche su opinión y ser consultada ante cualquier situación.

Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación con el desarrollo del parto y ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de seguras y eficaces.

El servicio de Paritorio recibe mensualmente una media de 10 planes de parto.

La forma de actuación habitual al recibirlos es que si es posible, una matrona contacte con la usuaria comente con ella su plan de parto para resolver sus inquietudes y ofrecerles expectativas realistas.

Queremos conocer cómo influye la comunicación previa entre la matrona y la usuaria en la satisfacción global percibida tras el parto en las mujeres que presentan plan de parto en nuestro hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo:

Nuestra hipótesis plantea que la comunicación previa entre la matrona de paritorio y la usuaria previa al parto mejora la satisfacción global de la misma.

Metodología

Seleccionamos las usuarias que presentaron plan de parto entre diciembre de 2022 y febrero de 2023 en nuestro hospital, excluimos los que habían finalizado en cesárea.

De los 30 planes, excluimos 7 que finalizaron en nacimiento por cesárea y 1 parto en casa.

De los 22 planes restantes 11 fueron contactados, 9 finalizaron en parto eutócico y 2 en parto vacuo y de los 11 no contactados, 8 finalizaron en parto eutócico y 3 en parto vacuo.

Para valorar la satisfacción global en ambos grupos, utilizamos la escala Mackey de satisfacción del parto, que se cumplimentó mediante entrevista telefónica a la usuarias.

Comparamos los resultados obtenidos en ambos grupos de usuarias utilizando pruebas paramétricas para detectar si existen diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Ambos grupos presentan un nivel de satisfacción similar en todos los ítems de la escala Mackey, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Podemos destacar que en el grupo de no contactadas que terminaron en parto vacuo la satisfacción global de su experiencia es menor que en las contactadas que también tuvieron un parto instrumentado.

La mayoría de las usuarias que presentan un plan de parto están correctamente informadas y tiene expectativas bastante realistas sobre lo que pueden esperar en su parto.

Por otra parte, el acercamiento previo al medio hospitalario al ser contactadas por una matrona de Paritorio es un gesto que la mayoría valora de forma positiva.

ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN EN ESTUDIANTES DEL GRADO EN ENFERMERIA QUE EJERCEN EL VOLUNTARIADO EN UN CENTRO SANITARIO

JOSÉ MARTÍN RODRÍGUEZ; MARIA JOSE VICENTE PEREZ; MARIA DOLORES MEROÑO RIVERA; MARIA JULIA MARTINEZ ESTEBAN; ARACELI CRUZ SEGADO; JUAN ANTONIO SANCHEZ-CASTAÑOL CONESA

COMP.H.U.CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17378

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Legalmente el voluntariado sociosanitario refiere la acción desplegada por una intervención de forma integral, que combina la atención sanitaria, la atención social la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud o la rehabilitación.

Esta clase de voluntariado, estando imbricado por la conducta prosocial de los individuos, ofrece su atención, bien a la persona, bien a su familia, para que incrementen su calidad de vida.

En el contexto clínicoasistencial el estudio de las motivos del voluntariado resulta interesante, sobre todo desde la oportuna visión de la gestión de los programas de voluntariado. Según sea la motivación de los sujetos voluntarios, las actividades de captación, formación, etc.; entre otras, pueden definirse, implementarse y ejecutarse.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general de este estudio es evaluar las motivaciones que, para con el voluntariado, tienen un grupo de estudiantes de enfermería que ejercen de voluntarios en una unidad de hospitalización.

El objetivo específico es elaborar un modelo teórico explicativo que indique los factores que han influido en la decisión de pertenecer a un programa de voluntariado sociosanitario.

Para ello, se planteó un estudio cuantitativo con diseño transversal descriptivo que analizase la relación de un conjunto de variables, resultantes de aplicar a los participantes en el estudio, la adaptación al castellano de la escala denominada Inventario de Funciones del Voluntariado. Esta escala incluye motivos centrados, bien en las personas a las que se les presta ayuda (heterocentros), bien en los propios sujetos que ejercen de voluntarios (autocentros).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A partir de las razones que sobresalen en las respuestas facilitadas por los sujetos participantes en el estudio, los principales motivos que se indican para ser voluntarios son los de carácter heterocentros ("Es importante ayudar a otros"), si bien también sobresale algún motivo autocentros ("El voluntariado me permite aprender cosas a través de la experiencia directa").

Entre los argumentos que menos sobresalen sopesan los relacionados con el hecho de asociar voluntariado con encontrar trabajo o, en su caso, como una ayuda a resolver los propios problemas que presente el voluntario.

De los resultados obtenidos del cuestionario se observa que todas las variables se mantienen en el intervalo [25-32]; siendo las categorías de mayor puntuación las de adquisición de valores (M=31,33) y la de adquisición de conocimientos (M=31,86).

Como epílogo, indicar que las respuestas facilitadas por los participantes en el estudio realizado, respaldan la idea de que las actitudes del voluntariado se mueven fundamentalmente por una cuestión de valores y de bienestar propio.

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN PARA IMPREGNAR A LA ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA

CAROLINA FERRERO MATAS

SERVICIOS CENTRALES// CATALUÑA

ID: 17554

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

En 2012, en nuestra organización, empezamos a implantar el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP). Es un modelo que se basa en atender a las personas desde la individualidad y el respeto por sus valores y sus preferencias y ésta es la base de nuestros valores como entidad.

En nuestra organización, durante el periodo de pandemia se puso el foco en la seguridad del paciente siguiendo protocolos en los que se perdían de vista aspectos relacionados con los derechos y las libertades. En este período detectamos también que parte de los profesionales no asistenciales tenían una falta de conocimiento y sensibilidad hacia el que es nuestro modelo de atención.

En 2017 se creó la Comisión de ACP, ésta tiene como objetivo crear un espacio de reflexión y consenso de buenas prácticas del modelo asistencial. En el 2021, la Comisión creó una encuesta para valorar el impacto del COVID en los profesionales. Los resultados evidenciaron como la pandemia afectó al modelo de atención. Es por eso que se realizó una campaña de difusión de las bases del Modelo ACP, revisando y destacando los aspectos claves.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General

Difundir entre todos los trabajadores de la organización los aspectos claves del modelo ACP.

Objetivos Específicos

Mejorar el conocimiento sobre conceptos básicos del modelo ACP

Metodología

Durante el 2022 la Comisión ACP trabaja en una campaña de comunicación que incluye la publicación mensual de Infografías con mensajes claves sobre el modelo en la intranet de la organización, así como la publicación de entrevistas realizadas a miembros de la comisión de la ACP explicando el modelo y el objetivo de dicha comisión.

Para valorar el impacto de la campaña, una vez finalizada se administrará un cuestionario de conocimientos sobre el modelo y se contrastará con los resultados de la encuesta de 2021 donde se valoró la influencia de la COVID. También se valorarán las visualizaciones de la intranet a los contenidos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En 2021 La encuesta de valoración del impacto del COVID en ACP fue respondida por 129 personas y evidenció:

- Más de un 75% de los encuestados valoraron como alto el impacto de la COVID en el modelo ACP.
- El 90% de los encuestados valoran como necesario el trabajo en el Modelo ACP.

En 2023 se realizará nueva encuesta para evaluar el grado de conocimiento de los conceptos básicos y la importancia del modelo en la organización. Pendiente de valoración del impacto de la campaña tras su finalización y de la cantidad de visualizaciones de las infografías y la entrevista en la Intranet.

Conclusiones

La encuesta previa puso en evidencia la necesidad de difusión del modelo ACP entre profesionales. Pendientes de la valoración del resultado final de la campaña mediante encuesta.

LA COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE LA MATRONA DE AP Y AE COMO CRITERIO DE CALIDAD EN EL SEGUIMIENTO DEL DUELO PERINATAL

ROSA ANA MARTINEZ DA SILVA; ISABEL NAVARRO RUIZ; MARIA BELÉN ATIÉNZAR MARTINEZ; ESTHER MARTINEZ BIENVENIDO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17651

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La matrona es el personal adecuado e idóneo para abordar el proceso de duelo por pérdida gestacional, por su cercanía a las familias en todo el proceso, en consonancia con el resto de profesionales y niveles de salud, para ofrecer una atención adecuada individualizada y de calidad. El aborto espontáneo o la pérdida perinatal constituyen uno de los procesos emocionales más estresantes y más importantes que puede experimentar una mujer. Además, las circunstancias que rodean esta experiencia varían según las características psicológicas, biológicas, culturales y sociales de la madre, por lo que impacta a cada mujer de manera única. El seguimiento de estas mujeres se considera una acción prioritaria en el ámbito de la salud reproductiva y la coordinación de la atención especializada con atención primaria es esencial en este proceso, para lograr la continuidad de cuidados iniciados en el hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Conseguir la coordinación entre las matronas de las distintas zonas de salud del Área II, notificando todas aquellas pérdidas gestacionales registradas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Santa Lucia de Cartagena, sin tener en cuenta su causa, ni las semanas de gestación, con el fin de mejorar el seguimiento de esas mujeres tras la pérdida en atención primaria y mejorar así la calidad asistencial durante el duelo perinatal.

Metodología

La matrona del servicio de obstetricia y ginecología del hospital Santa Lucia, notificara a la matrona de atención primaria, todas aquellas pérdidas que hayan sido registradas durante un día en dicho hospital mediante correo electrónico. Para ello se ha creado un correo corporativo de la mencionada unidad. En caso necesario, se comunicará vía telefónica. A su vez se ha procedido a llamar a las pacientes que han sufrido alguna pérdida gestacional desde el 1 de abril de 2023 en adelante y se procederá a evaluar su nivel de satisfacción en cuanto a la atención recibida en el hospital y a su posterior seguimiento por atención primaria o especialistas de salud mental perinatal del Área II de salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tras el análisis de los datos se comprobará, si el sistema creado para comunicar pérdidas gestacionales a la matrona de atención primaria es eficaz. Se calculará el nivel de satisfacción referido por las familias atendidas en cuanto a atención recibida.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos nos ayudaran a establecer en caso necesario criterios de mejora con el fin de mejorar la atención sanitaria.

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACION PARA PROMOVER UNA CULTURA DE BUEN TRATO EN EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES

MARISA GARCIA NIÑO

RESIDENCIA RUBI// CATALUÑA

ID: 17699

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

La residencia es el hogar de las personas que residen en ella y la mejor atención se consigue cuando la mirada no está puesta únicamente en la enfermedad sino también en las necesidades y la historia de vida de la persona. Esta mirada más humanizada parte del modelo de Atención Centrada en la Persona.

En 2014 se creó en nuestro centro un Grupo Motor de ACP con el objetivo de crear y difundir buenas prácticas relacionadas con el modelo de atención.

Durante el periodo de pandemia se puso el foco en la salud y la seguridad de los residentes activándose protocolos en los que no se priorizaban aspectos relacionados con los derechos y las libertades.

Una vez superado este periodo se detecta cierta resistencia por parte de los profesionales a retornar al modelo ACP, manteniendo relaciones más paternalistas y enfocadas en las tareas.

El Grupo Motor decide realizar acciones encaminadas a sensibilizar y formar a todos los profesionales del centro en la importancia de tener relaciones que generen bienestar a los residentes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General

Formar y promover entre los profesionales los valores ACP y el buen trato al residente.

Objetivos Específicos

Generar bienestar a los residentes desde la relación y el trato.

Conocer la opinión de los residentes respecto a temas como la intimidad y el trato digno sin infantilizar.

Metodología

Durante el mes de febrero de 2023 el grupo de profesionales que conforman el Grupo Motor elaboró un póster con los 10 aspectos más importantes a tener en cuenta en el trato a los residentes (decálogo) y organizaron talleres formativos y otras dinámicas donde se reflexiona con los profesionales sobre cada uno de los puntos del decálogo.

Con respecto al punto de la intimidad se administraron encuestas previas a las sesiones de reflexión y otras después para valorar si se habían interiorizado los conceptos.

En el tema de la no infantilización se pasó un cuestionario después del video de conceptos que se elaboró.

Previo a las sesiones realizadas con profesionales se realizaron grupos focales con residentes donde también se trataron los dos primeros temas del decálogo (intimidad y no infantilización-trato digno). En los grupos participaron 18 residentes y 2 profesionales del Grupo Motor en ACP. En cada sesión se debatió y reflexionó, y, se administró una encuesta sobre el trato recibido en estos dos aspectos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Han participado 18 residentes en los grupos focales.

Han participado 30 residentes en las encuestas de con una alta satisfacción en los dos temas preguntados. Han participado 25 profesionales en cada una de las sesiones/dinámicas de reflexión.

Han respondido a las encuestas un 70% de los profesionales del centro obteniendo resultados de casi siempre en cuenta la intimidad del residente, pero reconociendo que muy a menudo se infantiliza.

Conclusiones

Es importante reflexionar sobre los valores del trato porque es fácil perderlos de vista cuando se entra en rutina. Es importante conocer la visión del residente.

MONITORIZACIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA -NPS

ROXANA ROJAS LUÁN; ANTONIA CANTERO SANDOVAL; JUANA MARIA MARÍN MARTÍNEZ; MIGUEL PARRA MORATA; JULIO LÓPEZ-PICAZO FERRER; INMACULADA VIDAL-ABARCA

HOSPITAL CLINICO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17399

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de conocer la calidad percibida por los pacientes a nivel de los servicios se realizó el proyecto Voz de los pacientes obteniéndose puntos de mejoras utilizando para la medición de las dimensiones como accesibilidad, profesionales e información. En este proyecto se adaptó la metodología Net Promoters Score (NPS) que es un indicador para medir la lealtad del cliente/usuario, basándose en la pregunta "¿Cuán probable es que recomiende el producto a un familiar o amigo?".

Según los resultados se clasifica a los clientes en promotores (9-10), detractores (6 o menos) y pasivos (7-8).

Este proyecto ha medido en 6 ocasiones en los últimos 3 años las dimensiones para poder valorar los puntos de mejoras identificados previamente y de un modo rápido y eficiente ver su evolución.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Monitorizar los cambios en 3 dimensiones de la calidad percibida (accesibilidad, actuación de los profesionales e información) durante 2020, 2021 y 2022.

Metodología

Adaptación de la metodología Net Promoter Score (NPS) para cada una de las 3 dimensiones en estudio (accesibilidad, profesionalidad e información) realizándose 3 preguntas.

Imagine un amigo o familiar en su situación que tuviera que acudir a urgencias de un hospital, si pudiera elegir el hospital al que ir usted le recomendaría la Arrixaca pensando en:

-lo que tuvo que esperar desde que llegó hasta que le vimos.

-la persona que le vio (saber, profesionalidad, trato, humanidad, cortesía)

-La cantidad y calidad de la información que se le ha dado al alta. (sobre su salud, cuidados y tratamientos que necesita) Añadiendo una pregunta abierta para identificar oportunidades de mejora detectadas por los pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El NPS obtenido en accesibilidad es de 32 (pre covid-2020) , 49 (1era covid-2020), 38 (3era covid-2021), 27 (6ta covid-2022), 18 (2do semestre 2022).

El NPS para profesionales es de 70 (pre covid-2020), 74 (1era covid-2020), 74 (3era covid-2021), 41 (6ta covid-2022), 65 (2do semestre 2022).

Por último el NPS para información es de 70 (pre covid-2020), 80 (1era covid-2020), 66 (3era covid-2021), 51 (6ta covid-2022), 59 (2do semestre 2022).

Entendiendo que indica buenos resultados entre 50-75 y por debajo mejorables.

Al valorar la pregunta abierta para identificar la principal oportunidad de mejora fue el tiempo de espera tras el triaje.

Conclusiones

Se evidencia que dentro de las dimensiones estudiadas es la accesibilidad la que continua siendo la peor valorada por los pacientes, teniendo un amplio margen de mejora donde se deben centrar los esfuerzos.

¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA QUEJA POR DISCONFORMIDAD CON EL TRATO?

ALICIA ARREGUI EDROSO¹; MIGUEL ULIBARRENA SAINZ²; VERONICA GARCIA FONSECA²; LORENA JUNGUITU ACEDO²; GOIA MAUROLAGOITIA PEREDA²; ARIANE ALDAMA ZULUETA²

¹HAR VITORIA MUTUALIA, ²MUTUALIA //PAÍS VASCO

ID: 17559

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Nuestra organización recibe 128 agradecimientos y 405 quejas al año, de ellas 57 por disconformidad con el trato. En este trabajo profundizamos en los motivos que han llevado a nuestros pacientes a tener esa percepción.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Toda queja recibida se remite a nuestra Defensora del Cliente, que las examina, habla con los pacientes y las clasifica según el motivo principal de cada queja, que pueden ser: (1) Disconformidad con el alta, (2) Disconformidad con el trato, (3) Disconformidad con la contingencia, (4) Queja del transporte sanitario, (5) Queja por el estado de las instalaciones, (6) Queja patrimonial, (7) Asistencia sanitaria inadecuada, (8) Discrepancia con el tratamiento, (9) o con el informe médico. En segunda fase profundizamos en el análisis de las 57 quejas del epígrafe (2), para conocer si existen motivos subyacentes (problemas de atención insegura, incompleta, o incluso algún tipo de discriminación, etc.). También queremos conocer si este tipo de quejas se agrupan en centros/áreas asistenciales incluso en especialidades o profesionales concretos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las 405 quejas suponen una tasa de incidencia de reclamación de 9.6/1000 pacientes nuevos y 21.86/10.000 asistencias sanitarias. Las 57 por disconformidad con el trato se correlacionan con el grado de saturación de las agendas de cada centro asistencial/médico, si bien destaca que el 50% de nuestros centros no tienen quejas por este motivo.

Los servicios asistenciales de nuestra Mutua (MCSS) que reciben mayor número de quejas del tipo (2) son las consultas de A. Primaria (26%), control de la enfermedad común (17%) y sobre todo Urgencias (39%), mientras que los servicios de Hospitalización, Radiología, Traumatología, Fisioterapia y Rehabilitación tienen un porcentaje muy bajo.

Respecto a los motivos subyacentes, en el 35% no hay otro que la percepción por el paciente de trato poco deferente. En el 39% se asocia a un problema de contingencia (el médico considera que la patología no es laboral), mientras que solamente en el 4% lo que subyace es que se comunica el alta al paciente. En otro 4% el paciente no está de acuerdo con que nuestros profesionales hagan control de la baja de enfermedad común, en un 9% es que el paciente no está de acuerdo con manejo clínico que hace su profesional, en otro 9% parece existir un problema de seguridad clínica (retraso o error diagnóstico) y finalmente hubo una queja en un paciente al que se le prohibió la entrada a la consulta al negarse a usar mascarilla.

Las conclusiones que extraemos son que no todas las quejas por disconformidad con el trato revelan un problema de forma tan directa, sino que hay otras causas que afloran cuando profundizamos en el estudio, si bien consideramos importante que nuestra organización proporcione a nuestros profesionales herramientas de mejora de la comunicación con los pacientes.

¿HEMOS RECAPTADOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS PARA LA CONSULTA PROGRAMADA DE ENFERMERÍA COMO ANTES DE LA PANDEMIA?

IGNACIO GARCIA HERRERO¹; MARIA DOLORES GARCIA GARCIA²; CARMEN GARCIA GIMENEZ²; ISABEL RIO MOSO³

¹E.A.P. FUENTE ALAMO, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCIA, ³E.A.P. LA MANGA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14272

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Relación con los Pacientes

JUSTIFICACIÓN

Introducción

Durante la pandemia se modificó la forma de controlar a nuestros pacientes desde atención primaria. Es por ello por lo que hemos pensado en comparar la forma anterior a la pandemia con la situación actual, que ya podemos considerar normal.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Comparar los registros del tiempo de pandemia con los de la actualidad para detectar los puntos que debemos mejorar dentro de los programas de crónicos en diabetes.

Material y método

Estudio descriptivo transversal observacional retrospectivo. Estudiaremos los registros en 2 centros de salud, uno rural y otro de emplazamiento turístico, elegimos las fechas de: enero-21, enero-22 y septiembre-22. Los pacientes los clasificaremos para la comparativa en cuanto a su tipo de tratamiento, así tendremos: Sin tratamiento, ADO, solo insulina y ADO + Insulina. Y valoraremos: los registros de HbA1c y de IMC. En cuanto a valores de IMC, clasificaremos en 2 grupos, los que son menores o iguales a 25, y los mayores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El déficit de valores registrados es notable, en ambos centros de salud en enero-21 empezamos con solo tener aproximadamente el 25% de pacientes con Glicada registrada, y aumenta hasta que en septiembre-22 llegamos casi al 50% el porcentaje de pacientes que disponen del valor de Glicada registrada.

En cuanto a totales, encontramos que en el rural en enero-21 tenemos un 86,76% de pacientes con control metabólico desconocido o mal control, 81,30% en enero-22 y un 76,31% en septiembre-22. El de emplazamiento turístico registró: en enero-21 85,94%, en enero-22 un 80,79% y en septiembre-22 un 74%.

En cuanto a según tratamiento y teniendo en cuenta solo de los que disponemos valores: No existen registros por tipo de tratamiento en septiembre-22. Porcentaje de pacientes con Glicada <7%:

	Enero-21		Enero -22		Diferencias	
	Rural (26.33%)	Turístico (23.77%)	Rural (38.37%)	Turístico (27.70%)	Rural (12.04%)	Turístico (3.93%)
Sin tratamiento	70.83%	75%	64.51%	100%	- 6.62%	25%
ADO	54.14%	54.05%	52.98%	69.84%	-01.16	15.79%
Insulina	33.33%	20%	21.73%	25%	- 11.6%	5
Insulina+ADO	15.38%	0	20%	40%	4.62%	40%
Sin clasificar	56.71%	69.11%	56.70%	75%	0	5.89%

En esta tabla vemos que mientras en uno de los centros los porcentajes de pacientes con buen control metabólico aumenta, en el otro disminuye, pero el porcentaje de pacientes de los que disponemos de control es al contrario, es decir, si aumentamos el número de pacientes de los que sabemos la Glicada, peores son los datos. En cuanto al IMC, en todos los casos los valores superiores a 25 o IMC desconocido ronda el 90%.

Conclusiones

Los registros de nuestros pacientes siguen disminuyendo desde la pandemia hasta la actualidad y debemos elaborar protocolos y sistemas para recaptar a nuestros pacientes diabéticos y poder así aumentar el control y registro de datos de nuestros pacientes para poder determinar exactamente cuál es su estado y necesidades.

ESTABILIDAD DE LAS INSULINAS Y SEGURIDAD EN SU PRESCRIPCIÓN

MERCEDES PEREIRA PÍA

SAN ROQUE//GALICIA

ID: 12883

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las plumas de insulina tienen un periodo de estabilidad, una vez iniciada y fuera de nevera, de 4 semanas. La prescripción más común contiene 5 plumas (300 UI/pl) un total de 1500 UI/ envase prescrito. Pautas con dosis diarias < 10 UI/día son frecuentes en las de acción rápida preprandiales y algo menos frecuentes en las basales. El periodo máximo entre recetas no debe superar los 5 meses. Superado el tiempo de estabilidad, la dosis administrada puede ser menor a la deseada generando recomendación por el clínico de aumento de dosis ante un ficticio aumento de necesidad, aumento de dosis que será real con el inicio de la nueva pluma con el consiguiente riesgo de hipoglucemia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Detectado el problema se evalúan el % de prescripciones que superan el periodo de estabilidad, el conocimiento de los pacientes, el conocimiento de los sanitarios del equipo de Atención Primaria y, curioso, si estos lo aplican a su práctica clínica diaria aun conociendo ese límite de estabilidad de las plumas.

El paciente no está informado de que debe desechar la pluma (aprox. 85%) El periodo entre recetas supera los 5 meses (aprox. 60%) Conocimiento del periodo de estabilidad por los profesionales sanitarios (aprox. 40%) Aplicación práctica de este conocimiento a la práctica clínica (aprox. 5%)

Se realizan sesiones para concienciar del problema a través de formación grupal a profesionales sanitarios. El Farmacéutico de Atención Primaria u otro profesional, en el proceso de revisión del árbol de prescripción, deberá llamar la atención sobre este error de prescripción, citar al paciente con enfermería para realizar educación sanitaria y corregir la posología con el paciente informado. Si el paciente utilizó la última pluma por más de un mes y ha precisado aumentos de dosis, se informa de poner la dosis previa e intensificar autocontroles. Se ofrece disponibilidad telefónica, con revisión presencial al mes y dos meses siguientes o antes, si las características del paciente así lo requieren.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un 90% de los Farmacéuticos incorporan a la revisión de la medicación, la evaluación de los tiempos de prescripción entre recetas de insulina. La detección e intervención en la optimización de la dosificación de insulinas por otros profesionales es más modesta y requiere intervenciones docente grupales, a parte de las individuales asociadas a los informes de revisión del tratamiento farmacológico. El 100% de los pacientes acepta la intervención de desechar la pluma al mes, el 80% desecha la pluma en el mes siguiente a la intervención, control realizado el segundo mes tras intervención, momentos en que se refuerza la educación sanitaria.

PROMS EN PACIENTES CON LINFOMA EN TÉRMINOS DE CALIDAD DE VIDA, GESTIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y SUPERVIVENCIA GLOBAL

ALBERTO LÓPEZ GARCÍA¹; LAURA BERMEJO²; RAFAEL MARTOS³; CAROLINA MIRANDA⁴; ADRIANA PASCUAL²; RAUL CÓRDOBA⁵

¹FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, ²HOSPITAL INFANTA ELENA, ³HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA, ⁴HOSPITAL REY JUAN CARLOS, ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ//COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14975

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

A día de hoy disponemos de diferentes herramientas para evaluar la calidad de vida el funcionamiento físico y la carga sintomática de los pacientes.

La integración de las PROM en la atención sanitaria diaria de los pacientes con pacientes con cáncer puede mejorar su atención y los resultados

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo donde se incluyeron pacientes con cualquier tipo de linfoma con necesidad de iniciar terapia intravenosa desde el 1 de enero de 2020 hasta el 30 de junio de 2022. Los pacientes que rechazaron la inclusión se utilizaron como brazo de control.

Durante el seguimiento, a los pacientes se les ofrecía responder al cuestionario ePRO-CTCAE de síntomas de manera mensual durante la terapia pudiendo reportar síntomas de baja intensidad, recibiendo recomendaciones automáticas a través de la aplicación, o de alta intensidad, recibiendo la llamada de una enfermera especializada.

El objetivo principal fue comparar el perfil de acontecimientos adversos notificados por los médicos en la historia clínica electrónica y los notificados por los pacientes mediante el cuestionario PRO-CTCAETM.

Los objetivos secundarios fueron analizar el impacto de un programa PROM en la reducción de las visitas a Urgencias y las hospitalizaciones no programadas, así como en los resultados de eficacia, como la finalización del tratamiento planificado o la supervivencia global (SG).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 244 pacientes en el estudio. 121 (49,6%) comunicaron resultados PROM.

Las características basales estaban equilibradas (edad, sexo, ECOG, diagnóstico y líneas previas de tratamiento a pesar de no haber sido aleatorizados previamente).

Se analizaron 14 categorías de efectos adversos a través del cuestionario PRO-CTCAE encontrándose diferencias entre los efectos adversos comunicados por médicos y pacientes en 3 categorías: gastrointestinales (63% frente a 68%; p=n.s.), neurológicos (29% frente a 31%; p=n.s.) y respiratorios (12% frente a 7%; p=n.s.).

Los trastornos cutáneos, orales y del sueño fueron notificados por >50% de los pacientes, pero sólo en el 26, 22 y 19% (p<0,05) de las historias clínicas electrónicas.

Los pacientes del programa tuvieron menos visitas a Urgencias (55.7% vs. 33.3%; (p<0.01) y mostraron tendencia a requerir menos ingresos hospitalarios no programados 32.0% vs. 21.5%; (p=0.075).

La mediana de SG no se alcanzó en ninguno de los grupos tras una mediana de seguimiento de 18,8 meses (IQR 11,3-23,2).

Por lo tanto, la evaluación precisa de los síntomas permite a los médicos desarrollar un plan de tratamiento individualizado en pacientes con cáncer para mejorar la experiencia de supervivencia y la calidad de vida.

Además, la inclusión en el programa repercute en la reducción de visitas a Urgencias y los costes indirectos.

SEGUIMIENTO INTEGRAL AMBULATORIO DE PACIENTES CON VIH: REGISTRO REMOTO DE PROMs MEDIANTE DISPOSITIVOS MÓVILES

VICTORIA AYALA VARGAS¹; ALBERTO DÍAZ DE SANTIAGO²; SARA DE LA FUENTE MORAL²; MARÍA PILAR CORRALES RODRÍGUEZ²; CARLOS FOLGUERA OLÍAS²; BELÉN MENCHÉN VISO²

¹GILEAD SCIENCES, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO//COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15114

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la carga de comorbilidades asociadas con la infección y el envejecimiento en personas que viven con el VIH (PVIH) exige un enfoque más coordinado y centrado en el paciente. Se precisa desarrollar herramientas de apoyo a la interacción médico-profesional sanitario-paciente que faciliten la detección precoz de necesidades y un abordaje lo más personalizado posible para mejorar la calidad de vida y estado de bienestar biopsicosocial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es evaluar la viabilidad de la integración de cuestionarios de calidad de vida durante el seguimiento en consulta de PVIH recogidos a través de la plataforma HOPES, interoperable con la historia clínica y la información hospitalaria. En paralelo, se ha desarrollado una aplicación web accesible desde cualquier dispositivo móvil que permite a los pacientes acceder a cuestionarios de resultados de salud (PROMs) desde cualquier lugar, volcando los resultados en la misma plataforma. Se pretende detectar de forma validada y estructurada problemas que no serían visibilizados durante la práctica clínica habitual.

El estudio HOH-VIH es un estudio clínico aleatorizado (en marcha) con dos grupos: activo (N=50) y control (N=50) de PVIH. Durante 1 año, los pacientes del grupo activo tienen la oportunidad de completar forma remota y regular (cada 3 meses) los cuestionarios de calidad de vida Clinical Screening Tool (CST) y WHO-QoL bref. Estos cuestionarios se cumplimentan de forma trimestral, pero si se detecta un problema, se vuelven a mandar al mes siguiente. El presente análisis se centra en la tasa de respuesta y los problemas detectados en las fases iniciales del estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con el reclutamiento alcanzado hasta ahora (grupo activo, N = 28; grupo control, N = 22), las tasas de respuesta para el CST y el WHO-QoL bref fueron del 50%.

En el primer envío del cuestionario CST, tras la inclusión en el estudio, se detectaron problemas en 10 de 11 (90,9%) pacientes que completaron el cuestionario (40%): estigma (8), fatiga/sueño (7), vida sexual (7), síntomas físicos (4), apoyo social (3), problemas cognitivos (3), depresión (3), privación material (2).

En el primer envío del cuestionario WHO-QOL bref, que fue completado por 10 pacientes (35,7%), el resultado fue clasificado como "Bueno" en 9 de ellos (90%), con una puntuación media de 15,6 puntos en una escala del 4 al 20.

En conclusión, la integración de los PROMs a través de la plataforma HOPES, junto con los datos de la historia clínica electrónica, farmacia y laboratorio, permite la detección temprana de problemas de calidad de vida en PVIH. Casi todos (90%) los pacientes que respondieron al CST presentaron problemas con potencial solución por el Sistema Nacional de Salud, entre los que destacan el estigma, la fatiga/sueño y la vida sexual. Es necesario implementar intervenciones que fomenten la participación de las PVIH para resolver sus principales problemas de salud.

LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE DESDE UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LA PERSONA, SIENDO LA PROTAGONISTA Y DÁNDOLE VOZ

SILVIA FIDALGO GARCÍA; MERCEDES SAHAGÚN LESCÚN; BENITA VIVES GONZÁLEZ; BELÉN FERNÁNDEZ CASTRO; LIDIA CARIDAD CAÑÓN CARRO

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEÓN//CASTILLA Y LEÓN

ID: 15211

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Enfermería de nuestro hospital está involucrada en todos los proyectos del plan estratégico del Hospital (Hospital en un click). Estamos desarrollando un modelo de humanización en la salud 4.0 con el objetivo de aprovechar el desarrollo de las nuevas tecnologías para innovar y desplegar servicios para el paciente, capaces de satisfacer sus necesidades y expectativas, proporcionándoles la mejor experiencia asistencial de nuestro entorno en la interrelación y en la asistencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Hemos definido un mapa de experiencia del paciente durante el ingreso hospitalario, donde recogemos los puntos de contacto del paciente durante el ingreso. Es necesario medir su experiencia (PREMS) y sus resultados en salud percibidos (PROMS).

Acciones realizadas:

Sesiones participativas: a través del método 'design thinking' (mapa de empatía). El 3 de mayo de este año, se ha llevado a cabo una de estas sesiones participativas, se trabajó con familiares, pacientes y asociaciones de pacientes, en este caso con Aspaym (lesión medular y otras discapacidades físicas) y Adile. Se enfocó a pacientes con daño cerebral y diabéticos, se ha trabajado sobre un mapa de empatía valorando la experiencia el paciente y su familia durante un ingreso hospitalario y como ha interaccionado con las diferentes áreas del hospital. Valoración de los recursos de educación sanitaria proporcionados y se les comunicó los resultados del informe de satisfacción de pacientes realizado con el sistema de Experiencia del cliente Ratenow Analytics 2.0. Estas sesiones permiten identificar los puntos clave que pueden afectar al paciente en su experiencia (prems) y los resultados que ellos percibieron (proms) de cara a detectar oportunidades de mejora y proyectar su desarrollo los más rápido posible.

Realización de 3 valoraciones durante el pase de visita de la supervisora, dirigidas a la experiencia del paciente.

Escuela de cuidados: "Cuidado de la persona dependiente" y "Cuidar al cuidador". Formamos sobre los cuidados que necesita el paciente en domicilio. El cuidado de un familiar repercute en la salud de la persona que cuida, es una gran carga física y psíquica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los análisis de estas acciones están enfocados a promover una atención basada en el valor de la persona, centrada en el paciente, la familia y sus necesidades, implicando al paciente en la toma de decisiones.

Acciones de mejora: Mejora de la Escuela de Cuidados, ampliar la educación sanitaria al alta, promover la presencialidad de los familiares, aumentar al alta la información sobre asociaciones de pacientes y donde conseguir ayudas técnicas a la dependencia, creación de una sala de respiro y una de mascotas, decálogo de buenas prácticas y la continuidad de cuidados con una llamada al alta.

Integrar la experiencia de paciente supone una propuesta de valor, una forma de generar compromiso con los cuidados, los resultados en salud, y la calidad en la gestión.

INCORPORACIÓN DEL PACIENTE PARA HACER DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS UNA REALIDAD

SILVIA SÁNCHEZ SEDA; MARIA GALISTEO GIMENEZ; ROSER CADENA CABALLERO

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA// CATALUÑA

ID: 15259

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Nos movemos hacia una toma de decisiones compartidas y orientadas a la mejora de resultados en salud percibidos por el paciente. Es necesario integrar en nuestro sistema de información la visión global del paciente, no solo datos clínicos reportados por el profesional sino también datos de resultados en salud reportados por el mismo (PROMs). Para ello, se ha de incorporar la recogida de los PROMs a la práctica clínica diaria de una forma automatizada, informatizada y fácil.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es crear un servicio de apoyo al profesional con circuitos y procedimientos definidos para incorporar los PROMs a la práctica clínica.

Se desarrolló una herramienta que permite al profesional la prescripción de PROMs al paciente para que pueda responderlos con su dispositivo a través de la aplicación de salud digital de nuestro centro.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, que se encargan de:

- Definir el proceso de solicitud de incorporación de nuevos cuestionarios por parte de los profesionales
- Atender las solicitudes de incorporación y estudio del cuestionario para aprobar/rechazar su inclusión al catálogo de cuestionarios
- Digitalización del cuestionario para que pueda ser prescrito/respondido a través de la herramienta desarrollada
- Mantenimiento del catálogo de cuestionarios
- Seguimiento, gestión de incidencias y mejoras

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde su puesta en marcha en diciembre de 2022, contamos con un catálogo de 21 cuestionarios que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, salud percibida, estado funcional, relación con el tratamiento y síntomas.

Tras el rediseño de diversos procesos asistenciales para la adopción de los PROMs, se han prescrito 640 cuestionarios a 101 pacientes.

53 pacientes sobre el total de 101 a los que se les ha prescrito algún cuestionario (52,5%), han respondido algún cuestionario de forma autónoma.

422 cuestionarios sobre el total de 640 cuestionarios que han sido prescritos (66%), han sido respondidos de forma autónoma.

Podemos concluir que:

- La herramienta desarrollada y los circuitos definidos son útiles y permiten la recogida de PROMs digitalizados de forma sencilla
- La digitalización de los cuestionarios facilita la integración, visualización y explotación de los PROMs sin dedicar tiempo a la recogida de los mismos, pudiendo orientar recursos a aquellos aspectos que el paciente ha manifestado que le suponen un problema
- Tenemos margen de mejora en la tasa de cumplimentación de los cuestionarios de forma autónoma por los pacientes. Brecha digital, falta de información o de confianza, son, entre otros, los principales motivos de este bajo cumplimiento.

FACTORES ESTRESANTES, MORBILIDAD PSICOLÓGICA Y CVRS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INGRESADOS EN UCI

MARIA INMACULADA DEL SAZ CAJA¹; ANA BELÉN VILLAESCUSA GUILLAMÓN¹; AITOR GÓMEZ GUILLÉN¹; JOSE EUGENIO MARTÍNEZ ABRIL¹; CRISTINA GARRE DÍAZ¹; MARÍA ÁNGELES ABAD MATEO²

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15402

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El SCA fue en 2022 la segunda causa de muerte en España repercutiendo sobre la CVRS de quienes la padecen ante la amenaza de ser una enfermedad potencialmente mortal. Estos pacientes requieren ser ingresados en UCI, siendo un servicio complejo que conlleva niveles de estrés elevados pudiendo ocasionar Síndrome Post Cuidados Intensivos a quienes ingresan en ella.

El conocer el impacto sobre el nivel de estrés, morbilidad psicológica y CVRS nos puede permitir desarrollar e implementar estrategias preventivas, de promoción de la salud y bienestar psicológico, de intervención multidisciplinar que permita actuar a profesionales para minimizar las repercusiones que va a suponer estar ingresado en UCI por SCA.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Comprobar la correlación entre factores estresantes en UCI, niveles de ansiedad-depresión y CVRS presentes en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

Metodología

Estudio de corte transversal en 50 pacientes de una UCI de tercer nivel ingresados por SCA. Para la medición de las variables se usaron: Cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes médicos; Escala sobre Factores Estresantes en pacientes ingresados en UCI; Escala de ansiedad y depresión HADS; Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI-R y EuroQol-5D. Los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS IBM v28

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Al correlacionar los dominios de EQ-5D y la puntuación obtenida en la escala de los FE, se obtiene resultados estadísticamente significativos en la correlación obtenida entre la puntuación para FE global y puntuación global ($r=0,44$; $p=0,002$), cuidados personal ($r=-0,28$; $p=0,09$), dolor/molestia ($r=0,27$; $p=0,044$), ansiedad/depresión ($r=0,37$; $p=0,044$) y EVA ($r=-0,28$; $p=0,047$) de EQ-5D. Para la valoración del nivel de estrés general en UCI por los pacientes y el cuestionario EQ-5D, se obtiene correlación estadísticamente significativa con el dominio ansiedad/depresión de EQ-5D ($r=0,363$; $p=0,010$).

La escala sobre FE general presenta correlación con resultados estadísticamente significativos para HADS ansiedad ($r=0,53$; $p=0,001$) y STAI-R ($r=0,32$; $p=0,022$).

Al comparar las medias obtenidas para HADS ansiedad se observan resultados estadísticamente significativos para los resultados obtenidos en la escala de valoración general de los FE. Ver tabla 1

	N	Rangos promedios	U de Mann-Whitney	Sig.
FE				
Normal	30	20,98		
Subclínica/clínico	20	32,28	435,5	0,005

Al comparar las medias obtenidas en HADS ansiedad y EQ-5D, observamos resultados estadísticamente significativos en su manifestación subclínica/clínica con los dominios ansiedad/depresión ($p=0,001$) y EQ-5D hoy ($p=0,008$). En HADS depresión y EQ-5D con los dominios cuidado personal ($p=0,023$) y ansiedad/depresión ($p=0,003$).

Conclusión

El estrés global se correlaciona con la CVRS, ya que los pacientes con SCA que manifiestan más estrés global en UCI perciben peor su CVRS. Los factores estresantes en UCI tienen una asociación directa con el estado de ánimo y la tendencia sintomatología de ansiedad medida por HADS ansiedad y STAI-R.

CONSULTA TELEMÁTICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

MARIA LUZ GARCIA VIVAR¹; JOSE ANTONIO GUTIERREZ ESCORZA²; JOSE FRANCISCO GARCIA LLORENTE²; DAVID CANTERO GONZALEZ²; IÑIGO RAMON GOROSTIZA HORMAECHE¹; JON GUAJARDO REMACHA²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO. PAÍS VASCO, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO// PAÍS VASCO

ID: 15509

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Con el desarrollo de las TICs y el uso de PROMs podemos realizar el control telemático de muchos procesos en reumatología, pero pre-pandemia encontramos reticencias de clínicos y pacientes (entre ellos entusiastas y reacios). La pandemia obliga al uso de teleconsulta sincrónica (teléfono, videollamadas), pero a posteriori un modelo asincrónico de teleconsulta puede ser más eficiente. Creamos un grupo multidisciplinar, y diseñamos un chatbot de whatsapp para la espondiloartritis axial (EspAx). Incluimos el cuestionario BASDAI, el EVA de valoración global de la enfermedad por el paciente y tres preguntas acerca de las manifestaciones extramusculoesqueléticas (MEAS).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio prospectivo con control retrospectivo. Objetivo primario: evaluar la no inferioridad de la consulta telemática mediante whatsapp frente a la consulta convencional, en el mantenimiento de remisión o baja actividad (BASDAI, ASDAS) de los pacientes con EspAx controlados con terapia biológica (TB). Objetivos secundarios: no inferioridad en el mantenimiento de la CVRS (AsQol), de la función física (BASFI). También estimamos el ahorro de tiempo del paciente y del sistema, y comparamos el grado de satisfacción y las preferencias del paciente.

Métodos: Pacientes con EspAx estables con TB, visitados del 01/01 al 30/11/2021 en nuestro centro. Los consideramos controlados si BASDAI < 4, ASDAS < 2,1 o a juicio del reumatólogo. Se les proponen dos visitas de teleconsulta (cada 4 meses), y una presencial final (al año de la basal), El paciente se contacta de forma adicional (consulta telefónica, visita presencial) a demanda o si hay desviaciones analíticas o en los PROs. Se recogen datos del paciente y de la enfermedad, actividad, función física y calidad de vida. También la satisfacción del paciente y sus preferencias en la consulta final.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados:

<p>60 pacientes</p> <p>83% varones (50) edad 48,22 años (DE 12,128) ✓ 36% menores de 45 años</p> <p>nivel de estudios: 27% con estudios básicos 33,9% medios 39% superiores.</p> <p>83% eran trabajadores activos 90% nunca fumador 79% sin comorbilidad</p>	<p>la enfermedad</p> <p>90% Espondilitis Anquilosante (54); HLA B27 positivo (85%) con enfermedad de larga evolución (media 23 años, DE 12,8).</p> <p>El 25% tuvo afectación periférica (artritis/dactilitis/entesitis), y más del 40% manifestaciones extraarticulares, psoriasis (26,7%) y uveítis (21%).</p> <p>tratamiento biológico (antiTNF):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 71,7% recibían su primer TB • 23,3% segundo tratamiento • 3 pacientes (5%) tercero o posterior. <p>El 51,7% estaban con dosis reducidas de anti TNF.</p>
--	--

En la inclusión, el 93,3% estaba en remisión/baja actividad por ASDAS/BASDAI-PCR; 4 pacientes tenían puntuaciones más altas.

En el seguimiento 3 pacientes optimizados volvieron a dosis estándar de TB. No hubo empeoramiento clínico ni de calidad de vida significativo entre la visita basal y la final (BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR o AsQOL). La puntuación final de la consulta telemática (EVA (1-10)) por los pacientes fue alta: media 9,14 (DE 1,498); y el 83,3% prefería seguimiento telemático.

Se ahorró el 62% de las CP. El tiempo del equipo asistencial para la consulta por whatsapp fue 1/3 del necesario para la presencial.

Conclusiones

La teleconsulta asincrónica es una herramienta útil en el seguimiento de los pacientes con EspAx controlada con TB, mantiene el control de la actividad de la enfermedad, la función física y la calidad de vida. Asimismo es muy bien valorada por nuestros pacientes (varones, jóvenes, con estudios medios superiores y vida laboral activa). Supone un ahorro de tiempo al paciente y al equipo asistencial y contribuye a la sostenibilidad del sistema.

DESENTRAÑANDO LA ECUACIÓN DEL VALOR: UN PASO ADELANTE EN LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN EL VALOR

BORJA GARCIA-LORENZO¹; ITXASO ALAYO¹; ARANTZAZU ARROSPIDE²; ANIA GOROSTIZA¹; ANE FULLAONDO¹

¹BIOSISTEMAK, ²DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO// PAÍS VASCO

ID: 16066

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La ecuación de valor de la medicina basada en el valor (MBV) introducida por Porter et al. en 2009 define la MBV como el cociente de los resultados de la atención sanitaria dividido por los costes para lograr dichos resultados. Sin embargo, el cálculo de la MBV como un único valor sigue siendo ambiguo, más cercano a un marco teórico que a una herramienta útil para tomar decisiones. El principal reto radica en la forma de combinar los resultados centrados en el paciente (PCO) para obtener un único valor para el numerador de la ecuación de valor.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este artículo pretende explorar las formas de estimar los pesos de los PCO en el contexto del cáncer de mama para desentrañar el valor del numerador de la ecuación de valor, lo que, en última instancia, combinado con los costes del denominador, debe permitir alcanzar un único valor de la MBV. En 2019 se reclutó una cohorte de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama (n=690) con un seguimiento de 6 meses en 6 hospitales europeos. Se recopilaron los resultados percibidos por los pacientes (PRO), los resultados relacionados con la clínica (CRO) y las variables clínicas y sociodemográficas. El numerador se define como un indicador compuesto de los PCO y por lo tanto, se aplicaron dos metodologías avaladas por la literatura para estimar sus pesos y, en consecuencia, su valor único, el análisis de regresión y el análisis de componentes principales (PCA).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados del análisis de regresión fueron robustos al análisis de sensibilidad. Como patrón común, el Dolor apareció como el PCO con mayor peso, seguido en primer lugar por el funcionamiento físico, emocional y la capacidad para trabajar, y después por un síntoma, periférico, de brazo o de mama. Aunque el PCA no encontró un patrón común a lo largo de los periodos de tiempo, los pesos de los PCO a lo largo de los periodos de tiempo no varían significativamente. Hasta donde conocemos, ésta es la primera investigación que intenta explorar cuantitativamente las formas de combinar los PCO de la ecuación del valor para alcanzar un valor único de la MBV. Esta investigación debería ser de utilidad como vía metodológica no sólo para el cáncer de mama, sino también para cualquiera otra condición médica.

BENCHMARKING DESDE LA MEDICINA BASADA EN EL VALOR: DEFINIENDO ARQUETIPOS Y COMPARANDO PACIENTES EN CÁNCER DE MAMA

BORJA GARCIA-LORENZO¹; ANIA GOROSTIZA¹; ITXASO ALAYO¹; ISABEL ÁLVAREZ LÓPEZ²; PATRICIA COBOS BAENA³; ANE FULLAONDO¹

¹BIOSISTEMAK, ²SERVICIO VASCO DE SALUD OSAKIDETZA. ORGANIZACIÓN DE SALUD INTEGRADA DONOSTIALDEA,³SERVICIO VASCO DE SALUD OSAKIDETZA ESKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES. ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA.//PAÍS VASCO

ID: 16072

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Una de las utilidades de la Medicina Basada en el Valor (MBV) es su capacidad para permitir el benchmarking con la mirada puesta en el paciente, y en segunda instancia, poder compartir y mejorar prácticas asistenciales. La identificación de arquetipos de pacientes se ha basado principalmente en subtipos biológicos y moleculares del tumor y del paciente; sin embargo, no existen en la literatura arquetipos de pacientes basados en su trayectoria asistencial que pueda ser relacionada con los Patient-Centered Outcomes (PCO), fundamental para llevar a cabo un benchmarking riguroso desde la MBV que sirva de utilidad en la práctica asistencial. La comunidad VOICE –un conjunto de 10 centros sanitarios europeos que pretende abordar la MBV desde la teoría a la práctica- ha identificado siete arquetipos de pacientes en cáncer de mama clínicamente relevantes de acuerdo a su trayectoria asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es ofrecer un benchmarking entre arquetipos de pacientes en PCO. La comunidad VOICE recopiló información sociodemográfica de 690 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, así como los siguientes PCO para avanzar hacia un sistema de prestación de la MBV: resultados reportados por las pacientes (PRO), relacionados con la clínica (CRO), relacionados con el proceso asistencial (CAPRO) y relacionados con el uso de recursos sanitarios (ERO). Para el benchmarking se utilizaron modelos de regresión controlando por la heterogeneidad de centros sanitarios y las características sociodemográficas del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el análisis por tipos de resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre arquetipos en el 75% de los resultados en salud, PRO y CRO. En aquellos relacionados con el dolor, los síntomas de la mama y brazo, y la satisfacción con la mama, se identificaron arquetipos aislados con peores resultados. En los indicadores económicos (ERO) se encontraron diferencias significativas en la mitad de los indicadores identificando arquetipos aislados con un mayor número de visitas a especialista, mayor estancia hospitalaria y con una tasa de cirugía ambulatoria menor. Actualmente se trabaja en encontrar patrones a través de los arquetipos que puedan ampliar la utilidad en la práctica asistencial. Este trabajo es el primer estudio que proporciona que proporciona herramientas para un benchmarking entre arquetipos de pacientes en PCO para utilizar en la práctica asistencial. Además, la estrategia metodológica propuesta es transferible a otras condiciones médicas.

IMPLANTACIÓN DEL ENFOQUE COMUNITARIO DESDE LOS CENTROS DE SALUD: ACCIONES EN ZONA ESTE DE UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

SARA VILLALBA LÓPEZ¹; VERÓNICA SÁNCHEZ NIÑO²; MARÍA JIMÉNEZ RESCALVO¹; LIBRADA M LUCAS FERNÁNDEZ²; MARÍA SOLEDAD FRÍAS REDONDO²; ALMUDENA DEL PUERTO CLAROS²

¹GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, ²DIRECCIÓN ASISTENCIAL ESTE- GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17348

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Dentro del marco de la Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de Atención Primaria (AP) de una autonomía, publicada en octubre de 2022 se establecen los ejes, líneas y plan de acción para potenciar el enfoque comunitario (EC) en AP.

Analizados los tres niveles del EC aplicado en los centros de salud (CS) de una comunidad autónoma durante 4 años de evolución se identificaron acciones para dar respuesta a objetivos integrados en los ejes estratégicos, estructural, organizativo y el de CS con EC. Esta comunicación pretende compartir los excelentes resultados de implantación de la ESC de AP de una zona básica de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Activar la prevención y promoción de la salud con EC desde los tres niveles de atención: individual, grupal y colectiva.

Metodología

Análisis de situación de 2 años de evolución 2020-2022 que permitió alinear la ESC a las necesidades estructurales y organizativas y establecer el plan de acción, los tiempos y responsables para la consecución de objetivos de 38 CS de la zona este.

Indicadores: %responsables de Salud Comunitaria (RSC) nombrados, %equipos comunitarios constituidos, %CS y Nº profesionales que realizan reversión, NºCS con planificación de nivel 2 y 3 del EC. Diseño y entrega de materiales de apoyo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ha nombrado y se han constituido el 100%(38) de RSC y equipos comunitarios multidisciplinares para garantizar la triple IC: colaboración, compromiso y coordinación, así como intersectorialidad, interdisciplinariedad e interoperabilidad.

El 86.84 % de los CS acuden a la difusión de la ESC. La reversión se realiza en el 100% de los CS con un aforo del 56,63%(981 profesionales).

Dentro de las 5 reuniones de coordinación se han entregado los paquetes de materiales de apoyo elaborados adhoc para los CS con:

- ¿Cómo abordar el nivel 1 del EC, nivel individual?: Fomentando la prescripción de Escuela Madrileña de Salud y difundiendo el apartado "Cuida tu Salud" de la web de AP.
- ¿Cómo abordar el nivel 2 y 3 del EC?: Planificación desde junio de 2022 hasta abril de 2023, definiendo los resultados obtenidos en las acciones planificadas.

El 84% de los CS han realizado planificación anual de las actividades para activar la prevención y promoción de la salud con EC.

Conclusiones

Las necesidades, demandas y problemas de la población a la que ofrecemos los servicios de prevención y promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en el primer nivel asistencial han cambiado y AP debe adaptarse sin perder el EC, garantizando el mayor nivel posible de salud y bienestar a la comunidad, así como una distribución equitativa y continua en el tiempo.

Integrar competencialmente a los RSC de AP ha facilitado que se aplique la triple IC con otros sectores y entidades de la comunidad y garantice la abogacía en salud sobre elementos relacionados con determinantes sociales.

TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS DE LOS GABINETES DE ENDOSCOPIAS MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

JOSÉ RUBÉN GENOVÉS COSTA; ANA ÁLVAREZ SOTO; LOURDES ARAGÓN FERNÁNDEZ; SONIA BROTON GUIJARRO; JERÓNIMO RUIZ IGLESIAS; FRANCISCO CORTÉS SEVILLA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE// CATALUÑA

ID: 14862

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En el año 2018 se inauguró la nueva área de Gabinetes de endoscopias de un hospital terciario donde se aumentó el número de boxes de exploración sin un crecimiento proporcional de los puntos de recuperación de paciente (recovery). También se trasladaron por parte de los profesionales hábitos de trabajo de no valor añadido para el paciente y materiales que no se usaban y ocupaban el espacio de otros que sí, haciendo que estos últimos estuvieran alejados de su círculo de acción originando desplazamientos innecesarios. Esto generaba aumento en la presión asistencial y estrés en los equipos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Fase 1 (2019): Mejora de los circuitos y funcionamiento de recovery

- Acortar un 80% el proceso de preparación del paciente intervencionista
- Disminuir el tiempo de ocupación de camilla en recovery un 20% por paciente
- Aprovechar al 100% los recursos ofrecidos por Hospital de Día
- Mejorar la coordinación y comunicación de los profesionales de recovery con el resto del hospital, mejorando también la trazabilidad del paciente.

Fase 2 (2020-2021): Gestión y circuitos del material

- Implantación y mantenimiento de metodología 5s en el área
- Imputar y facturar el 100% de las prótesis e implantes de manera informática
- Mejorar la trazabilidad del material
- Mejorar la seguridad del paciente

Fase 3 (2022): Mejora en la trazabilidad y circuitos de los pacientes del área

- Diseño e implementación de un sistema digitalizado de gestión integrada de pacientes del área eliminando el 80% de llamadas entre recovery-box-celador.

Metodología

Se formó al personal del área en la metodología Lean, originando la filosofía Lean Thinking entre ellos. Se generó un equipo multidisciplinar para realizar reuniones periódicas, donde, aplicando herramientas Lean como Values Stream Mapping, cinco porqués o diagrama de Ishikawa, se detectaron y analizaron aquellas tareas que no aportaban valor al proceso, llegando a su causa raíz y aplicando acciones para eliminarlas. Se generaron kaizens anuales donde aplicar el ciclo PDCA al proceso e inculcar la cultura de mejora continua.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ha reducido un 100% el tiempo de preparación de pruebas intervencionistas en la sala, se ha mejorado un 75% la explotación de camas de Hospital de Día. El tiempo total de estancia del paciente no intervencionista se ha reducido un 34%. Las cancelaciones/reprogramaciones se han reducido un 55%. Los pacientes atendidos han pasado de 52 a 85 al día. Se han liberado 81 horas/año del gestor de enfermería del área gestionando almacenes. El tiempo dedicado por todos los profesionales implicados en la gestión de prótesis ha disminuido un 96% y las llamadas telefónicas para gestión de pacientes han disminuido un 95%.

Conclusiones

El empoderamiento de los profesionales mediante metodología Lean hace que se tengan resultados positivos en el proceso, eliminando aquellas tareas que impiden estar más tiempo con el paciente y mejorando la calidad y el día a día en las tareas de los trabaja.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

CARMEN BALLESTEROS MESEGUER; MARIA DE LOS ANGELES GUILLEN GARRIDO; M. ANGELES CASTAÑO MOLINA; MILAGROS GARCÍA AROCA; BERNARDA DÍAZ VELÁZQUEZ; JULIO JOSE LÓPEZ-PICAZO FERRER

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15000

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de enfermería durante el puerperio tienen como objetivo garantizar una recuperación eficaz y evitar la aparición de complicaciones tanto en la madre como en el Recién Nacido. La matrona es el profesional que más cerca se encuentra de la mujer durante esta etapa, por lo que debe ser crítica a la hora de evaluar si se cumplen unos estándares mínimos de calidad, analizar si existe variabilidad, valorar sus causas y adoptar estrategias orientadas a eliminarla, siempre con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las mujeres y de sus recién nacidos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar y mejorar la asistencia sanitaria durante la atención al puerperio hospitalario en un hospital de tercer nivel, mediante la realización de un ciclo de evaluación y mejora de la calidad.

Investigación quasi experimental con diseño antes-después para evaluar con abordaje cuali-cuantitativo mediante un ciclo de mejora, la mejora de la calidad en el manejo del puerperio hospitalario en un hospital de tercer nivel. Fueron analizadas las causas que podrían influir en el problema y se elaboraron 6 criterios validos y fiables. La dimensión estudiada fue la calidad científico-técnica. Se utilizaron datos de la historia clínica informatizada. Para la primera evaluación, la muestra fue de 60 casos con muestreo aleatorio simple. Se estimó el grado de cumplimiento de los criterios evaluados y se analizaron los defectos de calidad y la priorización de la intervención dirigida a los criterios que representaron el 80% de los incumplimientos en el diagrama de Pareto, estableciéndose las actividades correspondientes a 3 líneas estratégicas (formación a los profesionales, cambios en los sistemas de registros y organización del trabajo). Tras la implementación de los cambios, se realizó la reevaluación.

Resultados y Conclusiones

En la primera evaluación, el número de incumplimientos fue de 146, con una media de 24,3 (40,5%), siendo los criterios con mayor incumplimiento el C3 (dos valoraciones físicas tras el parto durante la estancia en paritorio) con 51 incumplimientos, el C4(a toda mujer que decida lactancia materna se valorará la eficacia de la lactancia mediante observación de la toma) con 34 y el C1(inicio lactancia materna durante la primera hora tras el parto) con 32. En la reevaluación, tras aplicar las intervenciones, el número de incumplimientos fue de 105, con una media de 17,5 (29,1%). Se observó un aumento en el nivel de calidad de los 3 criterios sobre los que se priorizó la intervención.

La realización de un ciclo de mejora ha conseguido mejorar la calidad en la atención al puerperio hospitalario. Debiendo mantener las acciones que se han puesto en marcha y es necesario implementar un plan de monitorización para asegurar que las mejoras conseguidas se mantienen en el tiempo.

IMPACTO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LOS RESULTADOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

SARA GRAELL SOLÉ¹; JOAQUIM VALMAÑA RODRIGUEZ¹; BEATRIZ ARTIGAS BURILLO¹; MARC CASAS OLIVERAS²; MARTA BERENGUER ALMUDAINA¹; ELISABETH GONZALEZ LAO¹

¹CONSORCI SANITARI DE TERRASSA, ²PDCA OPERATIONS// CATALUÑA

ID: 15247

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de urgencias son estructuras diseñadas para la atención del paciente agudizado. La alta demanda asistencial, está repercutiendo en la sostenibilidad del servicio de urgencias de los recursos humanos, recursos de infraestructuras y económicos. La saturación de las urgencias tiene un impacto directo en la calidad asistencial ofrecida a los pacientes.

Es necesario la introducción de nuevas metodologías de gestión por procesos, para la reorganización de los recursos garantizando una atención más eficiente, segura y con una mejor percepción por parte de las pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Reducir los tiempos de estancia del paciente en el servicio de urgencias

Estudio observacional y ambiespectivo entre 1 de octubre de 2022 y 15 de mayo de 2023.

El área de estudio fue el servicio de urgencias niveles II-III, excluyendo el servicio de pediatría y ginecología de nuestro hospital.

Se conformó un grupo representado por la responsable del servicio de urgencias, coordinación de enfermería, una enfermera, un médico y una persona de soporte de una consultoría externa. A partir de dinámicas de mejora continua se realizó una valoración de los procesos asistenciales y los indicadores de calidad, conformando un panel de control diario para mejorar la gestión operativa.

Se analizaron los puntos críticos en base a los objetivos establecidos para los indicadores de la calidad. Se han implementado 6 planes de acciones para los indicadores relacionados con el tiempo de estancia media, tiempo de primera atención, % de ingresos hospitalarios procedente de urgencias y reingresos a las 72 horas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las acciones implementadas han implicado una mejora en los procesos de primera atención médica, salida de pacientes, optimización de pruebas complementarias y continuidad asistencial del paciente del servicio.

La media de entrada por día es de 65 pacientes diarios. Los tiempos de estancia del paciente en el servicio disminuyeron de 8h 42m a 6h 8m (-29,5%). Los tiempos de primera atención de 43,3m a 31,8m (-26,5%) y los tiempos de primera atención al alta médica de 7h 59m a 5h 36m (-29,8%) y con leve disminución del porcentaje de reingreso a las 72h de 5,15% por 4,59% (-0,56%).

El porcentaje de ingreso a hospitalización registró valores similares de 34,8% por 35,5% con una media diaria de pacientes pendiente de ingreso de 19,5 y con una media en pasillo de 15,6.

La gestión por procesos en urgencias nos ha permitido mejorar los resultados de los tiempos de atención y de estancia de los pacientes, sin generar un mayor ingreso hospitalario o reingreso a las 72h.

Las disfunciones de los flujos de ingreso hospitalario generan un aumento de los recursos físicos dificultando la atención a las entradas y pacientes ubicados en zonas no habilitadas. Se recomienda completar la gestión de procesos en la hospitalización como posible repercusión positiva en el servicio de urgencias.

EL VALOR DE “NO HACER” MEJORA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME

ANA CASTAÑO CANTOS; ELISABETH GONZÁLEZ DEL PORTILLO; MARTA RODRÍGUEZ ROLDÁN; ISABEL GARRIDO BOTELLA; BEATRIZ DEBÉN MÉNDEZ; ROSA MARÍA MORERA LÓPEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15313

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El Glioblastoma Multiforme (GBM) es un tumor astrocítico infiltrante que por definición es considerado grado IV de la OMS, con una mediana de supervivencia de 12-14 meses. Se trata de una enfermedad difícilmente curable a pesar del tratamiento multimodal de cirugía, radioterapia y quimioterapia. Puede ser rápidamente progresivo, con la aparición de síntomas neurológicos, psicológicos, psiquiátricos y alteraciones del comportamiento que conllevan un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El pobre pronóstico justifica el abordaje multidisciplinar de forma temprana para el adecuado tratamiento y mejora de la calidad de vida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Realizar un abordaje multidisciplinar en pacientes con GBM para evitar tratamientos agresivos en pacientes con factores de mal pronóstico en los que no se va a aumentar supervivencia. Concienciar a todos los especialistas implicados sobre la importancia de la integración de Cuidados Paliativos y Pisco oncología para una correcta planificación anticipada de cuidados. Mejorar la aceptación de la enfermedad y su evolución por parte del paciente y allegados para optimizar su calidad de vida y su experiencia y conseguir abandonar una práctica clínica de escaso valor.

Metodología

En 2022 hemos generado un equipo multidisciplinar de especialistas para el abordaje precoz de pacientes con diagnóstico de GBM y factores de mal pronóstico. Este equipo de trabajo está integrado por Cuidados Paliativos, Pisco oncología, Oncología Médica y Oncología Radioterápica. Los pacientes son citados vía telefónica por un integrante del equipo, se le explica que el abordaje va a ser multidisciplinar y se recomienda venir acompañado por familiares o allegados. Se realiza en un aula amplia lo que facilita un ambiente cercano, en la planta de Psiquiatría de nuestro Hospital y la duración aproximada es de una hora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han valorado a 25 pacientes el reporte dado por el paciente y familiares, así como profesionales es que ha mejorado la vivencia de la enfermedad. Hemos mejorado la transmisión de la información pronóstica, se han establecido con los pacientes y la familia los objetivos de tratamiento y ha permitido realizar la planificación anticipada de cuidados respetando en todo momento el deseo del paciente.

Conclusiones

Con el análisis de nuestra experiencia inicial concluimos que el abordaje multidisciplinar en pacientes con GBM es imprescindible para la correcta práctica clínica. Por ello se está elaborando un protocolo para la correcta integración. Los profesionales debemos interiorizar la estrategia de “NO hacer” tratamientos que no aportan valor, beneficio al paciente y/o les ponga en riesgo de sufrir efectos secundarios que deterioren su calidad de vida. De forma secundaria, esta estrategia de “NO hacer” podría tener un impacto positivo en la optimización de recursos personales, sanitarios y sociales.

MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR “NO HACER”: PROLONGACIÓN DEL SONDAJE VESICAL EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL MÁS DE 48 HORAS

VICTORIA UROZ MARTÍNEZ¹; ADA JOSEFINA LAMONT¹; ÁNGELA L. RINCÓN CARLAVILLA¹; ANTONIO VÁZQUEZ MOLINERO²; INMACULADA VIDAL-ABARCA GUTIÉRREZ¹; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15333

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2013 el proyecto de Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas para acordar recomendaciones de “no hacer” (RNH) basadas en la evidencia científica. El Proyecto “NO HACER” RNH.04 de un área de salud se inspira en la recomendación de la Asociación Española de Cirugía acerca de “retirar el sondaje vesical como muy tarde a las 48 horas tras cirugía gastrointestinal”. La infección del tracto urinario está asociada con un incremento de la morbilidad, mortalidad y costes de la atención sanitaria, y el tiempo de sondaje se encuentra relacionado con su aparición. Además, la cirugía de colon y recto ha demostrado ser un factor de riesgo independiente para las infecciones del tracto urinario. En las mediciones anteriores del valor de la RNH.04 en este hospital se ha detectado una oportunidad de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta monitorización fue realizar mediciones trimestrales de la RNH.04 en un hospital de tercer nivel, a fin de comprobar la situación actual e iniciar un nuevo ciclo de mejora si procedía. Se presenta la monitorización realizada en los últimos 4 trimestres.

En el muestreo se usó la técnica de evaluación rápida aceptación de muestras por lotes (LQAS) con los requisitos siguientes: Confianza, 95%; Potencia, 90%; Estándar, 5%; Umbral, 25%. Esto implica utilizar muestras de 25 casos en las que se tolera un máximo de 3 incumplimientos.

El criterio de inclusión fue que la intervención quirúrgica fuera realizada por el servicio de Cirugía General y Digestivo con ingreso de más de 48 horas tras la cirugía. Los criterios de exclusión fueron: cirugía en centros concertados, pacientes que no fueron sondados para la operación, con fecha de inserción de sonda vesical anterior o posterior a la fecha de intervención, fallecidos antes de las 48 horas tras la intervención, ingresados en reanimación o Unidad de Cuidados Intensivos a las 48 horas de la intervención, o cirugías que no afectaban al tubo gastrointestinal. Se consideró cumplimiento cuando la sonda se retiró a las 48 horas o menos de la cirugía, e incumplimiento cuando: (1) no se registró la fecha de retirada (en notas, formularios o informes de la historia clínica); o (2) se mantuvo el sondaje más de 48 horas, incluso si fue por prescripción facultativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En las tres primeras monitorizaciones se detectaron menos de 3 incumplimientos por trimestre, por lo que los lotes fueron aceptados. Sin embargo, en el primer trimestre de 2023 se rompió esta tendencia al observar 4 incumplimientos: el lote no fue aceptado al no poder afirmar que se respetaba el estándar de hasta el 5% y umbral de hasta el 25%. Entre los incumplimientos, la causa más frecuente ha sido la retirada de la sonda vesical más allá de las 48 horas.

Nuestra conclusión es que la monitorización trimestral de la RNH.04 nos ha permitido detectar precozmente la no confirmación de los estándares y, por tanto, identificar una oportunidad de mejora.

AUMENTANDO LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE IMAGEN CARDÍACA: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN

MAR FORNAGUERA PADROS; MARIA GUTIÉRREZ-SAN MIGUEL; SOLEDAD ROMEA; JOSE FERNANDEZ RODRIGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL HEBRON// CATALUÑA

ID: 15708

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El creciente uso de tecnologías de diagnóstico coloca a la Unidad de Imagen Cardíaca Avanzada (ACIU) bajo presión para brindar un servicio de calidad en tiempo y forma. La metodología Lean se centra en la mejora de procesos reduciendo el "desperdicio" (pasos que no agregan valor al paciente/usuario final) para mejorar la eficiencia. Con el objetivo de mejorar el funcionamiento de ACIU para dar respuesta al aumento de la demanda, se aplicó la metodología Lean junto con técnicas de Design Thinking.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Presentamos un estudio descriptivo y analítico del proyecto realizado en la ACIU con el objetivo de mejorar la calidad del servicio. Se utilizó una metodología propia basada en el Design thinking y la metodología Lean que consta de tres fases: (1) Diagnóstico: Un equipo multidisciplinario identificó las prácticas de no valor, se utilizó Value Stream Map, observación cruzada y observación directa del paciente. Además se realizó un análisis de oferta/demanda. (2) Implementación: Se definieron acciones de mejora y se abordó el cambio cultural. (3) Evaluación: Se creó un panel de control para monitorear la actividad y los tiempos de espera. El presente estudio utiliza un diseño pre-post, comparando la actividad y el tiempo de espera de la ACIU en períodos de cinco meses emparejados. Las diferencias significativas se analizaron con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los residuos más relevantes estuvieron relacionadas con problemas de planificación, adecuación de espacios, material y recorridos de pacientes. Se crearon 12 proyectos para implementar acciones de mejora. Las principales acciones de mejora realizadas fueron: priorización y programación de EC por alcance y complejidad, redistribución de espacios según la demanda, humanización de espacios, separación del flujo de ecocardiogramas invasivos y no invasivos, y mejora del circuito de ingreso principalmente mediante señalización y digitalización. Para la evaluación se incluyeron un total de 17.228 ecocardiogramas observándose una mejora significativa en actividad del 15%. Se observa un aumento en el tiempo de espera de los pacientes ambulatorios, que se explica por un mayor aumento en las solicitudes. Además, se lograron ahorros de más de 100 kg de papel por año. La resistencia al cambio sigue siendo uno de los mayores desafíos en la aplicación de la metodología Lean en el área de la salud. Para superarlo, destacamos la importancia de estrategias como la participación del equipo en el análisis y resolución de conflictos, la cercanía, la escucha activa y las alianzas y coordinación con el jefe del servicio. Este estudio se suma al creciente cuerpo de literatura que demuestra que las técnicas provenientes del ámbito empresarial e industrial, como nuestra propia metodología basada en LM y Design Thinking, pueden ser utilizadas en entornos de atención médica para mejorar la eficiencia del sistema.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE PRIMARIA SOBRE LA FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN INTERVENCIONES QUE NO HAY QUE HACER

JOSÉ EDUARDO CALLE URRÁ¹; AMAYA JIMENO ALMAZÁN¹; ADELIA MÁS CASTILLO¹; TERESA RAMÓN ESPARZA¹; CARMEN ARELLANO MORATA¹; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER²

¹SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN. SERVICIO MURCIANO DE SALUD, ¹ÁREA 1 MURCIA OESTE – ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15775

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las recomendaciones de no hacer (RNH) tienen como objetivo reducir las intervenciones sanitarias innecesarias. El papel de la atención primaria (AP) es clave para la prevención y reversión de estas prácticas, pero la redacción ambigua de muchas de las RNH junto a la falta de información sobre las mismas en la historia clínica (HC) hace difícil, en muchos casos, cuantificar la magnitud del problema.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue conocer la percepción de los médicos y enfermeras de AP de un Servicio Regional de Salud, sobre la frecuencia con la que se estaban realizando las intervenciones relacionadas con las RNH de AP incluidas en el proyecto del Ministerio de Sanidad.

Se elaboraron 3 cuestionarios con el que se valoraron 10 intervenciones en medicina de familia, 2 en pediatría de AP y 6 en enfermería de AP.

Se calculó el porcentaje de profesionales que manifestaban realizar siempre o casi siempre las intervenciones innecesarias, considerando aceptables porcentajes inferiores al 5%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La tasa de respuesta al cuestionario fue del 17,3% y oscilaba entre el 15,7% de enfermería y el 18,8% de medicina de familia.

En medicina de familia 5 de las 10 intervenciones valoradas eran realizadas siempre o casi siempre por el 5% o más de los profesionales. Se trataba de la determinación de PSA en pacientes de 70 o más años asintomáticos (42,0%), la solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial de la sospecha de enfermedad tiroidea (24,5%), la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis (16,5%), la realización de pruebas de imagen en lumbalgia inespecífica de menos de 6 semanas de evolución y sin signos de alarma (6,9%) y de densitometría en postmenopáusicas sin valoración previa de factores de riesgo (5,9%). Las 2 intervenciones valoradas en pediatría tenían porcentajes superiores al 5%: la solicitud de múltiples pruebas en la valoración inicial de la sospecha de enfermedad tiroidea (17,8%), y la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis (13,3%). Cuatro de las 6 intervenciones valoradas en enfermería superaban el 5%: la realización de masajes sobre prominencias ósea para prevenir úlceras por presión (26,3%), el uso de apósitos de plata para prevenir la infección en heridas (17,5%), el uso de flotadores para la prevención de úlceras por presión (11,3%), y la indicación de uso de tiras reactivas y/o glucómetros en pacientes con DM tipo 2 en tratamiento exclusivo con metformina.

Existe un amplio margen para la mejora en relación con la frecuencia con la que los profesionales de AP manifiestan realizar estas intervenciones. Una de las posibles limitaciones de este trabajo es la baja tasa de respuesta obtenida. Como puntos fuertes, señalar que las encuestas a profesionales nos permiten valorar aspectos que no es posible medir a partir de los datos de la HC, y que conocer la percepción de los mismos sobre su práctica clínica puede ser de gran utilidad para el diseño del plan de intervención.

CANOHA EN TRABAJO EN EQUIPO

JUAN ANTONIO GARCIA MENDEZ; FRANCISCO CELDRÁN GIL; MARIA CARMEN SARABIA BERMEJO; LAZARO CAMPUZANO ADAN; REMEDIOS GOMEZ SANCHEZ; TRINIDAD LOPEZ RODRIGUEZ

GERENCIA 061// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17049

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de la Región de Murcia ha apostado por el trabajo en Equipo a través del proyecto UBUNTU061.

Desde el 1 de Febrero del año 2022 se están desarrollando multitud de actividades con el único propósito de Generar Cultura de Trabajo en equipo y por tanto, contamos con una experiencia suficiente sobre los aspectos a replicar (porque han funcionado), pero sobre todo hemos detectado CASOS NO HACER y hemos aprendido mucho, especialmente de estos últimos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo: Presentar los CANOHA detectados a la hora de favorecer el trabajo en equipo.

La metodología utilizada para implementar el proyecto UBUNTU061 ha sido siguiendo los siguientes pasos:

1. Análisis del Contexto de la Organización.
2. Elaboración del documento visión, misión y valores del proyecto UBUNTU061.
3. Elaboración de grupos focales para identificar problemas y propuestas.
4. Identificación/reclutamiento de compañeros proactivos comprometidos.
5. Creación de un banco de ideas y posteriormente un laboratorio de ideas.
6. Upskilling y aprovechamiento de talento.
7. Creación de grupos de trabajo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los principales resultados son:

- No planificar propuestas sin bajar a la trinchera (interaccionar con los profesionales de a pie)
- No planificar trabajos en grupo sin haber establecido de un círculo de confianza.
- No iniciar ideas que no hayan sido gestadas desde y por el grupo.
- No temer al conflicto. El conflicto con una base de confianza y unas líneas rojas, es una buena oportunidad para replantear la situación (cambiar de enfoque).
- No implementar un proyecto sin haber elaborado antes un análisis premortem.
- No generar contratrtransferencia, y si se genera, lo recomendable es tomar consciencia y no dejarse arrastrar por ella.
- No perder la coherencia del proyecto. Para ello es recomendable disponer siempre de un documento de visión, misión y valores que ampare el proyecto.

Y como conclusión principal tendríamos que la confianza es el pilar fundamental que sustenta el trabajo en equipo. Si no hay confianza, la comunicación no es efectiva, hay miedo al conflicto y hay falta de compromiso hacia la resolución del objetivo (no lo ves como algo tuyo).

PROYECTO KAIZEN DE MEJORA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

FRANCISCO DE ASÍS LÓPEZ GUERRERO¹; PEDRO HERNÁNDEZ JIMÉNEZ¹; MARÍA JOSÉ GÓMEZ GARCÍA¹; JUANA BÁEZ HERNÁNDEZ²; ISABEL CONTRERAS PAYÁ¹; LOLA SÁNCHEZ DE AMORAGA MARTÍNEZ¹

¹RIBERA HOSPITAL DE MOLINA// REGIÓN DE MURCIA

²CORPORATIVO RIBERA SALUD// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17163

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La implantación de la metodología Lean en el sistema sanitario puede contribuir a solucionar grandes problemas tales como las listas de espera, la seguridad del paciente y la utilización eficiente de los recursos. En el proceso quirúrgico, permite agilizar el flujo del proceso e incidir en todas las dimensiones de la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la satisfacción del paciente, la calidad asistencial y el flujo del proceso quirúrgico mediante el desarrollo de un proyecto kaizen iniciado en mayo de 2019 en un hospital general con 5 quirófanos.

Metodología

1. Formación de un equipo de trabajo
2. Formación básica en herramientas Lean.
3. Análisis del mapa del proceso,
4. Construcción de un cuadro de mando.
5. Identificación y análisis de problemas
6. Propuesta de acciones de mejora
7. Fijar objetivos y metas, elaboración el plan de acción y despliegue.
8. Reuniones de seguimiento semanales de media hora en las que se analiza la semana anterior (acciones realizadas, cuadro de indicadores y oportunidades de mejora), se analiza la programación de la semana siguiente con propuesta de acciones para mejorar la eficacia y se designan responsables de desarrollar las acciones acordadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante los 4 años del proyecto se han desarrollado un total de 134 mejoras. Como ejemplos, destacamos la eliminación de cuellos de botella, mejora de la coordinación, implantación de las 5's, estandarización, utilización de SMED en tiempos interquirúrgicos, mejora del registro informático, escalonamiento de la citación de pacientes y construcción de un sexto quirófano.

Si comparamos el año 2018 con el año 2022, hay un incremento de capacidad productiva de un 6,88% en los 5 quirófanos iniciales y de un 29,31% si incluimos el 6º quirófano (6.885 vs. 8.903 intervenciones). El porcentaje de utilización aumentó el 11,19% (62,77% vs. 73,96%), las prolongaciones de turno disminuyeron un 7,06% (11,10% vs. 4,04%), las programaciones adicionales para ocupar quirófanos infrautilizados aumentaron un 98% (57 vs. 113) y la satisfacción global de los pacientes quirúrgicos aumentó del 82,5% al 93,7%

En un proyecto kaizen, inicialmente hay que ordenar el proceso, construir un cuadro de indicadores y monitorizar la consecución de los objetivos. A partir de aquí podemos iniciar una segunda fase de mejora del rendimiento añadiendo el control estadístico (combinando Lean con Six Sigma). Para la consecución de las metas fijadas ha sido fundamental el seguimiento del proceso con reuniones semanales y la implicación de la dirección, que aporta el liderazgo y actúa de facilitador. Frecuentemente nos encontramos con proyectos Lean que tienen una duración corta y en poco tiempo desaparece su efecto. Kaizen, según Masaaki Imai, es la mejora de todos, en todas partes y todos los días. Es necesario que los proyectos de mejora sean a largo plazo, implementando pequeñas mejoras de forma continuada, implicando a las personas y extenderlo poco a poco para poder transformar nuestras organizaciones.

LA CUÁDRUPLE META COMO BASE PARA PASAR DE PROCESOS CLÍNICOS A UNIDADES DE PRÁCTICA INTEGRADA

GEMA MUÑOZ GAMITO¹; ORIOL FERRÉ TORRENTE¹; MÓNICA MARTÍNEZ NAVARRO¹; TONI ROSELLÓ CALZADA²; MARC MATARRODONA RIERA¹

¹FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA, ²MUTUA TERRASSA// CATALUÑA

ID: 17355

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Gestión Clínica y Asistencia Basada en Valor (UGCABV), dentro del área de Calidad y Seguridad del Paciente se crea en nuestra entidad en 2021 para facilitar la transformación hacia el valor, asegurar la alineación entre direcciones y referentes clínicos (RC) para la consecución de objetivos y empoderar a los RC en metodología y cultura de mejora continua.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Implantación progresiva de un modelo de orientación hacia el valor para transformar procesos clínicos en unidades de práctica clínica integrada (UPCI) entre 2021 y 2025, utilizando como base la cuádruple meta.

Método

Se establecen unos objetivos secuenciales a 4 años. Los PCs son heterogéneos y se encuentran en fases de orientación hacia el valor diferentes. En 2021 se priorizan 7 PCs: obesidad mórbida (OM), trauma geriátrica (TG), trastorno espectro autista (TEA), insuficiencia cardíaca (ICC), ictus (AVC), enfermedad inflamatoria intestinal (MII) y enfermedades inmunomediadas (MAI).

Fase 1. Enfoque. Se realiza una valoración de 7 áreas, que contemplan criterios porterianos: a) análisis de la situación inicial, mapeo proceso, cadena de valor; b) Infraestructura; c) Protocolos; d) Pacientes (PREMS/PROMS); e) profesionales; f) resultados clínicos / seguimiento; g) orientación de objetivos a cuádruple meta. Cada área consta de diferentes ítems con un rango de respuesta entre 0-3 y se realiza una ponderación final.

Fase 2. Redefinición de objetivos basados en la cuádruple meta y codiseño del plan funcional.

Fase 3. Análisis de los gaps entre situación actual y deseada, análisis de impacto esfuerzo para identificar, consensuar y priorizar las propuestas de mejora más factibles.

Todas las fases se realizan en conjunto con el RC, se mantiene un feedback y comunicación periódica continua con el RC, con la dirección asistencial correspondiente y se realiza un reporte semestral al Comité Directivo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De 2021 a 2022 se ha producido un incremento global de la orientación hacia el valor. En 4 de las 7 unidades, el % de orientación supera el 70%. El incremento se debe sobre todo a las mejoras obtenidas en situación inicial, infraestructura, protocolos, objetivos y en PREMS. Las áreas que globalmente están menos desarrolladas a finales del 2022 son las que van dirigidas hacia profesional y las referentes a PROMS.

	Inicial 2021	2022	Incremento
OM	40%	57%	43%
TG	61%	61%	0%
TEA	60%	82%	37%
ICC	53%	62%	17%
AVC	60%	82%	37%
MII	65%	79%	22%
MAI	27%	76%	181%

El análisis de impacto-esfuerzo facilita la identificación de los objetivos más factibles y realistas a los propios responsables. El propio RC propone la creación de los grupos de mejora para el desempeño de las propuestas y los profesionales acuden a las reuniones de trabajo y se implican en las mejoras.

Conclusiones

La implementación de un estándar para la realización del enfoque hacia el valor en nuestra entidad ha permitido focalizar las mejoras hacia objetivos realistas, estructurar los procesos hacia unidades e implicar a los profesionales.

CREACIÓN DE UN COMITÉ DE ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA MINIMIZACIÓN DE PRÁCTICAS SANITARIAS INNECESARIAS

NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ¹; JOSE ENRIQUE VILLARES RODRIGUEZ¹; JOSE MANUEL PAREDERO DOMÍNGUEZ²; CAROLINA POZUELO GONZÁLEZ¹; LAURA ALIAGA GUTIERREZ³; FRANCISCO JOSÉ SÁEZ MARTÍNEZ⁴

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, ²SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS,³CENTRO DE SALUD SEVILLA LA NUEVA, ⁴CENTRO DE SALUD ARGANDA DEL REY// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17411

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las intervenciones sanitarias innecesarias son aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Existen diferentes iniciativas internacionales y nacionales cuyo objetivo es su detección y limitar su utilización.

El sobreuso de estas intervenciones consume recursos, compromete la eficiencia y sostenibilidad y puede perjudicar la salud de la población, tanto de forma directa (efectos adversos de las intervenciones) como indirecta (pérdida de la oportunidad de utilizar los recursos en otros más beneficiosos). El papel de la Atención Primaria (AP) es relevante en la detección, prevención y reversión de prácticas de bajo valor.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

En diciembre de 2021 se constituyó el Comité de Adecuación de la práctica Clínica (CAPC), cuyo objetivo principal es mejorar la adecuación de la práctica clínica y la seguridad de los pacientes, mediante la minimización o supresión de prácticas innecesarias, de acuerdo a la evidencia científica.

Objetivos específicos

Promover una asistencia sanitaria de alto valor. Identificar prácticas innecesarias en su ámbito de actuación, proponer actuaciones para reducirlas, y difundirlas entre los profesionales.

Metodología

Se constituyó el CAPC con representantes de sociedades científicas, y de carácter multidisciplinar (enfermeras, médicos de familia, pediatras, farmacéuticos, Unidades de Procesos Asistenciales, Calidad, Formación, Investigación, Sistemas de Información). Se hizo una recopilación de las recomendaciones no hacer (RNH) publicadas por sociedades científicas, incluidas en proyectos de otras Comunidades Autónomas, artículos, y otras propuestas por el grupo. Se seleccionaron las que afectan al ámbito de AP. Se establecieron las categorías en las que agruparlas: generales, fármacos, cuidados de enfermería, pruebas complementarias, procesos, prevención. Se hizo una priorización de las RNH seleccionadas, atendiendo a 4 criterios: frecuencia de ocurrencia, facilidad para la eliminación de la práctica y daño ocasionado al paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estableció un logo y un slogan (No hacer: cambia lo que no aporta) que representara el proyecto. La estableció un formato para hacer la difusión de las RNH que se trabajen: un cartel, que incluye la RNH, una imagen y lema creativo para sensibilizar; y una ficha, en la que se amplía información.

La RNH que salió más priorizada, y que se ha trabajado en primer lugar es la de "No usar opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, sin antes valorar la indicación, el riesgo para el paciente, y establecer objetivos y seguimiento terapéutico". Actualmente está pendiente de difusión.

Es necesario prevenir el daño evitable que puede ocasionar una práctica innecesaria. La Atención Primaria es clave por la cantidad de procedimientos implicados en la atención sanitaria en este ámbito. Para ello, es necesario trabajar y difundir entre los profesionales las RNH, basadas en la evidencia científica.

METODOLOGÍA LEAN APLICADA A UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ASMA GRAVE

HILARIO MARTÍNEZ BARROS; MARÍA MUÑOZ GARCÍA; ENRIQUE BLITZ CASTRO; DARÍO ANTOLÍN AMERIGO; SILVIA SÁNCHEZ CUÉLLAR; ANA MARÍA ÁLVAREZ DÍAZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17445

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años ha aumentado el número de Unidades Multidisciplinares de Asma Grave (UAG) para mejorar la asistencia proporcionada a estos pacientes. La interacción de profesionales de diferentes Servicios es compleja.

La metodología LEAN es un proceso de mejora de la calidad asistencial, centrado en identificar procesos estratégicos clave y de apoyo, con el objetivo de optimizar y mejorar la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar procesos estratégicos clave y de apoyo para aumentar la calidad asistencial de la UAG.
- Mejorar la organización interna de la UAG.

Utilizando la metodología LEAN, se realizaron 3 sesiones de 3 h entre septiembre-noviembre 2021, conducidas por una empresa externa. Se creó un grupo de trabajo con profesionales de los diferentes Servicios de la UAG (Alergología, Farmacia, Neumología, Otorrinolaringología, Pediatría). Se utilizaron las siguientes herramientas:

Encuesta personal a todos los profesionales para diseñar la geografía de la UAG basada en el liderazgo cognitivo. Mapa de flujo de valor: analiza el viaje del paciente con asma grave y todas las acciones que se realizan en la UAG, necesarias e innecesarias.

Se realizaron las siguientes fases:

Identificación y entendimiento: Se diseñó un mapa de flujo de valor identificando los procesos clave. Se incluyó la intervención de los profesionales, pruebas solicitadas, aspectos relacionados con la medicación y flujo de información. Análisis y mejora de procesos: Se diseñó el circuito ideal del paciente, se detectaron duplicidades y retrasos. Se analizaron causas y se diseñó un plan de acciones para solucionarlas.

Difusión de los resultados al resto de la UAG.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron los siguientes procesos clave:

- Proporcionar atención integral al paciente:
- De alta complejidad
- Mal controlado y/o no adherente
- Adecuadamente controlado
- Pediátrico
- Transición paciente pediátrico-adulto Optimización de la farmacoterapia
- Investigación
- Docencia

Se detectaron 10 acciones de mejora:

- Criterios de derivación monográfica
- Estandarización de pruebas diagnósticas iniciales
- Check list de actuación
- Plantilla común consensuada para el informe médico
- Integración de la información de Farmacia en la historia clínica de la UAG
- Creación de una agenda común de la UAG
- Identificación de la prestación Asma Grave por Admisión
- Algoritmo de decisión terapéutica
- Estandarización del seguimiento de respuesta al tratamiento y evaluación de desescalada terapéutica
- Revisión y consenso de información entregada al paciente

Esta metodología nos ha permitido identificar procesos clave de la UAG y aquellos que no aportan valor, así como detectar acciones de mejora de la calidad asistencial.

¿ALGO QUE MEJORAR DESDE EL LABORATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS?

ROSALINA MARTÍNEZ LÓPEZ; PEDRO JOSÉ PINÉS CORRALES; LAURA NAVARRO CASADO

COMPLEJO HOSPITALARIO Y UNIVERSITARIO DE ALBACETE// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15480

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de diabetes en población española mayor de 75 años alcanza el 20.7% (IC 95%: 15.0 a 26.4) según datos del estudio di@betes. Las guías de práctica clínica actuales recomiendan que los objetivos de control glucémico, evaluados mediante la hemoglobina glicada (HbA1c) o las diferentes métricas de monitorización continua de glucosa, sean individualizados con un objetivo general menor al 7%. Un objetivo más estricto puede ser aceptable, basándose en el criterio del profesional y la preferencia del paciente, si puede alcanzarse de manera segura sin hipoglucemias u otros efectos adversos, pero no estaría justificado en personas de edad avanzada si para ello es necesario el uso de fármacos con riesgo hipoglucemiante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de nuestro trabajo ha sido investigar el uso de fármacos hipoglucemiantes en los pacientes mayores de 75 años con un resultado de HbA1c $\leq 5.7\%$.

Durante el año 2022 nuestro Laboratorio informó 87.751 determinaciones de HbA1c, de las cuales 4.818 pertenecían a 3.670 personas de nuestra área de salud mayores de 75 años y con HbA1c $\leq 5.7\%$. Al no figurar el diagnóstico de diabetes en las solicitudes se cotejó con el Servicio de Farmacia si dichas personas tenían prescrito tratamiento hipoglucemiante identificándose a 360 pacientes.

En el momento del estudio se constató que, de los 360 pacientes seleccionados, 48 habían fallecido, 87 presentaban un valor de hemoglobina total igual o inferior a 9.8 g/dL, 3 padecían anemia hemolítica y 20 habían sido transfundidos. En todos los casos el cromatograma de la HbA1c era normal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Por grupo terapéutico, 67 pacientes estaban en tratamiento con insulina, 19 con sulfonilureas y 6 con repaglinida (tratamientos asociados a hipoglucemias). Además, 50 pacientes utilizaban iSGLT-2 y 3 agonistas del GLP-1 (fármacos con bajo riesgo de hipoglucemias pero no exentos de efectos secundarios en esta población). Finalmente, 228 pacientes tomaban metformina y 156 inhibidores de la DPP-4.

Respecto al número de fármacos, de los 360 pacientes 7 tenían prescritos fármacos hipoglucemiantes de cuatro familias diferentes, 20 de tres familias, 114 de dos familias y sólo 219 estaban en monoterapia (53% con metformina, 24% con iDPP-4, 7% con iSGLT-2 y 12% con insulina).

A pesar de la limitación del valor bajo de la hemoglobina total y del antecedente de transfusión en alguno de los evaluados, podemos concluir que en nuestra área de salud existe un número alto de pacientes con diabetes mayores de 75 años que presentan objetivos de control glucémico excesivos (HbA1c $\leq 5.7\%$), y que en algunos casos el tratamiento puede ser peligroso (insulina, sulfonilureas, repaglinida y uso de asociaciones farmacológicas). Por todo ello nos proponemos añadir un comentario indicando que debe revisarse el tratamiento hipoglucemiante en todos los pacientes con diabetes mayores de 75 años con un resultado de HbA1c $\leq 5.7\%$.

ATENCIÓN INTEGRADA E IMPACTO DEL COVID-19 EN LA DIABETES: RESULTADOS CLÍNICOS Y METABÓLICOS. QUÉ HEMOS APRENDIDO

GEMA MUÑOZ GAMITO; MARÍA CIBELES MORENO CHICO; TERESA MUR MARTÍ; INMACULADA NAVAZO RODRÍGUEZ; YOLANDA CUESTA MIEZA; TOMÁS PÉREZ PORCUNA

FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MUTUA TERRASSA// CATALUÑA

ID: 17354

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La OMS recomienda modelos asistenciales integrados para dar respuesta a los problemas de salud como es la diabetes mellitus (DM). La pandemia por COVID-19 ha impactado en la accesibilidad de los servicios de salud a la vez que ha supuesto un cambio en el modelo asistencial al extenderse el uso de herramientas telemáticas. En la actualidad, existe escasa información sobre el efecto que estos cambios han provocado en la evolución clínica y metabólica de los pacientes con DM y ninguna desde una visión integrada entre los ámbitos de atención primaria y hospitalaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar la evolución clínica y metabólica, antes y después de la pandemia, de los pacientes con DM atendidos en una Organización Sanitaria Integrada (OSI),

Estudiar los factores asociados a las visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, mortalidad y niveles de Hb glicosilada.

Metodología

Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con DM (códigos CIM9: 250 y/o CIM10: E08-E13,) sin límites de edad, que constaban en el registro clínico digital de nuestra OSI entre enero 2018 y febrero de 2023. Las variables de resultado fueron hemoglobina glucosilada (HbA1c), visitas a urgencias hospitalarias, visitas en AP (tanto médicas como de enfermería), ingresos hospitalarios y mortalidad. Las variables independientes incluyeron características sociodemográficas y geográficas individuales y nivel de interacción con AP (número y tipo de visitas). Se utilizaron modelos de regresión logística para los estudios de factores asociados a las principales variables. El error tipo I se fijó en 5% y el error tipo II en 20%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizó una muestra de 23.238 individuos con más de 1.200.000 visitas de AP, más de 45.000 visitas de urgencias hospitalarias y más de 12.000 ingresos hospitalarios.

La media de HbA1c fue de 6,93g/dL (IC95% 6,91-6,95) y 7,12 (IC95%7,10-7,15) $p < 0,001$ en 2018 y 2023, respectivamente.

Los factores asociados con un mayor riesgo de visitas a urgencias hospitalarias, ingreso hospitalario y muerte fueron la edad avanzada, el sexo masculino, HbA1c más altas y mayor comorbilidad.

Las visitas de atención primaria no programadas resultaron ser protectoras del ingreso hospitalario y de la mortalidad en un 48% ($p < 0,001$) y en un 73% ($p < 0,001$), respectivamente.

Conclusiones

De acuerdo con nuestros datos, el control metabólico de los pacientes diabéticos fue mejor en el período prepandemia. El número de visitas con el equipo de atención primaria tuvo impacto directo sobre la mortalidad de los pacientes y sobre el ingreso hospitalario.

Los modelos de atención al paciente diabético deberían priorizar la accesibilidad a los equipos de AP y facilitar la integración del registro digital clínico entre niveles asistenciales para favorecer el control coordinado de los pacientes. El análisis de los datos basado en la evidencia permite una evaluación y optimización de las intervenciones realizadas y de los recursos destinados.

INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE LA EPOC ORIENTADA AL VALOR EN EL ENTORNO ESPAÑOL: CONSENSO DE EXPERTOS

CAROLINA VARELA-RODRÍGUEZ¹; JULIO ANCOCHEA BERMUDEZ²; CARLOS FERNÁNDEZ OROPESA³; PEPE MARTÍNEZ OLMOS⁴; ELOINA NÚÑEZ MASID⁵; JOSÉ TOMÁS GÓMEZ SÁENZ⁶

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA//COMUNIDAD DE MADRID

³UNIVERSIDAD DE GRANADA, ⁴ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA//ANDALUCÍA

⁵SERGAS// GALICIA

⁶CENTRO DE SALUD DE NÁJERA// LA RIOJA

ID: 17448

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en España, que afecta al 11,8% de la población española igual o mayor de 40 años¹ y constituye la cuarta causa de muerte en España, produciendo unas 29.000 muertes al año^{2,3}. A pesar de su elevada prevalencia, se trata de una patología infradiagnosticada y mal controlada que presenta una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública. Alrededor del 40% de los pacientes con EPOC sufren ≥ 2 exacerbaciones o ≥ 1 hospitalización por la patología, al año. Las tendencias actuales en el ámbito de la gestión sanitaria se orientan a la optimización de procesos y a la inclusión de los pacientes en la toma de decisiones, para aportar el mayor valor posible. Así, organizaciones como El presente trabajo ha tenido como objetivo identificar y consensuar un conjunto de indicadores clave en el entorno español para la gestión de la EPOC, incorporando medidas de resultados reportados por los pacientes, como parte importante de aportación de valor a esta patología útil para el Sistema Nacional de Salud, a través de un estudio de consenso de expertos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se trata de un estudio Delphi de consenso con un panel de 10 expertos del contexto sanitario español, dividido en tres fases. En una primera fase, se llevó a cabo una revisión estructurada de la literatura para conformar una primera lista de indicadores de resultados en salud de la EPOC. En una segunda fase, se revisó y debatió la lista de indicadores, su utilidad y factibilidad de medida en la práctica clínica y la necesidad de indicadores adicionales con el panel, creando una segunda lista. En una tercera fase se llevó a cabo una ronda de calificación de la relevancia y factibilidad de cada uno ellos y decidiendo la idoneidad de mantenerlo en el listado final, priorizando aquellos indicadores con un acuerdo mayor o igual al 80%. En una cuarta fase se celebró una reunión final de consenso con los expertos donde se presentaron los resultados de la ronda de calificación y se revisaron y consensuaron los indicadores finales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 261 artículos seleccionados en la revisión de la literatura se extrajo un listado inicial de 41 indicadores (de resultados, proceso, contexto y económicos). Tras la revisión con el panel, se redujeron a 33 los indicadores y se priorizaron según su relevancia y factibilidad. En la reunión de consenso final se revisaron los resultados de la calificación y se añadieron todos aquellos de interés dado el objetivo del proyecto.

La medición sistemática de indicadores de seguimiento para las condiciones clínicas es un eje central de la mejora de la asistencia. El presente trabajo de consenso propone un conjunto de 27 indicadores para el seguimiento de los pacientes y la medición del aporte de valor en los pacientes con EPOC en el contexto sanitario español.

IMPACTO DE DOS ESTRATEGIAS DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: DEPRESCRIPCIÓN vs PRÁCTICAS SEGURAS

MERCEDES PEREIRA PÍA¹; AGUSTINA FERNÁNDEZ PÉREZ²

¹SAN ROQUE, ²C.S. VILALBA// GALICIA

ID: 17677

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Comparar el impacto de dos estrategias de intervención de revisión de la medicación, en población adulta, para optimización de la farmacoterapia por el Farmacéutico de Atención Primaria (FAP). 1ª Estrategia de Deprescripción (ED) (2017-2018) en pacientes polimedicados de edad avanzada y 2ª Estrategia de Seguridad (ES) sobre la población general basada en ítems de la lista MARC. Ofrecer los datos de la experiencia obtenida para maximizar el beneficio al paciente de cara a nuevos proyectos y plantear hipótesis de las causas de éxito o fracaso de su implantación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, retrospectivo y multicéntrico (25 médicos, 10 centros). Inclusión según listados de polimedicados (años 2017-18) (> 13 medicamentos, > 75 años) y listado de práctica seguras (2021-22) Se eligen 150 pacientes de cada lista con al menos una intervención del FAP. Selección de pacientes de los listados de trabajo actualizados cada 3 meses desde los servicios centrales al FAP y al médico de cupo. Intervención por el FAP y respuesta afirmativa o negativa a la propuesta por el médico en un plazo máximo de una semana frente a la "no respuesta". La intervención se envía al Médico de Familia del paciente ED: edad 75-96 a (= 84) ES: edad 35-101 a (= 66) ED: responden en tiempo (48 h) y forma (si/no justificado) a todas las intervenciones 1/25 médicos (4%) ES responden 23, 2 dilatan la resolución a pesar del riesgo. Intervenciones principales: pseudopolimedicación, tratamiento preventivo en paciente frágil de edad avanzada, objetivo terapéutico, inercia de prescripción, adecuación del tratamiento a comorbilidades, duplicidad, interacción, contraindicación, hoja de prescripción actualizada, prescripción ajustada. Hipótesis del impacto: sobrecarga asistencial, percepción del médico de la repercusión en salud de la intervención, objetivo económico, esperanza de vida del paciente, visión dirigida a la cura de síntomas, baja percepción del riesgo, medicación derivada/prescrita por otro, medicación de origen hospitalario, priorización de la demanda.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La diferencia de impacto entre la ED y la ES puede ayudar a gestores a orientar sus programas de optimización de la terapia de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. Ayuda a identificar y maximizar las competencias del Farmacéutico de Atención Primaria en el equipo multidisciplinar. Permite crear hipótesis docentes o estrategias para maximizar el impacto del uso racional del medicamento y seguridad de la prescripción farmacéutica. Las estrategias no son coincidentes en el tiempo, siendo la ES más reciente, el resultado puede tener un sesgo por la evolución del colectivo médico hacia una mayor sensibilización hacia la seguridad, aunque creemos que no cambiaría significativamente el resultado.

“SOMOS VS SOY”. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN ES DIFÍCIL, PERO SÍ SE PUEDE HACER

BIBIANA MARÍN ESPADA¹; ELENA GARCÍA-ESTAÑ GONZÁLEZ¹; JOSE ÁNGEL TORRECILLA SEQUÍ¹; ANA MARÍA HERRERA GALLEGO¹; SILVIA MORATA MURCIA²; INÉS LAJARÍN MARTÍNEZ¹

¹SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, ²UNIDAD DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS//REGIÓN DE MURCIA

ID: 17695

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Tras la pandemia, hemos notado un desgaste profesional y dificultades en la comunicación (entre los profesionales y con nuestros pacientes). Sin embargo, también nos ha mostrado oportunidades de mejora.

Desde la gerencia del 061 de la Región de Murcia se creó en el año 2022, el proyecto UBUNTU 061 para generar cultura de trabajo en equipo, desde la óptica de priorizar el bienestar del grupo sobre los intereses individuales. “SOY PORQUE SOMOS”.

Además, dentro de este proyecto, surgió la idea de crear un grupo de trabajo sobre comunicación a través de profesionales sensibilizados. En este barco, llamado MERAKI, todos sus integrantes reman en la misma dirección, poniendo el alma en ello.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es mejorar la comunicación dentro de la organización a todos los niveles, con respecto al paciente, a los familiares, a los compañeros del equipo y del hospital.

La metodología empleada ha sido a través de un grupo de trabajo comprometida con la temática (motivación intrínseca), que ha seguido los siguientes pasos:

1. Generar confianza entre sus miembros (con unas dinámicas iniciales)
2. Establecer unas normas de funcionamiento y un criterio a la hora de tomar decisiones (basado en el principio de Pareto)
3. Establecer el enfoque desde el grupo. Se analizaron las fortalezas y debilidades de los integrantes y al ponerlas en común se identificaron las fortalezas y debilidades del equipo.
4. Establecimiento de la identidad grupal, a través de la elección de un nombre para el equipo que represente los valores del mismo.... MERAKI
5. Establecimiento del propósito (WHY) del equipo a la hora de trabajar esta temática.
6. Establecimiento de la forma de implementar el proyecto (HOW) a través del aprovechamiento de las fortalezas y el control de las debilidades.
7. Asignación de tareas (WHAT) en base a las competencias personales.
8. Establecimiento de un sistema de comunicación fluido y diario (whatsapp).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultados, hemos diseñado una estrategia de sensibilización y formación a través de la elaboración de varios videos y polimedias relacionados con la comunicación y empatía.

El éxito de este grupo de trabajo está en el COMPROMISO de cada uno de los integrantes hacia la temática, en la CONFIANZA generada en el grupo y en la AGILIDAD a la hora de implementar ideas/procesos. Creemos en nuestro potencial como grupo, porque aprovechamos al máximo nuestras capacidades con la intención de conseguir un éxito sostenible en el tiempo. Buscamos fomentar una cultura de trabajo en equipo y

de apoyo mutuo. Queremos potenciar, estimular y empoderar a todo nuestro entorno.

Este camino no es fácil, pero intentaremos sortear las piedras que nos encontramos en el camino, combatiendo el desgaste profesional, aumentando la satisfacción laboral y mejorando el rendimiento general. En definitiva, queremos trabajar para dejar una huella positiva que llegue a todo el mundo ya que: SOY PORQUE SOMOS.

EVALUACIÓN DE LA OMISIÓN DE CUIDADOS EN 11 CENTROS HOSPITALARIOS DE CATALUÑA

JORDI ADAMUZ TOMÁS¹; MARIBEL GONZÁLEZ SAMARTINO¹; MARTA TAPIA PÉREZ¹; SUSANA ASENSIO FLORES¹; RAQUEL AZOR PORTOLÉS²; MARIA EULÀLIA JUVÉ UDINA³

¹HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE, ²INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA, ³INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 14297

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El Consejo Internacional de Enfermeras y las Organización Mundial de la Salud destacan la necesidad que los sistemas sanitarios evalúen el contexto organizativo de la prestación de cuidados enfermeros. Aunque existen estudios que relacionan los factores del contexto organizativo y resultados de salud, futuras investigaciones deben de evaluar su relación con otros factores como la omisión de cuidados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue determinar los cuidados omitidos y los motivos que las enfermeras asocian con su omisión en 11 hospitales públicos de Cataluña. Estudio cuantitativo, observacional, transversal y multicéntrico realizado durante el año 2022 en 8 hospitales del Instituto Catalán de la Salud y 3 centros del Instituto Catalán de Oncología. Se incluyeron enfermeras asistenciales de los ámbitos de hospitalización y críticos que trabajan en los hospitales descritos mediante un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Las variables principales de estudio fueron los errores por omisión, recogidos a partir de la escala normalizada OMICE que consta de dos secciones: Cuidados omitidos y Motivos de omisión. Además, se recogieron otras variables sociodemográficas como edad, sexo, estudios previos y situación laboral. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario online diseñado en la plataforma REDCap. El análisis estadístico se realizó con estrategia descriptiva. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de todos los centros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio se incluyeron 1.050 enfermeras, de las cuales 827 pertenecían al ámbito de hospitalización de agudos o semicríticos y 223 al ámbito de cuidados intensivos. El 88,7% fueron mujeres, con una media de edad de 37 años (DE=10,7), siendo el 20% su situación laboral eventual. El 70,4% opinan que más del 50% del tiempo, la carga de trabajo es excesiva en relación con el tipo de paciente y la dotación de personal, mientras que el 65,6% muestran un elevado nivel de satisfacción con su puesto actual.

Los principales cuidados omitidos fueron: Hacer caminar a pacientes (63,7%), Cuidado bucal (50,4%), Asistir a reuniones interdisciplinarias (49,2%), Cambios posturales (46,0%) y Cuidados relacionados con el sueño-descanso (44,8%). Los principales motivos de omisión fueron: Atención en situaciones de urgencia (88,6%), Elevada carga de trabajo (87%), Dotación inadecuada de enfermeras (81,1%), Excesiva carga administrativa (78,2%) y Asignación descompensada de pacientes (75,2%).

Los resultados obtenidos permiten observar que los principales cuidados omitidos están relacionados con cuidados básicos, mientras que los motivos de omisión principalmente están relacionados con recursos humanos y comunicación interprofesional. Estos aspectos pueden ayudar a diseñar nuevos modelos organizativos de cuidados que impacten en la mejora de la calidad asistencial.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA MÉDICA. UN INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE NUESTRAS DECISIONES

MARÍA ROSA ROCA CASTELLÓ; PILAR GARCÍA GASCÓ; MIGUEL FOMBUENA MORENO; PEDRO TENLLADO DOBLAS; CARLOS CHAZARRA TALENS; ARMANDO AZULAY TAPIERO

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14819

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La toma de decisiones en el paciente con enfermedad crónica en sus diferentes estadios es especialmente compleja. Disponer de instrumentos que mejoren la calidad asistencial, a través de una mejora en la toma de decisiones de los diferentes profesionales, es fundamental para garantizar una asistencia de calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Implementar un instrumento en la historia clínica que de forma protocolizada permita recabar información en relación con decisiones clínicas importantes en pacientes con pluripatología y cronicidad compleja

Metodología

- Creación de un grupo de trabajo que analizó las diferentes tomas de decisiones susceptibles de introducir en el instrumento
- Consenso definitivo entre todos los componentes del servicio, sobre las variables a utilizar
- Análisis descriptivo de los resultados obtenidos de la cumplimentación del instrumento en el periodo que abarca de 2018 a 2023

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las reuniones del grupo de trabajo y el consenso sobre las variables del instrumento se realizaron durante el año 2018 El instrumento se denominó PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Las variables que se introdujeron en el instrumento fueron:

- Identificación NECPAL
- Indicación de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
- Indicación de traslado a hospital agudos
- Existencia de un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)
- Indicación de:
 - canalizar acceso venoso soporte nutricional antibioterapia
 - soporte transfusional
 - soporte ventilatorio hidratación
 - terapia renal sustitutiva tratamiento sintomático exclusivo sedación
 - persona de contacto

Se han realizado tres estimaciones de la prevalencia en el uso de la herramienta. Presentamos los resultados de los cambios experimentados durante los años 2019, 2020 y 2023:

- La planificación anticipada de la asistencia médica en el año 2023 fue del 86% frente al 43% en el año 2019
- Identificamos como NECPAL + al 35% de nuestros pacientes, un 63% son trasladables y un 63% son subsidiarios de RCP ante complicación vital

Conclusiones

- Hemos mejorado en la cumplimentación de la PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LA ASISTENCIA MÉDICA
- Existe consenso interno sobre utilidad clínica del instrumento
- Identificamos áreas de mejora en la cumplimentación y uso del instrumento que permitirán seguir mejorando la calidad de nuestras decisiones .

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DE MEDIA-LARGA ESTANCIA

PAULA MARCH BORRÁS; VERÓNICA MANCEBO BELMONTE

HOSPITAL VITHAS AGUAS VIVAS// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15057

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema clínico grave, sobre todo en el ámbito hospitalario, actualmente está infradiagnosticada e infratratada, a pesar de la evidencia científica sobre sus consecuencias clínicas (fragilidad, dependencia, complicaciones y mortalidad) y económicas. Según el estudio PREDyCES, uno de cada cuatro pacientes hospitalizados en España presenta desnutrición y cuando ésta aparece durante el ingreso, la estancia se dobla y los costes aumentan en un 50 %. Una detección precoz ha demostrado que puede reducir estas consecuencias de forma coste-efectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Desarrollar un protocolo clínico para el manejo dietético-nutricional de los pacientes de media-larga estancia, estandarización tanto del cribado como de la valoración nutricional mediante escalas validadas, dietas hospitalarias ajustadas a las necesidades nutricionales y elaborar un manual dietético-nutricional de las dietas hospitalarias. Estudio de intervención multidisciplinar que abarca desde el 2016 a 2022, la muestra es de 320 pacientes de los cuales presentan DER el 70,1%. Se realiza un grupo control y uno de intervención nutricional y se les realiza un seguimiento a los tres y a los seis meses desde el ingreso hospitalario. Se valora el cumplimiento del tratamiento dietético-nutricional, así como su estado nutricional e hídrico y la aparición de complicaciones clínicas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La tasa de desnutrición disminuye significativamente a lo largo del período de seguimiento ($p < 0,001$), independiente de la edad ($p = 0,869$). La reducción es progresiva y significativa entre cualesquiera pares de tiempos. La proporción de casos con deshidratación disminuye significativamente a lo largo del período de seguimiento ($p < 0,001$) independiente de la edad ($p = 0,748$). La tasa disminuye significativamente a los 3 meses ($p < 0,001$) y se mantiene estable hasta el final de las revisiones. La dieta cambia progresivamente su consistencia, de una presentación túrmix a una más blanda, debido a la mejoría de la eficacia y seguridad de la deglución de los pacientes. Los cambios son significativos ya en la revisión de los 3 meses y siguen mejorando hasta los 6 meses ($p < 0,001$). Observamos que la presencia de disfagia orofaríngea condiciona significativamente la dependencia de la ingesta y la tasa de úlceras. El nivel de albúmina aumenta significativamente a lo largo del período de tratamiento ($p < 0,001$), y estos resultados confirman que ha mejorado el estado nutricional de los pacientes y en particular de las proteínas. La albúmina y el peso aumentan significativamente, a la vez que las tasas de úlceras, deshidratación y desnutrición se reducen. El peso medio aumenta significativamente a lo largo del período de tratamiento ($p < 0,001$). Por tanto, la implantación de un protocolo nutricional hospitalario ha demostrado la eficacia del tratamiento nutricional a nivel clínico (complicaciones, polifarmacia, estancia media y funcionalidad) y económico (coste por proceso).

APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ENDOCRINOLOGÍA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE CCAA

ANDREA DÍEZ GARCÍA¹; ALBERTO JIMÉNEZ BUIZA²; ERMA ALEJANDRA TRIAS NANCY¹; ANA ANDREA HERRERO²; JUAN MORENO GONZÁLEZ²; AITZIBER IZARRA NAVARRO³

¹ASTRAZENECA// ANDALUCÍA

²ASTRAZENECA// COMUNIDAD DE MADRID

³ASTRAZENECA// CATALUÑA

ID: 13980

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Debido a su elevada incidencia, mortalidad y morbilidad, así como al gasto de recursos económicos asociados a su diagnóstico y manejo, la enfermedad renal crónica (ERC) se considera un problema de salud pública a nivel nacional y mundial. Por ello, recientemente se ha publicado un documento de consenso –Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica– a nivel nacional sobre el manejo del paciente con ERC. Sin embargo, y teniendo en cuenta que la DM2 y la obesidad son factores de riesgo para la ERC, hasta la fecha no se ha publicado ningún estudio que valore la aplicabilidad de dicho consenso en la práctica clínica desde endocrinología.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del presente estudio es analizar el grado de aplicabilidad de las principales recomendaciones establecidas en el consenso desde endocrinología en las distintas comunidades autónomas (CCAA), analizando similitudes y diferencias entre las mismas, y destacando en qué aspectos cabe mejorar. El estudio está basado en las percepciones y valoraciones obtenidas en la discusión sobre la aplicabilidad del consenso por 198 endocrinos durante 11 reuniones realizadas en 11 CCAA. Las valoraciones se codificaron numéricamente. A partir de las medias obtenidas por cada CCAA se elaboró una media nacional para cada aspecto, señalando su nivel de dispersión entre CCAA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Todas las CCAA coinciden en que la ERC está infradiagnosticada. La percepción del % de pacientes con obesidad en los que se realiza la determinación de albuminuria desde endocrinología es el aspecto que obtuvo un menor grado de consenso intercomunitario. Canarias y Baleares consideran que se realiza a alrededor del 75% de pacientes, mientras que Navarra, Galicia y el País Vasco consideran que se realiza a alrededor del 10%. La mayoría de CCAA considera que la determinación de albuminuria se realiza en atención primaria a menos del 10% de pacientes con obesidad. La percepción del % de pacientes con DM2 en los que se realiza la determinación de albuminuria desde atención primaria fue el segundo aspecto con un menor grado de consenso intercomunitario. Canarias y Aragón son las CCAA en donde más se analiza (50-75% de pacientes), seguidas de Cataluña, la C. Valenciana y Navarra (25-50% de pacientes).

En cuanto a los criterios de derivación, la mayoría de CCAA considera que se siguen bastante. Por lo que respecta al tratamiento, todas las CCAA considerarían bastante o muy adecuado el uso de IECA/ARA-II con Dapagliflozina desde el inicio en pacientes con ERC.

Estos resultados muestran que la percepción de la práctica clínica no concuerda con las recomendaciones del consenso referentes al diagnóstico y cribado de la ERC en pacientes con DM2 y/o obesidad. Esta información podría ayudar a focalizar aspectos a mejorar, guiando futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes con ERC.

IMPACTO DE LA METODOLOGÍA LEAN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL MORENO GAMBIN¹; MARÍA MERCEDES GARCÍA JIMÉNEZ²; MARTA PACHECO JIMÉNEZ²; GLORIA ORTEGA SUERO²; ÁNGELA DOMINGO SANTOS²

¹HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO Y TOMELLOSO, ²HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15364

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de la metodología Lean en las instituciones de salud es una herramienta efectiva para mejorar la capacidad y el flujo de trabajo, así como para incrementar el nivel de satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios. Presentamos este proyecto donde se ha aplicado dicha metodología para el análisis y optimización de los procesos que integran la ruta asistencial de los pacientes con Esclerosis Múltiple de un hospital general, que persigue la mejora continua focalizada en el concepto de valor para el paciente, la potenciación de las facultades de los profesionales sanitarios y la eliminación de las ineficiencias del servicio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

El objetivo del presente proyecto consiste en la detección de los problemas y las oportunidades de mejora existentes, así como el diseño de soluciones específicas para cada línea de trabajo, optimizando así el circuito que sigue el paciente con Esclerosis Múltiple mediante: (1) Estandarización de protocolos. (2) Mejora de la coordinación con otros servicios involucrados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. (3) Optimización de la participación de Enfermería en consulta. (4) Reducción de la sobrecarga de trabajo.

Metodología

Se ha creado un equipo multidisciplinar con todos los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso asistencial del paciente con Esclerosis Múltiple (incluyendo el Servicio de Neurología, Farmacia, Radiodiagnóstico y Sistemas de Información, así como Dirección Médica y Gerencia hospitalaria). Para el diagnóstico de la situación actual se ha empleado la herramienta de VSA (Value Stream Analysis), con la cual se mapea el circuito asistencial y se detectan los puntos débiles del sistema, buscando mejoras en productividad, eficiencia y calidad del servicio al paciente. La ejecución se ha realizado en 6 sesiones de trabajo y un ejercicio de "shadowing" (observación de los profesionales sanitarios por una persona externa) en consulta desde mayo de 2022 a enero de 2023. Se han establecido también unos índices de seguimiento que se medirán cada 3 meses durante 1 año para evaluar el éxito del proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Con la aplicación de las herramientas Lean hemos conseguido (1) Mejora del circuito con Farmacia Hospitalaria. (2) Reducción del número de ingresos hospitalarios. (3) Estandarización del protocolo con Radiodiagnóstico y justificación de la no externalización de Resonancias Magnéticas. (4) Reestructuración de la Historia Clínica Electrónica. (5) Optimización del papel de Enfermería en consulta. (6) Reducción de tiempos de espera en consultas. Estas soluciones se traducen en un beneficio total anualizado de 78.200 euros y un beneficio anual en horas de trabajo en el Servicio de Neurología de 540,3 horas.

Conclusión

La metodología Lean es una herramienta viable para mejorar los procesos del circuito asistencial que sigue el paciente con Esclerosis Múltiple en el ámbito hospitalario, mejorando su eficiencia y eficacia.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNIDAD DE RECUPERACIÓN HOSPITALARIA EN SALUD MENTAL

TERESA NICOLÁS LÓPEZ¹; ISMAEL MARTÍNEZ NICOLÁS²; ARANCHA PÉREZ GARCÍA¹; MONSERRAT RODRÍGUEZ DÍAZ¹; MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ¹; RUBÉN GUERRERO PINTOR¹

¹HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA// REGIÓN DE MURCIA

²SENSAR.IDEHA SIMULATION CENTRE, FUNDACIÓN ALCORCÓN UNIVERSITY HOSPITAL//COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17086

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La atención a las personas con problemas de salud mental ha tenido profundas transformaciones a lo largo del tiempo. Actualmente, en el marco de la Estrategia de Mejora de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2023-2026, se ensalza la implementación de un modelo de atención comunitaria basado en el concepto de recuperación. En este sentido, la Continuidad de Cuidados (CdC) es una asignatura pendiente en las estructuras sanitarias, y tiene especial relevancia cuando hablamos de perfiles de usuario tan vulnerables, donde aparecen situaciones complejas, amplias y continuas en el tiempo. Es por tanto urgente introducir cambios de la forma más eficaz posible, usando las herramientas que proporciona la Gestión de la Calidad Asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar y mejorar la CdC de las personas que ingresan en una Unidad de Recuperación Hospitalaria en salud mental (URH) por parte del equipo de enfermería.

Se trata de un estudio cuasi-experimental antes-después sin grupo control, en el que se representa un ciclo completo de evaluación y mejora de la calidad con dos evaluaciones. Tras el proceso de identificación de las oportunidades de mejora y la priorización de las mismas, se seleccionó el problema de la discontinuidad de cuidados en la URH. Fueron analizadas las causas influyentes y se construyeron y valoraron siete criterios basados en la revisión de la evidencia científica disponible y en el consenso del grupo de trabajo, además de tener en cuenta la multidimensión conceptual de la CdC.

Se estudia el total de egresos de la URH en la pre y post-intervención y se valora la efectividad del plan de mejora implementado con el cálculo de mejoras relativas y el porcentaje de incumplimientos de los criterios.

Las intervenciones para el plan de mejora se agruparon según la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS): desarrollo del liderazgo, regulación y estándares, sistemas de información, capacidad organizacional, participación del usuario y modelos de atención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados, el total de defectos de calidad en la CdC disminuyeron un 26,45% (de 67,09% pre-intervención a 40,64% post-intervención). La mejora ha sido heterogénea en los criterios evaluados, oscilando entre un 26,9% y 100% de mejora relativa. Se evalúa de forma coadyuvante la calidad del Informe de Continuidad de Enfermería donde el promedio de defectos por documento desciende de 11,46 a 1,98.

A modo de conclusión, se puede observar que, a través de la metodología de un ciclo de mejora de la calidad se ha permitido aumentar el rigor en la atención de los usuarios de la Unidad. La mejora alcanzada en la calidad de la CdC en la URH está relacionada con la efectividad de las mejoras implementadas, aunque queda abierta la necesidad de la monitorización del nivel alcanzado y el reinicio de ciclos de mejora en aquellos puntos donde los defectos de calidad aún son elevados.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TELEMONTORIZACIÓN DOMICILIARIA

ALBA RAPELA FREIRE; ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; MARTA SANCHEZ-CELAYA DEL POZO; ELENA CIFUENTES ENRÍQUEZ DE SALAMANCA; ALICIA OLIVA RAMOS; ROSA ISABEL MARÍN AGUILERA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17277

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La telemonitorización domiciliaria permite realizar un seguimiento a distancia del estado clínico de los pacientes a través de Tecnologías de la Información y Comunicación. Este procedimiento ha demostrado reducir las visitas a urgencias, los ingresos y la estancia media en determinados grupos de pacientes.

En junio de 2021, se inició un servicio de telemedicina en un hospital público de alta complejidad, para el seguimiento en domicilio de pacientes. Es importante evaluar no solo el impacto clínico si no también la percepción de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es evaluar el impacto del programa de telemonitorización domiciliaria en relación al número de ingresos, mejora en la calidad de vida y satisfacción de los usuarios del programa.

Estudio descriptivo transversal sobre pacientes con diagnóstico de EPOC activos en un programa de telemonitorización domiciliaria y con, al menos, 6 meses de permanencia en el mismo.

Se definieron 3 indicadores clave para monitorizar el impacto del programa: la reducción del número medio de ingresos hospitalarios (RMIH), la mejora de la calidad de vida (MEQI) y la satisfacción de los pacientes.

La RMIH se calculó como el cociente de la diferencia del número medio de ingresos del año previo a la inclusión en el programa y el número medio de ingresos en los 6 meses evaluados referido a un año; dividido entre el número medio de ingresos del año previo a la inclusión en el programa.

La MEQI se midió con el EuroQol-5D INDEX, herramienta que permite realizar una autoevaluación del estado de salud, en el momento de la inclusión en el programa y a los 6 meses.

El índice medio de satisfacción (IMS) se recogió a través de una encuesta telefónica de 13 preguntas cuya respuesta era una escala numérica entre 0 (peor resultado) y 10 (mejor resultado). Una pregunta medía el índice de recomendación NPS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A fecha de estudio, 16 pacientes cumplían criterios de inclusión. La edad media de los pacientes en activo fue de 74 años. En cuanto a la RMIH, se calculó una reducción del número medio de ingresos hospitalarios de un 72,42%.

En cuanto a la MEQI, se obtuvo un valor inicial promedio del EuroQol 5D Index de 0,84. En la segunda medición el promedio fue 0,86. En el 25% de los pacientes (n=4) el índice obtenido fue inferior en la segunda medición (media= -0,11), en otro 25% (n=4) mejoró en la segunda medición (media= 0,19).

El IMS fue de 9,63; índice NPS de 93,8. Además, el 31,3% de los pacientes dejaron comentarios que ayudaron a establecer áreas de mejora.

En conclusión, la telemonitorización domiciliaria se consolida como herramienta útil no solo para el seguimiento y control del estado clínico de los pacientes. Parece que el programa ha contribuido a un aumento en la calidad de vida de los pacientes, además cuenta con un alto grado de recomendación y la satisfacción de los pacientes es sobresaliente.

CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE REUMÁTICO

DOLORES MENDOZA MENDOZA; MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ; MARÍA DOLORES RUIZ MONTESINO; INES MARÍA FERNANDEZ MAEZTU; ALBERTO MORENO CONDE; JOSE JAVIER PEREZ VENEGAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA// ANDALUCÍA

ID: 17732

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Durante todo el proceso asistencial del paciente en la unidad de reumatología, es necesario calcular una serie de indicadores y recoger información crucial para el correcto diagnóstico y seguimiento del paciente. La cantidad de datos necesarios y la complejidad de los cálculos, ha motivado la iniciativa de crear una herramienta que permita a los especialistas recoger y analizar la información durante la visita del paciente de forma eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este proyecto es definir, diseñar, pilotar y evaluar un modelo de atención de los pacientes reumáticos mediante la incorporación de un sistema de ayuda a la toma de decisiones basado en el cálculo de índices de actividad propios de cada una de las patologías (DAS28, SDAI, CDAI, DAPSA,...)

Inicialmente se definió la información necesaria a recoger durante todo el proceso asistencial de los pacientes en la unidad de reumatología, desde que se realiza la primera visita con el especialista hasta que se le da de alta, teniendo en cuenta toda la información que puede aportar el propio paciente en las visitas de seguimiento.

En base a las variables definidas, se ha desarrollado una plataforma que permite recoger y analizar la información de los pacientes, e incorpora además la generación de recomendaciones personalizadas en función de los indicadores de actividad calculados, la evidencia científica existente y los resultados obtenidos en la población de pacientes con características similares.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema desarrollado permite optimizar el proceso asistencial de pacientes de la unidad de reumatología, mejorando la coordinación de especialistas y enfermeras en la recogida de datos e incorporando la información aportada por el paciente.

Se compone de un módulo de seguimiento integrado con las diferentes fuentes de información clínica hospitalaria que permite realizar un análisis de los datos de seguimiento y monitorización de los pacientes, así como calcular diferentes índices de actividad relevantes en la toma de decisiones acerca de la evolución y el tratamiento de las diferentes patologías (DAPSA, DAS28, CDAI, ASDAS,...). Además, incluye una herramienta que facilita la realización de diferentes cuestionarios estandarizados para evaluar la calidad de vida de los pacientes, que han sido previamente definidos por los especialistas.

Actualmente el sistema se encuentra en fase de pilotaje y ha demostrado que puede mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes en todo el proceso asistencial, reduciendo considerablemente los tiempos de actuación de los especialistas durante la consulta y permitiéndoles recoger información de calidad rápidamente, lo que se traduce en una atención mucho más personalizada y humanizada.

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA REANIMACIÓN DE MADRES DE PARITORIO. ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA

ANA BELEN MOREO HERNANDEZ; MARIA ANTONIA GARCIA LOPEZ; MONTSERRAT LINARES ARANDA; MARIA BELEN ATIENZAR MARTINEZ; ISABEL NAVARRO RUIZ; ESTHER MARTINEZ BIENVENIDO

HOSPITAL SANTA LUCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 13979

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En octubre de 2020, durante la pandemia, el servicio de Paritorio asume el cuidado de madres y recién nacidos en su reanimación, tras el nacimiento por cesárea, evitando la separación de ambos y cumpliendo con la normativa recogida en el artículo 16 de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

Este hecho supuso un gran reto para las matronas: Crear un procedimiento de actuación en la reanimación de las cesáreas y cuidados maternos y del recién nacido y adaptar el procedimiento de atención al contacto piel con piel en cesáreas en la unidad de Paritorio.

Fue necesaria la implicación multidisciplinar de todos los profesionales participantes en el proceso, tanto de las áreas de Paritorio, como Reanimación y Quirófano, tarea que resultó sumamente dificultosa.

A pesar de las numerosas ventajas ampliamente demostradas del contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido durante al menos 50 minutos, los estudios son escasos en el contexto de una cesárea.

En el año 2022 fueron atendidas por una matrona y una TCAE en la reanimación de Paritorio, 521 madres, el 83,22% de las madres tras cesárea: 490, estuvieron acompañadas por sus bebés e hicieron piel con piel.

Precisamos conocer el grado de satisfacción materna, considerando diversas variables e identificar las áreas en nuestra práctica diaria sobre las que aplicar ciclos de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Comprobar el grado de satisfacción de las madres atendidas que realizan el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido.
- Relacionar el grado de satisfacción materna con otros factores: información recibida previa a la cirugía, tipo de cesárea, información de la técnica piel con piel y signos de alerta en el neonato, necesidad de analgesia, inicio de la lactancia y presencia de acompañante en la reanimación, identificando variables sobre las que podemos intervenir.
- Establecer ciclos de mejora.

Metodología

Se elaboró una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria, administrada por las supervisoras de Paritorio y Maternidad y por las matronas de planta, el segundo día tras cesárea.

Durante el año 2022 se recogieron 212 encuestas para obtener un nivel de confianza del 95%. El muestreo fue consecutivo, no probabilístico, hasta completar el tamaño muestral estimado.

Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistic 29.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- El nivel de satisfacción medio obtenido es de 9.33, $s=0.967$.
- Existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción y variables susceptibles de intervención: Información recibida sobre el motivo de la cirugía, sobre el contacto piel con piel y sobre signos de alerta a vigilar en el bebé.
- Planteamos un ciclo de mejora con un proyecto de intervención educativa grupal prenatal en el ámbito hospitalario.

Conclusiones

El grado de satisfacción de las usuarias es muy bueno, aun así, conocer los resultados nos permite llevar a cabo intervenciones sobre variables susceptibles de mejora.

ANÁLISIS DE RECLAMACIONES PRESENTADAS DURANTE 4 AÑOS EN UN ÁREA SANITARIA: APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

RICARDO DE DIOS DEL VALLE¹; SILVIA PEDRAYES GONZÁLEZ¹; ROBERTO RODRIGUEZ REGO¹; MARÍA MONTSERRAT MAJADO VILLAVERDE¹; ASUNCIÓN ARTIME GARCÍA²; JOSÉ MANUEL ROMAN FERRERO²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN, ²GERENCIA ÁREA SANITARIA III// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15439

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Ley General de Sanidad recoge "el derecho a formular quejas, reclamaciones o sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios". Las reclamaciones son fuente de extremado interés para conocer las expectativas de los pacientes, especialmente las expectativas frustradas. Este punto es el primer germen de la introducción de la valoración de las expectativas de los pacientes en los resultados de los sistemas sanitarios. En el Plan de Humanización de nuestra comunidad autónoma (2021) una de sus líneas estratégicas expone: "La democratización del Sistema Sanitario solamente es posible si la corresponsabilización y la colaboración de pacientes, usuarias/os y de las asociaciones que los representan, alcanza las diferentes formas de participación y supone la implicación de éstas en la gestión de las instituciones sanitarias" (Blancafórt).

Actualmente en los países de la OCDE se va imponiendo la idea de la importancia de la gestión en valor, y la necesidad de introducir la expectativa del paciente en la valoración de los servicios sanitarios prestados, con diversos proyectos para de desarrollo de PROs y PREMs. Una línea que experimentará un crecimiento exponencial en los próximos años.

Compartiendo esa visión, debemos decir que hemos desperdiciado la información de las reclamaciones. El manejo de las mismas tiene un enfoque individual, pero no se realiza un análisis agrupado de las mismas que pudieran dar pistas de mejora de la organización. Un primer paso para desarrollar la línea de la gestión basada en valor, pasa por poner en su justo valor la importancia de las reclamaciones como reflejo de la experiencia del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar las reclamaciones presentadas en el Área Sanitaria durante 4 años (2019-2022).

Metodología

Diseño: Descriptivo Transversal. Ámbito: atención primaria, hospital y salud mental. Población: reclamaciones presentadas. Período: 2019-2022. Variables: año, mes, ámbito asistencial, unidad clínica, estamento, motivo, reclamante, contestadas, demora. Análisis estadístico: distribución frecuencias, media y desviación estándar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizan 2753 reclamaciones. 78,9% sobre hospital. 32,9% 2019, 17,9% 2020, 17,1% 2021, 32,1% 2022. Un 29,9% se presentan de Octubre a diciembre. 91,6% de las hospitalarias son sobre ámbito médico vs 76,7% en Atención Primaria. El motivo principal en Hospital son las listas de espera (44,8%) vs Atención Primaria que es la disconformidad con la atención recibida (37,02%). El 86,7% son presentadas por el paciente. Se respondió al 98,33%.

Conclusiones

El análisis de las reclamaciones es necesario y nos da una idea sobre las expectativas frustradas del paciente. Para realizarlo debemos diseñar un sistema de registro/codificación homogéneo con explotación automatizada de los datos. Observamos que dominan las quejas sobre el hospital y el ámbito médico; y que los motivos difieren en atención primaria y hospital; reflejando, quizás, diferentes expectativas en uno y otro nivel.

LOS PROCESOS ASISTENCIALES EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

ROSA MARÍA JURADO MONROY; ABDELMONEIM BOUHMIDI ASSAKALI; CRISTINA LAVÍN EXPÓSITO; ANA MARÍA COGRADE DELGADO; ALBERTO JOSÉ PÉREZ GIJÓN; EUGENIO ZAMORA TRAPERO

HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE PUERTO LLANO// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 15517

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En la Sección de Digestivo tenemos como misión proporcionar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a los pacientes con patología digestiva, con el fin de cubrir sus necesidades y expectativas. Estamos comprometidos con la seguridad del paciente y la continuidad asistencial, con la visión de consolidarnos como un servicio de calidad, flexible, innovador y de mejora continua. Para ello apostamos por una Gestión de Calidad en el que la Norma ISO 9001:2015 y el diseño de procesos asistenciales van a ser nuestros pilares de organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es disminuir la variabilidad asistencial.

Los objetivos secundarios corresponden a la consecución de los objetivos establecidos en los diferentes procesos asistenciales, mejorando resultados en salud, diagnósticos y tratamientos.

Para ello nos planteamos la estandarización asistencial y en 2019 se obtuvo la certificación ISO 9001:2015 de la Unidad de Endoscopias Digestivas. Del análisis de indicadores surgen las necesidades, y de éstas los procesos asistenciales de atención al paciente con patología digestiva. La certificación de la Unidad de Endoscopias se transforma en Proceso de Atención al Paciente con necesidad de endoscopia digestiva en 2020, y se incluye en el alcance de la certificación el proceso de Atención al Paciente con diarrea crónica, y en 2021 se amplía con el Subproceso de Atención al Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). En 2022 participamos en coordinación con el Plan Regional de Calidad con el desarrollo del Proceso transversal de Atención al Paciente con hemorragia digestiva. En 2023 ampliamos el alcance con los Procesos de Atención al Paciente con síntomas dispépticos y de Atención al Paciente con ERGE, donde los criterios de derivación de Atención Primaria son un punto fuerte. Actualmente estamos diseñando el Proceso de Atención al Paciente con pancreatitis aguda.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los Procesos asistenciales han permitido el control y mejora de los indicadores de los procesos:

- Incomparecencia de pacientes y preparación para las endoscopias, con la creación de una consulta telefónica de enfermería.
- Lista de espera en endoscopias.
- Derivaciones desde Atención Primaria de pacientes con diarrea crónica.
- Control de pacientes recién diagnosticados de EII, con la figura de enfermera especializada en EII.
- Control de pacientes con EII con tratamiento anti-TNF.
- Reducción de la variabilidad en la atención a pacientes con hemorragia digestiva, mejorando derivaciones al Hospital de referencia, tiempo de traslado a camas de urgencias de pacientes estables pendientes de confirmación diagnóstica y tiempo en la realización de la primera endoscopia.
- Tiempos en diagnósticos y tratamientos en pacientes con síntomas dispépticos y ERGE, con circuitos de derivación.

Con todo ello se han reducido la variabilidad asistencial, tiempos de espera en diagnósticos y tratamientos, se ha mejorado el control y seguimiento de pacientes crónicos, en definitiva, se ha mejorado la calidad asistencial.

DISMINUIR LAS PRÁCTICAS DE POCO VALOR. ¿QUÉ PENSAMOS Y POR DONDE EMPEZAMOS?

TEODORA BAEZA RANSANZ

ALTHAIA, XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA. FUNDACIÓ PRIVADA// CATALUÑA

ID: 13552

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La adecuación de la práctica clínica es el balance positivo entre el beneficio y el riesgo para el paciente de cualquier prestación sanitaria, no solo en el contexto clínico sino también en el económico. La adecuación es un componente clave de la calidad asistencial puesto que influye directamente en la eficiencia y la accesibilidad al sistema sanitario. El uso razonable y riguroso de los recursos disponibles, así como la reducción de prestaciones de poco valor, favorecen los beneficios de mayor valor clínico. Aunque la preocupación por “dejar de hacer” es un tema conocido conseguir que la práctica clínica diaria cambie es tarea difícil debido a otros factores asociados al entorno sanitario. Por ello nos proponemos una estrategia de implantación que tiene en cuenta la participación de los profesionales, la evidencia científica, la evaluación de los resultados y el uso de las nuevas tecnologías como ayuda a la implantación y el seguimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Iniciar un proceso de mejora de la adecuación de la práctica clínica en la organización para implantar prácticas de valor y reducir aquellas que no lo aportan.

Para el despliegue de las actividades se pone en marcha un equipo multidisciplinar siguiendo la iniciativa divulgada en la web DianaSalud desarrollada por el Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Las funciones de la comisión son: identificar las prestaciones susceptibles de análisis, evaluarlas en el propio centro, general recomendaciones y divulgarlas, monitorizar los resultados y evaluar el impacto. Se considera imprescindible sensibilizar a los profesionales sanitarios, conocer el grado de conocimiento y los aspectos que más preocupan. Para ello se genera una encuesta dirigida a todos los profesionales del área asistencial. Con esta información la comisión se marca un sistema de priorización de iniciativas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 53% de los profesionales ven frecuentemente actuaciones, pruebas o tratamientos que no aportan valor. Consideran que ocurre con mayor frecuencia en pacientes en proceso de final de vida (26,9%), en la realización excesiva de análisis clínicos (22,7%), la demanda de pruebas radiológica (19,8%) y la prescripción farmacéutica (11,4%).

El 62,1% de los encuestados desconocían que existieran iniciativas comunitarias, nacionales o internacionales dedicadas a estos temas. Las principales razones por la cual los clínicos solicitan pruebas o tratamientos que no aportan valor son las dudas (59,4%), la demanda del paciente (56,5%) y la falta de tiempo (36,1%). Sin embargo, se considera, en un 68,9%, que son los profesionales los que deberían abordar el exceso de prácticas que no aportan valor.

En base a unos criterios determinados se han priorizado 3 iniciativas que están actualmente en marcha: “Telemetrías en pacientes no críticos” ; “Uso adecuado de los inhibidores de la bomba de protones” y “Valores analíticos no relevantes el mismo día del alta del paciente” .

DERIVACIÓN INVERSA: UNA PROPUESTA DE ADECUACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

JUDIT ROCA FONT¹; ESTER FAGES MASMIQUEL²; ALBERT ALUM BOU³

¹CUAP MANRESA, ²CUAP GÜELL, ³CAP SANTA CLARA// CATALUÑA

ID: 14300

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Un 40-60% de pacientes consultan en los servicios de urgencias hospitalarios aun teniendo problemas de salud con un nivel de gravedad y complejidad clínica bajos (clasificación 4 y 5 de la escala de valoración MAT). Dichos casos no deberían competir con los de mayor complejidad en la puerta del hospital y además pueden ser resueltos con mayor eficiencia en los centros de urgencias de atención primaria (CUAP). Se define la derivación inversa como la derivación de pacientes desde el punto de triaje de un servicio de urgencias hospitalario a un CUAP, donde podrán resolver adecuadamente su consulta. Esta derivación se efectúa después del triaje, desde el mismo punto de atención inicial y sin iniciar el proceso asistencial definitivo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de la derivación inversa es la adecuación de recursos: optimizar la gestión de la atención urgente de forma más eficiente y segura realizando la atención sanitaria en el punto más adecuado, para mejorar la resolución, evitar el sobre diagnóstico y la iatrogenia secundaria.

Los objetivos secundarios son ordenar los flujos de atención coordinando de forma eficiente los dispositivos de atención urgente para atender al paciente con priorización menos urgente, minimizar el tiempo de espera y favorecer la continuidad asistencial y la longitudinalidad.

Para ello es necesaria la formación de los profesionales de enfermería que iniciarán la derivación inversa y contar con procedimientos definidos con criterios de inclusión y exclusión, circuitos y coordinación entre los centros implicados, así como el seguimiento por parte de los responsables.

En este proyecto analizamos las derivaciones inversas realizadas desde 3 hospitales a 2 CUAP de regiones sanitarias distintas en los años 2020 a 2022, valorando: número y % de derivaciones por actividad del hospital de procedencia y del CUAP de destino, % en relación al nivel de triaje y % de re consultas en 72h.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los años 2020 a 2022, desde los 3 hospitales de referencia se han realizado 19.789 derivaciones inversas desde el Hospital-1, 5.230 desde el Hospital-2 y 1.138 desde el Hospital-3. Esto supone un 8% de la actividad urgente del Hospital-1 (un 13% del total de niveles 4 y 5 atendidos en este hospital) y un 13% de la actividad del CUAP-1 al que deriva. Supone también un 5% de la actividad urgente del Hospital-2 (un 2,2% de los niveles 4 y 5), un 1% de la actividad urgente del Hospital-3 (un 7% de los niveles 4 y 5) y un 3,5% de la actividad del CUAP-2 receptor de estos 2 hospitales. Sólo un promedio de un 2% del total de derivaciones inversas han consultado de nuevo en el mismo hospital por el mismo problema de salud en las siguientes 72h. No se han registrado incidencias de calidad en relación al proceso asistencial, sólo en relación al circuito.

En conclusión, la derivación inversa es una línea de trabajo a extender, efectiva en la línea de adecuación de recursos, minimización de iatrogenia y segura en el proceso asistencial.

UNIDAD COORDINACIÓN COMUNITARIA: ENTRE GESTIÓN DE PROCESO ASISTENCIAL Y ALTA RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PCC

LAURA QUESADA VIDAL¹; MARÍA ADELA DELGADO ÁLVAREZ DE SOTOMAYOR¹; CARMEN ALCARAZ LÓPEZ¹; ISAAC MARTÍNEZ FORTE²; INÉS GIL BROCEÑO¹; CARMEN EMILIA BENÍTEZ GONZÁLEZ¹

¹HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL, ²UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14995

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Unidad de Coordinación Comunitaria (UCC), equipo sanitario de geriatra y enfermera. Es enlace entre Atención Primaria (AP) y recursos hospitalarios que atienden al Paciente Crónico Complejo (PCC).

Su actividad se desarrolla: 1. Asistencial, consultas externas e interconsultas hospitalarias. 2. Coordinación, con AP, Centros Sociosanitarios, especialidades, equipos paliativos, etc.

La UCC comparte características con modelo de Consulta Alta Resolución (CAR) y con gestión del proceso asistencial. Describimos similitudes y características distintivas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Describir modelo de intervención y dinámica de trabajo de UCC.

2. Analizar similitudes y diferencias con gestión proceso asistencial y consulta alta resolución.

Diseño descriptivo, retrospectivo, realizado en consulta del 1 noviembre 2022 al 31 abril 2023. Datos recopilados con sistema de recogida creado por UCC, para cuantificar intervenciones no habituales en otras consultas. Análisis de frecuencia de actividades y procesos realizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Analizamos muestra de 1301 consultas. 57% telefónicas y 42,6% presenciales.

Procedencia demanda; AP 29,68%, familia 22,69%, especialidades 21,26%, interconsulta hospitalaria 20,76% y residencias 5,55%.

Motivo derivación mayoritario: valoración global/control síntomas en 66,7%.

Actividad de coordinación un 41,58%. Con AP 16,45%, 46,21% Atención Especializada y 37,33% Centros Sociosanitarios.

En educación para la salud destaca: información del proceso enfermedad, manejo terapéutico y cuidados al cuidador en 92,23%. Se da orientación y apoyo emocional al paciente/familia en 49,26%; 7,22% sobre Planificación Compartida de la Atención.

Actividad de gestión: 7,14%. De ella, un 51.16%: revisar y/o anular citas especialidades.

Consultas presenciales programadas: preferente 48.94%, urgente 16,8% y normal 34,24%. Intervenciones en tratamiento farmacológico fueron: desprescripción/ajuste 24,59%, nueva prescripción 17,14%. Realización pruebas complementarias urgentes: analíticas 19.81%, radiografías 11.53% y valoración disfagia 3,78%.

Procedimientos: canalización vía IV/subcutáneas 11.53%, administración fármacos parenterales 7,74%, cura heridas 3.6%, preparación infusor 2.3%.

En 4.6% de atenciones se deriva a otro recurso asistencial. 51,6% para ingreso hospitalario, 20% hospitalización a domicilio y 28,33% a equipo paliativo domiciliario.

Un 5,22% pacientes recibieron atención por trabajador social (TS), 29% se orientó sobre recursos sociosanitarios.

Conclusiones

La metodología de trabajo de UCC se asemeja a gestión de procesos asistenciales, por ubicar al paciente en el centro de la atención, abordaje integral y por actividades de coordinación/gestión. La UCC se aproxima a la CAR, por la respuesta rápida en un acto clínico, en las descompensaciones del paciente; se diferencia de ésta, en que la atención es un continuum, manteniendo seguimiento estrecho programado y a demanda de los pacientes.

La atención al PCC requiere tiempo real y un cambio en modelos de trabajo y registros habituales.

IMPLEMENTACION DE EVIDENCIAS EN LA HUMIDIFICACION DE LA OXIGENOTERAPIA

JOSÉ FERNÁNDEZ DE MAYA¹; CRISTINA GOMEZ MONZON²; MARIA DEL CARMEN GIL COLLADOS¹; MIREIA LADIOS MARTIN³; ANA DIAZ-MEDINA CHAVEZ²; NATALIA MENDEZ CERDA²

¹DEPARTAMENTO DE SALUD DEL VINALOPÓ, ²HOSPITAL VINALOPÓ, ³RIBERASALUD// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15104

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El aporte de oxígeno constituye gran parte del tratamiento de la insuficiencia respiratoria.

Puede administrarse de forma invasiva a través de tubo endotraqueal o de forma no invasiva a través de cánulas, mascarillas o ventiladores no invasivos. Mayoritariamente se aporta a flujos inferiores a 15 litros y humidificado que las secreciones bronquiales se sequen.

La mayoría de humidificadores constan de un tanque de agua destilada a través de la cual el flujo de oxígeno pasa y aumenta su humedad relativa.

La humidificación conlleva también un riesgo de infección, ya que el depósito de agua destilada puede funcionar como caldo de cultivo. Además la presencia de una entrada y salida del flujo de gas a través del humidificador conlleva asociada la posibilidad de fugas de oxígeno y el uso de humidificadores conlleva un coste añadido.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Implementar y monitorizar las recomendaciones sobre la humidificación de la oxigenoterapia identificadas en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Revisión bibliográfica de las evidencias en humidificación de la oxigenoterapia. Planificación de implementación de evidencias en la práctica clínica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La revisión de la bibliografía sobre la humidificación de la oxigenoterapia indica:

- La utilización de nebulizadores y humidificadores, aumenta el riesgo de contaminación bacteriana y con flujos por debajo de 4 l/min no es necesario añadir humidificación.
- No se requiere humidificación para el suministro de oxígeno de bajo flujo (mascarilla simple o con reservorio y cánula nasal) o para el uso a corto plazo de oxígeno de alto flujo.

plan de implementación:

- Listado de medidas a implantar en el centro:
 - En indicaciones de oxígeno no superior a 4l/min en hospitalización no se coloca humidificador a no ser que el paciente refiera sequedad de vías áreas.
 - En consultas externas y en zonas de realización de pruebas diagnósticas, donde el paciente pasa poco tiempo no se coloca humidificador independientemente del aporte de litros de oxígeno.
 - Dos comunicados por correo electrónico a personal médico y de enfermería con el resumen de las recomendaciones, medidas a implantar y bibliografía.
 - Monitorización de seguimiento:
 - o Auditorías para conocer el grado de seguimiento:
 - § % pacientes con flujos inferiores a 4l/min sin humidificador: 90%
 - § % consultas externas y de pruebas diagnósticas sin humidificador: 80%
- Monitorización consumo de humidificadores: disminución del 60% en consumo

Conclusiones

La implementación de las medidas tiene un porcentaje alto de seguimiento.

El consumo de humidificadores, y por tanto disminución de costes, se aprecia desde el inicio de implementación. Se desconoce de momento el posible impacto en la reducción de infecciones bacterianas asociadas.

PROCESO DE ATENCIÓN A LA MATERNIDAD. IDENTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL

MARÍA DE LOS ÁNGELES GUILLÉN GARRIDO; CARMEN BALLESTEROS MESEGUER; MARÍA ÁNGELES CASTAÑO MOLINA; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER; BERNARDA DÍAZ VELÁZQUEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15371

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El creciente interés y la necesidad de mejorar la calidad en las unidades de maternidad hacen prioritario la identificación, el desarrollo y el uso de instrumentos para medir la atención hospitalaria del puerperio. La monitorización de la asistencia en el posparto se puede llevar a cabo utilizando indicadores válidos y fiables respaldados por evidencia que además proporciona una manera efectiva para la implementación de mejoras y del cumplimiento de las recomendaciones sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar indicadores para monitorizar la calidad de la atención de la salud maternal en el puerperio clínico.

Desarrollar un conjunto de indicadores respaldados por la evidencia que midan áreas no cubiertas con los indicadores actuales.

Metodología

Se realizaron dos fases siguiendo los componentes metodológicos de monitorización de la calidad. Una primera de búsqueda para identificar indicadores que se utilicen para evaluar la calidad de la atención maternal y una segunda de desarrollo de indicadores válidos para medir el grado de implementación de buenas prácticas en la atención del puerperio hospitalario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron un total de 45 indicadores de calidad: 21 para seguridad del paciente, 11 para efectividad, 8 para servicio centrado en el paciente, 3 para oportunidad y 1 para eficiencia.

Se desarrollaron 5 indicadores: 1 derivado de un ciclo de mejora del puerperio y 4 a partir de recomendaciones de una guía de práctica clínica.

Conclusiones

La identificación de una variedad de indicadores para medir la calidad de la atención hospitalaria en el posparto y el desarrollo de nuevos indicadores a partir del Ciclo de Mejora “Evaluación y mejora del manejo del puerperio hospitalario” y de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, constituye un buen punto de partida para la monitorización y mejora de la calidad en la prestación de cuidados en el posparto hospitalario.

IMPACTO TEMPRANO DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA DE USO RACIONAL DE SANGRE EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO DE LA REGIÓN DE MURCIA

MARÍA JOSÉ CANDELA GARCÍA¹; EVA M PLAZA LÓPEZ¹; ANTONIA GÓMEZ SIMÓN¹; MARIA HERMINIA PASCUAL SAURA²; JOSE EDUARDO CALLE URRÁ²; MARÍA LUISA LOZANO¹

¹CENTRO REGIONAL DE HEMODONACIÓN, ²SERVICIO MURCIANO DE SALUD// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17042

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los programas de uso racional de la sangre representan un conjunto de estrategias cuyo objetivo es reducir o eliminar las transfusiones innecesarias. Su implantación se asocia con mejores resultados clínicos, un menor número de transfusiones y un ahorro de costes. Estos programas son multidisciplinarios, pero teniendo en cuenta la prevalencia de la anemia en pacientes que van a ser sometidos a una cirugía, la implicación por parte de los profesionales de los servicios de Anestesia es particularmente relevante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Investigar el impacto que el comienzo de un programa de uso racional de la sangre, restringido al ámbito quirúrgico, ha tenido en cuanto a consumo global de concentrados de hematíes en la Región de Murcia.

Metodología

El Servicio Murciano de Salud puso en marcha un programa corporativo encaminado al buen uso de la sangre. Para ello, el 6 de Junio de 2022 se constituyó un grupo de trabajo que incorporó un Anestesiólogo de cada una de las 9 áreas del Sistema Regional de Salud. Se celebraron 6 sesiones, con el fin de consensuar diferentes procedimientos de trabajo (manejo de la anemia preoperatoria, uso de fármacos antifibrinolíticos en el entorno quirúrgico y de decisión transfusional en el paciente quirúrgico). Se aprobaron estos el 21 de Noviembre de 2022 y durante el mes de Diciembre de 2022 se llevó a cabo su difusión a los integrantes de los servicios de Anestesia y a los Comités Hospitalarios de Transfusión.

Retrospectivamente hemos analizado el consumo de concentrados de hematíes a nivel regional durante un periodo de 5 meses antes y después de la puesta en marcha de este programa (Enero-Mayo 2022 vs. Enero-Mayo 2023). Se evaluó el consumo de estos componentes en hospitales del sistema público regional (n=9), y de instituciones privadas (n=10).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el caso de instituciones privadas, no hubo grandes diferencias en el consumo de hematíes en el periodo post-vs preimplantación del programa (1303 vs. 1313, respectivamente). En el conjunto de los hospitales del sistema público regional, se confirmó una reducción de casi el 5% en la distribución de estos componentes en el periodo post vs. pre (17827 vs. 18738, respectivamente). En seis de los nueve hospitales de la red pública regional (67%), se objetivó una reducción de los requerimientos de concentrados de hematíes $\geq 5\%$ en el periodo postimplantación del programa, frente a solo el 30% en instituciones privadas.

Conclusiones

El alcance del programa de uso racional de la sangre en la Región de Murcia solo ha incluido hasta el momento actuaciones relacionadas con el ámbito quirúrgico y debe continuar su desarrollo para implicar a áreas médicas. No obstante, los resultados preliminares indican que su implementación en los hospitales de la Red Pública Regional, se ha asociado con una reducción en el consumo de concentrados de hematíes, lo que no ha sucedido en aquellas instituciones privadas donde no se ha hecho.

GESTIÓN DE LA MEJORA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO EN CASTILLA-LA MANCHA

ANTONIO PÉREZ JIMÉNEZ; JESÚS LÓPEZ SÁNCHEZ; MARÍA DEL PILAR CALVO LÓPEZ

GERENCIA ATENCIÓN INTEGRADA DE GUADALAJARA// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 17052

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El Daño Cerebral Sobrevenido es una lesión repentina en el cerebro. Se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. Estas secuelas provocan anomalías en la percepción y en la comunicación, así como alteraciones físicas, cognitivas y emocionales. La principal causa de Daño Cerebral Adquirido es, en un 78% de los casos, el ictus; seguida de los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones. En España, incidencia anual de ictus de 266 por cada 100.000 habitantes de los que al menos una tasa de 143 por 100.000 habitantes tendrán posibilidades de presentar. La Unidad de Daño Cerebral (UDC) de Guadalajara es referente a nivel autonómico en la asistencia de estos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Definir los procesos operativos de la UDC para mejorar la asistencia sanitaria, centrados en las necesidades de los pacientes.

Objetivos específicos

Realizar un análisis de contexto de la organización; aplicar filosofía LEAN para la mejora; probar y supervisar el rendimiento, verificar los resultados e identificar nuevas oportunidades de mejora.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, desde 2018, en castellano e inglés. Se estableció tres fases: Análisis de contexto y objetivos de la UDC; definición de procesos operativos, claves y estratégicos con los indicadores y aplicación de análisis bajo la filosofía LEAN para la mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la Unidad de Daño Cerebral (UDC) y la Unidad de Calidad (UCYSP) se ha puesto en marcha un proyecto de consultorías para desarrollar una gestión por procesos que mejoren continuamente la asistencia a personas con daño cerebral sobrevenido (DCS) de Castilla-La Mancha, en busca de una mejora continua, optimización de flujos de trabajo y centrado en las necesidades de estos pacientes.

Se han realizado las tres etapas definidas en la metodología de trabajo, con unos resultados óptimos y una implicación multidisciplinaria del equipo. Se están midiendo ahora los resultados en salud y el impacto en la sostenibilidad del sistema en la mejora de los tiempos, los recursos, la accesibilidad...

Aplicar un método de mejora de la asistencia basado en las necesidades de los usuarios, en la sostenibilidad del sistema y del medio ambiente; y en la mejora continua es una experiencia que tiene un impacto en los resultados en salud del usuario y en la satisfacción de los trabajadores de la unidad.

METODOLOGÍA LEAN PARA MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL

ALEJANDRA DE JESÚS RODRIGUEZ ALVAREZ; NURIA MARTINEZ DUCE; JOSE ANTONIO GONZÁLEZ FERRANDEZ; SONIA BARBERÁ SERNA; ANA GARCÍA MONSALVE; ANDRES NAVARRO RUIZ

DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17117

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La metodología Lean Healthcare es un modelo de gestión cuyo objetivo es optimizar procesos asistenciales mediante la identificación y eliminación de las actividades que no generan valor añadido para lograr una atención realmente centrada en el paciente y sus necesidades. Ciertas patologías de difícil diagnóstico, como la artritis psoriásica y espondiloartritis axial, representan una posibilidad para implementar este modelo y mejorar el retraso en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar y estandarizar la ruta asistencial de pacientes con Artritis Psoriásica y Espondiloartritis Axial mediante metodología Lean Healthcare para reducir las actividades que no generan valor añadido y por tanto mejorar tiempos y satisfacción del paciente

Metodología

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 6 profesionales: reumatólogo, enfermera de reumatología, responsable de calidad asistencial, farmacéuticos y preventivista.

El proyecto consistió en una sesión formativa sobre la introducción a la filosofía y metodología LEAN aplicada al ámbito sanitario y un total de 6 sesiones de trabajo, desarrollando las siguientes etapas:

1. Información y descripción del contexto de partida del circuito asistencial actual
2. Diagramación de las etapas de los procesos de estudio mediante Value Stream map.
3. Recogida y Toma de datos.
4. Identificación de las oportunidades de mejora.
5. Análisis de causas de los problemas e identificación de cuellos de botella.
6. Propuestas de mejora, aplicación de las mejoras y medición de impacto mediante indicadores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han identificado diversos puntos de mejora en los siguientes ámbitos del proceso asistencial:

Mejora de la coordinación entre los distintos servicios del hospital que intervienen en la atención del paciente.

§ Coordinación trabajo enfermería y farmacia.

§ Coordinación en la Agenda de Reumatología con enfermería.

Estandarización de la práctica clínica en consulta.

Recogida y evaluación de los cuestionarios (Proms y Prems) Estandarización visitas de preventiva

Creación y estandarización de la agenda de enfermería.

Conclusiones

La metodología Lean ha sido útil para identificar y eliminar las prácticas innecesarias, liberar tiempo y aumentar la eficiencia y calidad de las actividades que realmente aportan valor añadido en la ruta asistencial de estos pacientes.

Paralelamente la mejora y la coordinación del proceso asistencial ha reducido significativamente el número de visitas que los pacientes realizan al hospital, dato muy relevante ya que la mayoría de ellos son personas activas laboralmente.

MEJORANDO LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MARIANELA BAYON CABEZA; TAMARA ALONSO SAFONT; MARCOS MARTÍ ARGANDOÑA; LUCIA MARTÍNEZ VILLAREJO; CRISTINA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ; JOSÉ ENRIQUE VILLARES RODRIGUEZ

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17332

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En junio de 2022 se edita en nuestra comunidad el “Documento de consenso: Atención a la salud de las mujeres: Uso de métodos anticonceptivos”, dando respuesta a una línea del Plan Estratégico de los Servicios de Ginecología y Obstetricia. Su objetivo es mejorar la atención que se presta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, estableciendo un modelo asistencial coordinado entre Atención Primaria (AP) y Hospitales. Recoge intervenciones sobre consejos de anticoncepción, indicación, prescripción y seguimiento de diferentes métodos, el ámbito de realización y los criterios de derivación. El documento promueve la indicación y uso de implantes subcutáneos en AP. Según la Encuesta 2020 de Anticoncepción en España del Observatorio de salud sexual y reproductiva, el 1,4% de las mujeres en edad fértil usaba implantes, llegando a un 3,4% en las de 25 a 29 años.

Las intervenciones sobre anticoncepción corresponden en gran medida a AP y están recogidas en su Cartera de Servicios (S°): S° 304 de Información de métodos anticonceptivos y 305 de Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales (AH); dirigidos a mujeres de 15 a 49 años y que usan AH (\approx 18%), respectivamente. Sus resultados se monitorizan anualmente con indicadores de proceso asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la evolución de los indicadores de Cartera y conocer el impacto de la puesta en marcha del Documento, a través del inicio de uso de implantes.

Estudio observacional transversal en 262 Centros de Salud (CS) de la Comunidad. Población diana: mujeres entre 15 y 49 años: 1.350.000 a 31/12/2022. Fuentes: Historia Clínica Electrónica y módulo único de prescripción (MUP).

Se presentan resultados globales de coberturas (COB) del S° 304: % mujeres de 20 - 49 años con información bial sobre anticoncepción, y S° 305: % mujeres con prescripción de AH y adherencia últimos 18 meses; y resultados de inicio de uso de implantes (código ATC G03AC08) de junio a abril de 2022 y mismo periodo de 2023; por edad y procedencia, respecto al resto de AH. Se presentan en frecuencias absolutas, relativas y/o medias y DS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La COB del S° 304 pasó del 35,5% en 2018 a 41,4% en 2022 y la del S° 305 de 45,3% a 75,8%. En 2019 con la puesta en marcha del MUP el seguimiento subió 20 puntos. La prescripción media de implantes respecto a otros AH antes del documento, fue de 5,1% (DS: 2,4) frente al 6,2% (DS: 2,9) de después. El 66% de los CS incrementó su prescripción, el rango pasó de 0%-13,9% a 0,7- 21,6%. La prescripción de implantes sobre el total de población fue del 1,6%, en ambos periodos. El 22% de las mujeres entre 20 y 34 años iniciaron AH con implantes (tramo etario con mayor incidencia), de ellas, el 52% eran de procedencia suramericana y el 38% española.

Los indicadores de Cartera se incrementan a lo largo de los años. Aunque la edición del documento ha impulsado la prescripción de implantes en muchos CS, hay que seguir trabajando en su difusión. En 2023 se van a desarrollar 14 talleres de indicación e inserción de implantes.

ESTRATEGIA COMUNITARIA MUNICIPAL "YONOMBENZO". SATISFACCION CON UN PROGRAMA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

ANTONIO LLOR MUELAS¹; JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ PUCHE¹; JORGE LAHOZ CAZÓN²; SILVIA FERNÁNDEZ SEGURA²; ANGELA VIDAL LÓPEZ¹; ADELA ESTHER GONZÁLEZ MORENO¹

¹CENTRO DE SALUD PROFESOR JESÚS MARÍN LÓPEZ (MOLINA SUR)// REGIÓN DE MURCIA

²CENTRO INCUMBENS (ALICANTE)// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14718

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El malestar psicosocial (MPS) es un motivo de consulta frecuente al médico de familia (MF) y genera un alto consumo de benzodicepinas (BZD). Un estudio realizado en atención primaria en nuestra región confirmó que la media de casos/día de MPS fue de 2.09 y que el 85% eran mujeres. Tras un estudio previo que dimensionó el problema en nuestro municipio, en el consejo de salud se acordó crear un grupo de trabajo multiprofesional para desarrollar una estrategia preventiva comunitaria. Se priorizaron como población diana mujeres y ancianos. En este contexto se desarrollaron unos talleres de habilidades para la vida (THV) dirigidos a mujeres.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar la satisfacción e intención de cambios de vida tras la realización de los THV.

Metodología

Se realizó un programa de intervención grupal con el objetivo de mejorar diversas habilidades sociales y de autoconocimiento. El programa consistió en 12 talleres realizados a lo largo de 6 semanas.

Para valorar el impacto de los talleres se diseñó un cuestionario "ad hoc" sobre cumplimentación de objetivos de los talleres, satisfacción con sus componentes y cambios en los síntomas y toma de medicación iniciales. Las preguntas se contestaban mediante una escala tipo Likert en un rango entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Se realizó un pilotaje cognitivo y se ofreció para ser contestado de forma voluntaria el último día de los talleres.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Entre los 106 usuarios que finalizaron las actividades contestaron 51 de las participantes (tasa de respuesta del 48.1%) El 53.8% de las mujeres tenía menos de 65 años y el 38.5% eran ancianas.

El 46.7% conoció el programa por medio del whatsapp vecinal y municipal, mientras que el 33,3% accedió por recomendación de su MF. El 78.6% consideró que el programa había contribuido mucho a mejorar su bienestar emocional.

El 78.6% de usuarios pensaba que había mejorado mucho su calidad de vida, autonomía e independencia.

El 76.9% de pacientes estaba de acuerdo con que había mejorado su estado de ánimo. El 71.4% estaba totalmente de acuerdo con estar más satisfecho con su vida. El 92.3% creía que había mejorado mucho su relación con otras personas y le había ayudado a afrontar mejor los problemas de la vida diaria.

El 71% creía que los THV habían mejorado mucho su conocimiento sobre uso racional de BZD. En relación con la toma de BZD, el 25% decía haberlas reducido de forma considerable y el 58.3% de forma moderada. El 50% reflejó haber mejorado su calidad del sueño de forma importante.

La satisfacción general con los talleres fue muy alta para el 92.9% de mujeres.

Conclusiones

- La percepción de las mujeres de nuestro municipio participantes en los talleres es que han desarrollado habilidades que les permitirán afrontar mejor su MPS
- Los talleres han mejorado de forma importante la calidad de vida, autonomía e independencia, facilitando una mayor adaptación a los problemas de la vida cotidiana
- Los talleres. han contribuido a mejorar el conocimiento y uso de BZD

¿COMO MEJORAMOS LA RESOLUCIÓN AUTÓNOMA DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA DEMANDA AGUDA?

ESTER FAGES MASMIQUEL¹; MARTA IBARS MOLINÉ¹; MARIA DEL MAR MASVIDAL REY²; JORDI GOST ROSQUELLAS³; JUDIT ROCA FONT⁴; ALBERT ALUM BOU⁵

¹CUAP GÜELL, ²CAP PINEDA DE MAR, ³CAP LLANÇÀ, ⁴CUAP MANRESA, ⁵CAP SANTA CLARA// CATALUÑA

ID: 14815

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La gestión enfermera de la demanda, se define como la respuesta que da la enfermera, desde su ámbito competencial a una persona que plantea una demanda relacionada con la salud y que requiere una resolución. Utiliza metodología propia: el proceso enfermero, que garantiza la seguridad del paciente.

La enfermera identifica las necesidades y en base a datos objetivos y subjetivos, valora e identifica las posibles causas, desarrolla un juicio clínico, desarrolla actividades de asesoramiento y educación en relación con la situación patológica, y elabora una propuesta terapéutica o de resolución/derivación del paciente siempre en su ámbito de competencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este proyecto es optimizar las competencias de enfermería en la atención urgente aumentando el % de resolución autónoma de la enfermera en base a protocolos establecidos.

Los objetivos secundarios son aumentar el % de registro enfermero y aumentar la calidad de la atención en los distintos puntos de atención continuada.

Para ello es necesaria la formación de los profesionales de enfermería dentro de su ámbito de competencias, contar con protocolos avalados, así como los circuitos de validación de prescripción y derivación a otros perfiles profesionales.

Para lograr los objetivos, se ha realizado un plan de mejora con distintos grados de intervención: una intervención más intensiva en el centro PAC-1 consistente en la constitución de un grupo de trabajo, realización de reuniones presenciales para difusión de la estrategia y posterior seguimiento de resultados. En los PAC-2 a 8 se ha realizado una intervención puntual. No se realizó ninguna intervención en el resto (PAC-9 a 12).

Posteriormente, analizamos la evolución 2021-2022 de la resolución autónoma de enfermería y la conjunta en 12 puntos de atención continuada, y si se obtuvieron mejores resultados en los puntos con una intervención intensiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La resolución autónoma de enfermería promedio en los puntos de atención continuada en 2021 fue del 11% y la resolución conjunta médico/enfermera fue del 34,3%. En 2022 los resultados promedio fueron respectivamente del 12,6% y 30,2% para la resolución enfermera y la conjunta.

Los resultados en el punto de intervención intensiva (PAC-1) evolucionaron del 6% al 15,2% para la resolución autónoma y del 17,2 al 17,8% para la conjunta. En los PAC-2 a 8 donde se realizó intervención puntual, los resultados evolucionaron de un promedio del 9,7% al 12,5% para la resolución autónoma y del 28,1 al 26,01% para la conjunta. Y finalmente, en los PAC-9 a 12, donde no se realizó ninguna intervención en este último año, los resultados se mantuvieron estables del 17,4 al 16,4% para la resolución autónoma y del 30,6 al 31,2% para la conjunta.

Para controlar una posible interferencia de la intervención en el entorno, comparamos los resultados con los de un CUAP de otra región sanitaria donde no se realizó ninguna intervención, y la resolución autónoma se mantuvo estable del 19,3% al 19,9%.

EL GRAN POLIMEDICADO: DEPRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ DELGADO (1); MIGUEL ANGEL GUITART MARTÍNEZ (2); ROSA RUIZ GARCÍA (1)

¹CENTRO SALUD CALASPARRA, ²HOSPITAL COMARCAL NOROESTE. CARAVACA DE LA CRUZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14983

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida y de las expectativas de salud están conduciendo a un creciente empleo de fármacos fuera de la evidencia. Gran polimedicado es aquel que consume 10 o más fármacos de manera crónica. La polimedicación sin adecuación terapéutica es ineficiente y un riesgo para la seguridad, mayor en el anciano frágil, que es el grupo más afectado por este fenómeno.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos del estudio son cuantificar la prevalencia del gran polimedicado en la población asignada, identificar factores de riesgo, determinar los fármacos con nula o baja adecuación terapéutica implicados y medir la evolución de la gran polimedicación tras una intervención formativa.

La línea de facturación de farmacia proporciona el listado de pacientes gran polimeditados mayores de 14 años del centro de salud en un primer corte de marzo 2022. Se estratifican los casos según edad y sexo. El listado de fármacos evitables se obtiene de las recomendaciones de las sociedades científicas y se calcula la prevalencia del consumo de los distintos fármacos. Tras una intervención formativa de 6 meses se realiza un nuevo corte en noviembre 2022. Se emplea la Chi cuadrado para la comparación de proporciones, estableciendo una $p < 0.05$ para diferencias significativas con un IC 95%.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En marzo 2022 la prevalencia del gran polimedicado es del 4.93% (34.16 varones, 65.84 mujeres). La edad media es de 75.25 años y el consumo medio 12.3 fármacos/caso. Las prevalencias de los fármacos evitables son: IBP (94.7%), Benzodiazepinas (68%) (71.8% mujeres, 28.2% varones), más de 1 Benzodiazepina (22.2%), Mórficos (34.6%) (81% mujeres, 19% varones), más de 1 Mórfico (4.9%), AINEs (19.9%), Paracetamol 1 gr (38.4%), Inhibidores COX2 (5.4%), SYSADOAs (24%), Bifosfonatos (13.3%), Memantina (5.4%), Donazepilo (2.4%), Amitriptilina (5.4%), Corticoides Tópicos (4.2%), UTBs (45.7%) (72.7% mujeres, 27.3% varones), Serenoa Repens (13.1%) y Anestésicos Tópicos (6.1%). En noviembre 2022 la prevalencia del gran polimedicado aumenta de manera no significativa al 6.23% (34.7% varones, 65.3% mujeres), la edad media es de 74.6 años y el consumo medio de 12.8 fármacos/caso. La prevalencia disminuye de manera significativa en las categorías de más de 1 Benzodiazepina (20.1%), Mórficos (19.1%), más de 1 Mórfico (2.6%), AINEs (6.7%), Paracetamol 1 gr (32%), SYSADOAs (10.7%), Bifosfonatos (10.7%), Memantina (2.6%), Serenoa Repens (1.4%), Corticoides Tópicos (8.6%) y Anestésicos Tópicos (3%). En el resto la disminución no es significativa. Se mantienen las diferencias según sexo en el consumo de Benzodiazepinas, Mórficos y UTBs.

Conclusiones

La prevalencia de la gran polimedicación es del 5%. Los factores de riesgo son la edad y el sexo. Los programas de deprescripción basados en la formación son efectivos en la mayoría de las categorías estudiadas. Se precisan estudios futuros para monitorizar la evolución de los indicadores.

CÓDIGO ICTUS: MEJORANDO LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA EN FASE AGUDA DEL PACIENTE CON ICTUS

MARIA DULCE GONZALEZ NAVARRO; ENCARNACIÓN RUIZ GARCÍA; LIDIA GUERRA NAVARRO; ELENA AIRES ESLAVA; JUAN MARTINEZ SERNA; ANA ALBALADEJO RUBIO

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO DE YECLA. AREA DE SALUD V// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15521

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El programa de Atención al Ictus en nuestra región se inició en 2010. En 2014 se creó el Grupo de Mejora del Código Ictus (CI) a nivel regional y a nivel de nuestra área de salud se ha continuado el seguimiento, evaluándose la situación en 2 ocasiones, 2014 y 2019. En la fase aguda del ictus el tratamiento aplicado ha aumentado en la región del 5.5% al 11.8%, (2010-2012/2019-2021), pero continúan existiendo diferencias entre áreas de salud, las personas que residen cerca de hospitales de referencia se les administra tratamiento específico en un 26% más de ocasiones. Es necesario realizar un nuevo análisis de los factores de nuestra área de salud que puedan influir negativamente en el tratamiento del ictus agudo con la finalidad de mejorar la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis interno de la atención al ictus en nuestra área de salud para identificar propuestas de mejora del Código Ictus a través de la opinión de los profesionales

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estudio descriptivo transversal, autorizado por el comité de ética. Dirigido a los profesionales de atención primaria, servicio de urgencias extrahospitalarias, hospitalarios y de medicina interna. El cuestionario se diseñó a través del método Delphi, es una encuesta telemática y anónima, contiene datos demográficos, preguntas sobre conocimiento y experiencia del Código Ictus (CI) y sobre debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora.

La participación ha sido del 29.5%, el 97.9% conocía la existencia del CI, el 89.4% ha atendido a algún paciente con Ictus, el 42.6% ha participado en la aplicación del CI entre 1-10 veces, el 11.6% cree que no funciona el CI. Las causas de desactivación del CI fueron: tiempo de evolución, situación basal del paciente, mejora de la clínica neurológica y patologías que simulan el ictus. Se citó como causas de que no funcionara o se retrasara: dificultad en la identificación del ictus, mala coordinación con el centro coordinador, elevada carga asistencial, falta de personal, triaje, dificultad en la comunicación neurólogo-facultativo extrahospitalario, dificultad en la valoración clínica con la cámara-teleictus, barrera idiomática, falta de pericia del personal técnico de radiología, formación insuficiente, retraso en la realización de las pruebas, burocracia, carencia de neurólogo presencial, desconocimiento de la población de los síntomas de alarma, edad avanzada del paciente o falta de autonomía.

Entre las propuestas de mejora se enumeraron: formación anual, difusión de la vía clínica hospitalaria del CI, creación de un comité de ictus, aumentar recursos humanos, actualización y difusión de los protocolos extrahospitalarios, mejoras en los sistemas de información, disponibilidad de un intérprete, campañas informativas y sensibilización desde atención primaria a los pacientes crónicos. La mayoría de las propuestas coinciden con lo publicado y son asumibles, siempre que se impliquen todos los niveles asistenciales y equipos directivos.

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION DEL PIE EN USUARIOS DIABETICOS INSULINODEPENDIENTES EN ATENCION PRIMARIA

ANA MARÍA FALCON BORNAY¹; GREGORIA MARTÍNEZ PÉREZ, VANESA MORALES CAMACHO. MARTÍNEZ PÉREZ²; VANESA MORALES CAMACHO¹

¹HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO, ²CENTRO DE SALUD OESTE FRANCISCO PALAO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17084

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus (DM) afecta a más de 382 millones de personas en todo el mundo y la OMS estima que en 2030 será la primera causa de mortalidad. La neuropatía diabética (ND) es la complicación sintomática más frecuente y principal factor de riesgo para el desarrollo de úlceras y, por tanto, de amputaciones. Esta patología es una de las principales causas de dolor neuropático en la población, lo que produce un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes, con una alta tasa de depresión asociada, de baja laboral y un alto coste asociado.

La ND es irreversible, por lo que son fundamentales las actuaciones preventivas para evitar su desarrollo.

También es importante la detección de la enfermedad arterial periférica (EAP), ya que en la mayoría de los pacientes suele ser asintomática, de ahí que este infradiagnosticada e infratratada, se asocia con un incremento de la mortalidad, aumento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares, amputaciones de miembros inferiores. Es un potente predictor de riesgo vascular. El diagnóstico temprano de la EAP, favorece una mejor calidad de vida a largo plazo, reducción de la mortalidad y costes de tratamiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la eficacia de la exploración precoz del pie diabético en la consulta de enfermería de Atención Primaria. Comprobar incidencia de ND en el pie de pacientes insulino dependientes.

Demostrar la importancia de la exploración del pie diabético.

Fomentar el estudio y seguimiento del pie diabético en atención Primaria. Realizar un protocolo de derivación del tratamiento de posibles lesiones.

Estudio descriptivo -analítico de pacientes insulino dependientes en atención primaria. Con 119 diabéticos, para establecer una relación entre los pacientes diabéticos insulino dependientes y la probabilidad de padecer ND y/o EAP.

Se realizó una exploración de ambos MMII, para identificar a los pacientes de alto riesgo:

Inspección visual del pie para identificar deformidades, hiperqueratosis, calzado no adecuado o presencia de amputaciones previas, coloración.

Neuropatía sensorial, test de monofilamento y barra térmica. Presencia de pulsos, dolor al caminar.

Índice tobillo-brazo.

Sensibilidad motora mediante diapasón.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

19 pacientes, 15.966% resultaron con ITB por debajo de 0.9 mmhg, lo que supone presencia de EAP. 28 pacientes, 23.529% alterada al menos 1 exploración de sensibilidad.

12 pacientes, 10.084% alteradas 2 o más pruebas de sensibilidad.

Conclusión

Creemos que la exploración del pie diabético, debe realizarse en las consultas de atención primaria de forma sistemática, es fundamental para detectar signos y síntomas que pueden favorecer la aparición de lesiones, fomentando la educación y el autocuidado. Enfermería es el profesional, con formación y capacidades idóneas para su detección por la estrecha relación y seguimiento de los pacientes, reforzando así el papel de la enfermería. Con todo y la creación de protocolos en asistencia y derivación se puede llegar a disminuir considerablemente las amputaciones.

CIRCUITOS DE ACCESO Y SEGUIMIENTO HOSPITALARIO EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ¹; JUANA MARÍA MOLINA RAMOS¹; CARMELO TAFALLA BORDONADA¹; VÍCTOR MORENO CUERDA¹; NURIA ZORITA ALVAREZ²; CRISTINA CARPIZO GONZÁLEZ³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES, ²CENTRO DE SALUD "DOS DE MAYO", ³DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE AT. PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17230

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento poblacional, la cronicidad compleja y la fragmentación en la atención son factores que generan nuevos retos en la atención sanitaria y que plantean una nueva modalidad de atención en el paciente crónico complejo (PCC). El PCC es aquel que presenta una mayor complejidad en su manejo sanitario al presentar necesidades cambiantes que obligan a revaloraciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de varios niveles asistenciales. Este paciente genera una mayor demanda de atención y precisa mayor número de recursos sanitarios y sociales. Se trata de un paciente que presenta enfermedades limitantes, polifarmacia y algún grado de deterioro funcional.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Garantizar la continuidad de cuidados del PCC.

Facilitar la coordinación de la asistencia entre niveles asistenciales.

Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio buscando la homogeneización de la práctica enfermera entre Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP).

Mejorar la conciliación de la medicación al ingreso y al alta del hospital.

El sistema de salud actual está dirigido a la resolución de patologías agudas con un enfoque curativo que favorece una atención episódica y presta una menor atención a los aspectos preventivos y a la perspectiva de los cuidados.

El PCC precisa de una atención que cubra sus problemas de descompensaciones de sus patologías y acceda a los recursos sociosanitarios más apropiados.

Para crear una atención adecuada a estos pacientes, el Servicio de Medicina Interna creó la consulta programada del PCC, con citación directa por los médicos de AP. Así se evita que el PCC acuda a Urgencias Hospitalarias.

Desde el Servicio de Farmacia realizan conciliación de medicación al alta hospitalaria, facilitando la gestión de fármacos en pacientes con polifarmacia. Farmacéuticos de AP confirman esta conciliación.

El Supervisor de Continuidad informa a cada Centro de AP de las altas de PCC para facilitar su seguimiento.

En pacientes con discapacidad intelectual se ha facilitado que su atención en consultas externas y pruebas diagnósticas sea la primera cita de la mañana, evitando las horas de mayor afluencia.

Se diseñó un diagrama de flujo de atención proactiva al PCC y se ha presentado en todos los centros de AP y residencias de PP.MM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estas actividades de atención han producido que los profesionales de AP realicen un seguimiento proactivo del PCC.

El PCC acuda a consulta programada en vez de al Servicio de Urgencias, facilitando su atención sin esperas innecesarias.

Se asegura una prescripción farmacológica adecuada en pacientes con polifarmacia al realizarse conciliación de la medicación al alta hospitalaria en AH y AP.

La comunicación del alta hospitalaria a médicos y enfermeras de AP facilita el seguimiento proactivo de estos pacientes.

Que el paciente con discapacidad intelectual sea atendido en la primera cita de la mañana facilita la conciliación de su rutina diaria, evitando aglomeraciones de pacientes y esperas de acceso.

CONOCER PARA ACTUAR. ESTUDIO DE UN ÁREA DE SALUD REFERIDO AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA ROSARIO VALVERDE JIMENEZ¹; MARIA CRISTINA SOLE AGUSTÍ²; CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ROMERO²; ARTURO PEREDA MAS²; DOLORES PÉREZ GÁLVEZ²; MARIA ANGELES HERNANDEZ COROMINAS³

¹CENTRO DE SALUD, ²AREA 1 SMS, ³EAP SANGONERA LA VERDE SMS AREA 1// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17290

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Observado un aumento de necesidades asistenciales de la población crónica compleja (PCC) desde atención primaria, realizamos una valoración de dicha población y de los recursos disponibles con vistas a mejorar la calidad de la asistencia prestada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General

Establecer una dinámica de trabajo enfocada a mejorar la asistencia a PCC.

Específicos

Conocer:

- PCC por zona básica de salud (ZBS)
- ingresos hospitalarios de la PCC/ZBS en últimos 12 meses.
- recursos en atención primaria Definir oportunidades de mejora.

Metodología

Estudio descriptivo. Periodo estudio: 17/4/23-31/5/-23.

Ámbito de estudio: población de un área de salud y equipos de enfermería. Recursos. Enfermera investigadora

Fuentes-datos: PIN-OMI-SELENE y entrevistas.

Población estudio: 271.036 habitantes/14 equipos de enfermería Población diana:9946 PCC/14 coordinadores de enfermería

Fases:

- 1.Recopilación-datos: Extracción/síntesis/análisis PIN-SELENE-OMI (17/4/23-30/4/23).
- 2.Reuniones operativas (varios niveles de gestión Área) comunicar datos analizados, aumentar eficacia-agilidad (1/5/23-14/5/23).
- 3.Entrevistas semi-estructuradas con coordinadores de enfermería (15/5/23-25/5/23). 4.Reuniones operativas (26/5/23-31/5/23).

Indicadores

1. Número PCC por ZBS.
2. Número PCC con ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses.
3. Respuestas de la entrevista:
 - 3.1-Realización de visitas domiciliarias proactivas /ZBS (SI/NO).
 - 3.2-Realización reuniones de equipo programadas (SI/NO).
 - 3.3-Conocer toda la PCC de su cupo. (SI/NO).
 - 3.4-Cómo identificar al paciente como Crónico Complejo.
4. Realizar como mínimo 2 reuniones operativas (2 y 4) identificando al menos 3 oportunidades de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. N° PCC: ZBS-1:1093; ZBS-2:1087; ZBS-3:1027; ZBS-4:1010; ZBS-5:863; ZBS-6:802; ZBS-7:683; ZBS-8:650; ZBS-9:547; ZBS-10:546; ZBS-11:498; ZBS-12:437; ZBS-13:397; ZBS-14:306

2. N° Ingresos PCC: ZBS-1:146; ZBS-2:132; ZBS-3:104; ZBS-4:118; ZBS-5:116; ZBS-6:81; ZBS-7:93; ZBS-8:69; ZBS-9:61; ZBS-10:83; ZBS-11:69; ZBS-12:60; ZBS-13:59; ZBS-14:38

3. Respuestas cuestionario SI/NO:

3.1-Visitas domiciliarias:11/3 3.2-Reuniones de equipo:9/5 3.3-Conocer su PCC:0/14

3.4-Identificación:14/0

4. Reuniones realizadas:

-Fase 2: 2 reuniones con miembros directivos (comunicación datos/análisis)

-Fase 4: 6 reuniones: oportunidades de mejora identificadas:

A. Todos los profesionales deben conocer su PCC.

B. Diseñar una estrategia coordinada para atender la PCC.

C. Que el referente en cada ZBS sea una enfermera para mejorar de la calidad de la asistencia prestada a la PCC.

Conclusiones

El estudio de la situación de nuestra área revela como aspectos positivos que la mayoría de los profesionales de enfermería de los centros de salud realizan domicilios de forma proactiva y reuniones multidisciplinarias programadas. Sin embargo, se identifica la necesidad de mejorar el conocimiento y seguimiento exhaustivo de la PCC. Por ello, se deben explorar estrategias para fortalecer la coordinación y el trabajo en equipo para una atención integral al PCC.

EL CONCEPTO DE ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA. REALIDAD Y LIDERAZGO EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ANTICOAGULADO

MARIA SOLEDAD ESTEVEZ BENITO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17296

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Tras el aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población la OMS da recomendaciones para que los países y los servicios de salud diseñen e implementen estrategias que permitan abordar la demanda existente, controlar y prevenir las enfermedades crónicas. El concepto de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) surgió para dar respuesta a los cambios en la atención en salud en el mundo. Pero este término tiene diferentes connotaciones a nivel internacional. Esta práctica avanzada es ya un hecho en países como Reino Unido, Irlanda, Francia, Estados Unidos y Canadá.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Principal: Analizar la efectividad del concepto de la EPA.

Específicos: Conocer la situación actual de esta figura, en España e internacional y las evidencias y novedades más relevantes en la actualidad, relacionando estos aspectos y el papel de la enfermera en un modelo de atención al paciente crónico anticoagulado.

Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la literatura científica en las bases de datos PubMed-Medline, EMBASE, Cinahl, Cochrane, Dialnet, IBECS, BDENF, LILACS y CUIDEN, y en textos relevantes de organizaciones profesionales (RNAO, CIE, etc.) y se analiza mediante estudio descriptivo-analítico si existe un desarrollo efectivo del Concepto de EPA en base a las evidencias, novedades y aspectos más relevantes disponibles en la actualidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se revisa la historia y concepto actual de EPA sintetizando los roles más usados a nivel internacional. Se repasan las competencias, el avance en el marco legal actual y las barreras para la implementación de la EPA en España y en el mundo. Se evalúa en algunos estudios la distribución de competencias de la EPA y la relación con la complejidad de los pacientes y también los anticoagulados. Se identifican las EPA en España, según criterios internacionales o se analizan los avances en los últimos modelos de regulación que influyan para su implementación, así como una valoración del papel de la enfermera en el desarrollo del concepto de EPA.

Conclusiones

El Consejo Internacional de Enfermería 2020 avanza en la definición del concepto de EPA, para ayudar al consenso a nivel internacional, ya que sin aclarar el concepto, difícilmente se pueden trabajar, en un marco común, las competencias y la implementación de la EPA en los sistemas de salud y solucionar a los cambios a nivel mundial. Es imprescindible eliminar la actual rigidez en los roles profesionales y organizar los recursos con perfiles profesionales idóneos para dar respuesta a las necesidades en el abordaje de la cronicidad. Es ahora cuando las autoridades sanitarias deben determinar la relación de puestos funcionales la figura de la EPA para avanzar en el desarrollo de competencias unificadas en el Sistema Nacional de Salud.

Las enfermeras con competencias de EPA, en gestión de pacientes crónicos complejos, demuestran que son costo-efectivas y muy resolutivas, para conseguir eficiencia y sostenibilidad del sistema y sus prestaciones.

CALIDAD DEL TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS: TELEICTUS

MARIA DULCE GONZALEZ NAVARRO; LIDIA GUERRA NAVARRO; ENCARNA RUIZ GARCÍA; ELENA AIRES ESLAVA; JUAN MARTÍNEZ SERNA; ANA ALBALADEJO RUBIO

HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO DE YECLA. AREA V// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17306

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El ictus en España, es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, la primera causa de discapacidad adquirida y la segunda de demencia. El 68% de los ingresos por ictus fueron isquémicos y el 38% eran pacientes mayores de 80 años. El tratamiento en la fase aguda del ictus en los últimos 5 años se ha duplicado alcanzado el 12% , pero los pacientes residentes en las áreas de salud más alejadas del centro de referencia están infratratados. El programa de Atención al Ictus se implantó en 2010, nuestra área de salud fue el área piloto para la puesta en marcha del Teleictus en 2019 y nunca se ha realizado una evaluación interna.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue analizar la herramienta de Teleictus para identificar factores de mejora. Se trata de una encuesta anónima y de cumplimentación telemática. La encuesta se envió a los médicos adjuntos al Servicio de Urgencias Hospitalario, facultativos de medicina interna y médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria. El estudio ha sido autorizado por el comité de ética y el equipo directivo del área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La participación fue del 39%, la distribución por franjas de edad fue: 30-35 años; 37.5%, 40-45 años; 18.8% y 50-55%; 18.8%, el 68.8% fueron médicos y el 31.3% médicos en formación. El 94% de los participantes conocen la existencia de la adaptación del protocolo del Código Ictus al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), el 75% ha activado alguna vez el Código Ictus (CI), el 77% hace más de 12 meses, el 15.9% entre 6 y 12 meses y el 7.7% hace menos de 6 meses. El 68.8% de los profesionales se plantea activar el CI cuando atiende un paciente con clínica de ictus, el 94% de los CI activados precisaron teleictus, el 46.7% no rellena ninguno de los formularios de teleictus y el 40% rellena todos los formularios incluyendo la interconsulta telemática a neurología. El 94% de los profesionales conoce la existencia del consentimiento informado, el 75% lo realiza de forma verbal y, el 12.5% no recuerda si informa o no y el 60% lo cumplimenta por escrito.

Entre los problemas de funcionamiento se mencionó las dificultades técnicas, fallos de sonido y mala calidad de imagen en la tablet durante la videollamada. Las propuestas de mejora expuestas fueron: formación periódica a los profesionales por alto recambio de personal y atención esporádica al paciente con criterios de CI, agilizar burocracia (llamada a neurología, cumplimentación de formularios, interconsulta telemática, videollamada, llamada a 112 para traslado etc. etc.), modificación de los sistemas de información (unificar pestaña que incluya formularios, interconsulta, consentimiento informado), mejorar tecnología (sistema audiovisual de tablet), implementación de teleictus en la urgencia extrahospitalaria, revisión del consentimiento informado actual, analizar los recursos sociales disponibles para el paciente con ictus establecido y creación de un equipo multidisciplinar: médico de familia, neurólogo, internista y trabajador social.

PROYECTO PILOTO DE CONCILIACION TERAPEUTICA DE PACIENTES FRAGILES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS (FRAGIL-MED-URG)

ANNA CORTIELLA MASDEU; SILVIA CONDE GINER; GONZALO GARCIA CARRARA; MARIA TERESA CANELA ARMENGOL; M.PILAR GOMEZ LURI; LOURDES CLOTAS SANCHO

H. UNIVERSITARIO JUAN XXIII. TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17661

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Un problema actual relacionado con la salud es el envejecimiento poblacional, asociado a la cronificación de las patologías. Esto obliga a adaptar el modelo asistencial de atención a los pacientes en función de su fragilidad.

La valoración geriátrica integral, junto con la adecuación terapéutica según la situación sociofuncional y fragilidad de los pacientes, es fundamental para asegurar una correcta eficacia y seguridad del tratamiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Crear un circuito de actuación para adecuar el tratamiento a la fragilidad de los pacientes valorados en un Servicio de Urgencias (SU) de un hospital de tercer nivel.

Como objetivos secundarios nos proponemos:

- Reducción del número de reingresos y reconsultas al SU.
- Optimizar el tratamiento farmacoterapéutico y mejorar la seguridad del paciente.
- Reducir la iatrogenia relacionada con los fármacos (caídas, efectos adversos evitables).
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes atendidos

Metodología

1. Diseño y redacción del protocolo (geriátrica-G, urgencias-MAU y farmacia-F)
2. Presentación a dirección del Hospital/gerencia/dirección de atención primaria (AP)
3. Evaluación por el Comité Ético de Investigación con medicamentos (CEIm)
4. Difusión a los profesionales del SU y directores de los equipos de AP (EAP)
5. Inicio del proyecto y posterior evaluación

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se establece el siguiente circuito de actuación:

1. Identificación de los pacientes. Pacientes con criterios de fragilidad inicial atendidos al SU que serán dados de alta a domicilio/residencia dependiendo de la valoración clínica y el problema de consulta. De forma reactiva (interconsulta) o proactiva por parte de geriatría (evaluación de la fragilidad en los pacientes mayores de 80 años que consultan al SU)
2. Diagnóstico situacional: valoración geriátrica integral (VGI). Valoración del estado de fragilidad por parte de geriatría para poder adecuar la intensidad terapéutica.
3. Revisión del plan de medicación. Conciliación y adecuación terapéutica(F,G)
4. Consensuar plan de acción. Se establecen los objetivos asistenciales y el plan terapéutico(F,G)
5. Toma de decisiones compartidas: Se pacta con paciente y/o familiar/cuidador el plan de acción propuesto(F,G)
6. Informe individualizado: VGI + recomendaciones farmacoterapéuticas que se adjunta al informe de alta del SU(F,G)
7. Actualización del plan de medicación. Actualizar la receta electrónica(MAU)
8. Continuidad asistencial: Coordinación con enfermera gestora de cronicidad y farmacéutico de AP(FAP) para comunicar los cambios a su EAP(F)
9. Registro de actividad asistencial (F,G,MAU). En el aplicativo webLÇ REDCap.
10. Seguimiento del paciente: 30 días,6 meses (coordinación con FAP referente).

Conclusiones

Es necesaria una conciliación terapéutica basada en la condición individualizada de cada paciente y realizarla de manera transversal entre todos los niveles para asegurar una continuidad asistencial y evitar la iatrogenia en este grupo de población.

MEJORA DEL DIAGNÓSTICO, DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERIA, DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN EQUIPO RURAL

MAGDALENA GARCIA OLIVÉ; MARTA HERNÁNDEZ ANADÓN; NEREIDA GONZÁLEZ GARCÍA; ANA MORENO TRUJILLO; IOLANDA FARRÉ TORRA; SARA JUANPERE SIMO

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EL MORELL// CATALUÑA

ID: 17693

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

A raíz del análisis de un incidente centinela notificado en nuestro equipo, de una paciente en situación de final de vida que solicitó asistencia urgente. Se inició un proyecto de mejora del diagnóstico de los pacientes crónicos complejos (PCC), su valoración y redacción del plan de intervención individual compartido (PIIC) de los pacientes de nuestra área de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto fue liderado, por la referente de cronicidad, la referente de calidad y seguridad de pacientes, y la dirección del centro, alineado con las directrices de la dirección asistencial de nuestro territorio. Se realizó una revisión de los pacientes PCC, si constaba en la historia clínica, su valoración como PCC, su fragilidad y si en el PIIC estaban todos los ítems cumplimentados. El PIIC, es un documento compartido con todos los diferentes proveedores de salud de nuestro territorio, que está en la historia clínica del paciente. Éste se puede consultar des del 112, la atención especializada y la atención primaria. Contiene sus diagnósticos, su medicación, una descripción de la situación del paciente, las preferencias sobre la atención que quiere recibir, la valoración social, la de su cuidador, los servicios de atención que recibe (domiciliaria, tele asistencia, paliativa...), su fragilidad y complejidad. Se realizaron dos sesiones a las enfermeras del equipo para mejorar estos ítems. La referente de cronicidad dispone de una agenda específica para poder valorar con cada enfermera los registros de sus pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En marzo del 2022 teníamos 171 PCC en nuestro equipo y de estos, 147 tenían un PIIC registrado. A los 5 meses se volvieron a evaluar. En agosto del 2022 se había mejorado el registro de los PCC a unos 237 PCC de los cuales, 218 constaba un PIIC con datos de registro de calidad. Actualmente en 2023 los resultados han seguido mejorando. La implicación de nuestros profesionales hace que nuestros pacientes más frágiles reciban una atención de calidad.

INFLUENCIA DE LA CALIDAD EN LA ZONA DE ADMISIONES DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL TRABAJO DIARIO DE LOS PROFESIONALES

M^a SOCORRO DEL AMO BENITO; YVONNE FERNÁNDEZ PAGÈS; ANNA MARÍA RIART MIQUEL; SILVIA FOLCH PUJOL; M^aANGELS DE GRACIA BALLARÍN; INMACULADA TOMÁS CASTILLO

CAP TARRACO// CATALUÑA

ID: 17710

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Cuando se habla de la sobrecarga de trabajo actual en los Centros de Salud , el pensamiento se nos va a los sanitarios, pero esta sobrecarga se inicia en la zona de admisiones: mostradores, teléfono, web.

Para disminuir la variabilidad inevitablemente humana, de las respuestas y citaciones, se redactó un algoritmo-base que contemplaba las peticiones más frecuentes de los pacientes y dibujaba las rutas de distribución del trabajo.

Este algoritmo se ha ido modificando de acuerdo con las variabilidades externas de las demandas: se inició con la pandemia, en 2020, y se ha ido adaptando a medida que las circunstancias epidemiológicas lo han aconsejado.

Nuestro Centro de Salud , urbano, está integrado por 11 médicos, 12 enfermeras, 3 TCAE y 9 administrativos, da asistencia a 14564 usuarios, la población asignada atendida es de 11,304(77,62%), población atendida ponderada 12.643.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A partir del 2022, se creó una comisión con presencia de una representación de todos los grupos profesionales implicados, que empezó un análisis de seguimiento de las citaciones, para ver que peticiones causaban más distorsión en las agendas de trabajo. Para ello se pidió a todos los miembros del equipo que notificaran aquellas circunstancias que creían que no se adaptaban a lo previsto. Se han recogido más de cien notas: detalle de la petición de visita, tipo de ésta (presencial, telefónica o virtual), ajuste al algoritmo vigente, y descripción sucinta por parte del profesional afectado de su inadecuación.

Las notificaciones se han clasificado con código de gravedad (tipo semáforo) en función de su impacto en el trabajo de los afectados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez recogidos y agrupados los datos, se han buscado fórmulas para reducir la variabilidad: mejoras en el algoritmo, uso de la comunicación sanitario-administrativa que permite nuestro programa, y, ocasionalmente, intervención individualizada para aclarar dudas.

Actualmente estamos en esta última fase, que empezamos hace 2 meses, en la que ya se aprecian mejoras objetivas y más comodidad para los actores.

METODOLOGIA DE CALIDAD EN LOS TRABAJOS DE FINAL DE RESIDENCIA DE LOS RESIDENTES

EVA MARIA OYA GIRONA¹; IMMA HOSPITAL GUARDIOLA²; MONTSERRAT GENS BARBERÀ³; EULALIA ORIOL⁴; MARIA MORENO⁵

¹CAP SALOU, ²EAP VALLS, ³DAP, ⁴UQT, ⁵EAP LLIBERTAT REUS// CATALUÑA

ID: 17806

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los residentes de medicina y de enfermería en su último año de residencia han de realizar un Trabajo de investigación. La Unidad Docente de nuestro territorio (UDMAFIC) añade la realización de un trabajo de mejora continua de la calidad antes de finalizar la especialidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Incorporar la metodología de mejora continua de los médicos internos residentes (MIR) y los enfermeros internos residentes (EIR), profesionales en formación durante la residencia.

Durante los años de residencia se realiza un proyecto de mejora de calidad, supervisado por el responsable de calidad y seguridad del paciente de su centro y sus tutores. Antes de finalizar la residencia, cada profesional presenta el proyecto de mejora en una jornada de calidad. Estos trabajos son evaluados según plantilla de evaluación con registro en una plataforma Moodle. Se solicita envío de los trabajos previa a la jornada para revisión y feedback a los residentes

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Este año se han presentado un total de 11 trabajos de calidad (7 de MIR y 6 de EIR). De los 11 trabajos presentados, 7 trabajos tienen una puntuación de más de 8/10 y 4 trabajos con puntuación más de 5/10. Las temáticas tratadas van desde la mejora de la accesibilidad, circuito de esterilización, uso seguro del medicamento (envases multidosis, estatinas, IECAS, benzodiazepinas en menores de 70 años...), control excesivo de DM2 en mayores de 80 años, uso de la terapia compresiva en las úlceras venosas de la extremidad inferior, Evaluación de los PIIC (Planes individualizados compartidos).

Con el fin de mejorar la metodología en los trabajos de nuestros residentes y aumentar la cultura de calidad en todos nuestros profesionales hacemos las siguientes propuestas: En el plan de acogida de los residentes se incluye formación en calidad y seguridad presencial y formación online obligatoria. Curso de formación online para tutores y referentes de calidad en cómo confeccionar un Proyecto de mejora, a final de año, para homogeneizar la formación de referentes y tutores (ya que este año se han producido cambios de referentes a nivel territorial) Establecer una guía de evaluación de los Trabajos conocida por tutores y residentes. Evaluación de los Trabajos desde la plataforma Moodle con una Google form según guía de evaluación. Propuesta de premio a los mejores Trabajos con suscripción a jornadas o congresos de calidad para exposición de los Trabajos.

ESTIMAR EL COSTE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN

MIGUEL LOPEZ GOBERNADO¹; EVA LÓPEZ GARCÍA²

¹CONSEJERÍA DE SANIDAD JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, ²GAP VALLADOLID OESTE//CASTILLA Y LEÓN

ID: 15273

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Con el progresivo envejecimiento de la población, cada vez es mayor el número de personas que sufren heridas crónicas. El impacto de las heridas crónicas en la calidad de vida de las personas que las padecen es elevado, tanto a nivel físico, como psicológico, emocional y social. La complejidad de muchas de estas heridas supone una carga económica elevada para los sistemas sanitarios. Hay tres factores determinantes en el coste de la atención de una úlcera por presión: la gravedad de la herida, la duración de la estancia del paciente en el hospital y cualquier complicación relacionada con la úlcera.

Estudios recientes señalan que la prevención de las lesiones por presión es coste-efectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estimar el coste de las úlceras por presión en los hospitales de Castilla y León. Conocer el número de lesiones por presión y la estancia media de los últimos 5 años.

Recogemos los datos del diagnóstico del registro de atención especializada (RAE-CMDB) y para la estimación del coste nos servimos de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico-GRD Coste Medio APR, para los registros de categoría CIE10: L89 úlcera por presión. Realizamos un análisis paramétrico de costes y estimamos con tres valores (técnica PERT) en función del grado de la lesión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el quinquenio estudiado son 39.202 diagnósticos de úlceras por presión. El coste estimado es de 292 millones de euros, inferior al 5% del gasto sanitario público que sitúan estudios previos. El 84,16% son mayores de 74 años y un 51% son mujeres. Los costes más elevados del coste de las úlceras por presión adquiridas en el hospital se pueden prevenir. Por supuesto, los costes en unidades monetarias no son el único coste de las úlceras por presión adquiridas en el hospital, los costes indirectos como son los sociales y emocionales también afectan gravemente. La evidencia científica pone de manifiesto que hoy por hoy, se reconoce que prácticamente el 95% de las úlceras por presión que se producen son evitables. Iniciativas, orientadas a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las heridas pueden impactar significativamente sobre la calidad asistencial y los costes totales relacionados con estas heridas.

MONITORIZACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA EN ANCIANOS INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS

VICTORIA UROZ MARTÍNEZ¹; INMACULADA VIDAL-ABARCA GUTIÉRREZ¹; MERCEDES LÓPEZ IBÁÑEZ¹; ÁNGELA L. RINCÓN CARLAVILLA¹; ALBERTO MANUEL TORRES CANTERO²; JULIO JOSÉ LÓPEZ PICAZO¹

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15351

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes ingresados en servicios no quirúrgicos fue identificada como un objetivo prioritario de la Unidad de Calidad Asistencial de un hospital universitario de tercer nivel, por lo que se desarrolló un sistema para su evaluación y monitorización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue conocer el grado de adecuación de la prevención de ETV en pacientes con una edad igual o superior a 65 años ingresados en servicios médicos de un hospital universitario de tercer nivel en el año 2022. Se incluyeron los pacientes con una estancia hospitalaria igual o superior a dos días en los servicios médicos que representaron al menos el 95% de las altas en el bimestre inmediatamente anterior al del estudio (octubre-noviembre 2022). Los criterios de exclusión fueron: anticoagulación o doble antiagregación previa, ingreso por patología hemorrágica, anticoagulación como tratamiento principal en el ingreso, situación agónica o preagónica recogida en el momento de la valoración, e historia clínica electrónica (HCE) incompleta.

La medición del riesgo de ETV se realizó mediante la escala de PADUA y el riesgo de sangrado mediante la escala IMPROVE. Se consideró actuación correcta cuando se administró anticoagulación o doble antiagregación si el valor de PADUA era ≥ 4 y el de IMPROVE < 7 puntos.

Para evaluar la adecuación del manejo de la ETV por servicio se usó la técnica de evaluación rápida de aceptación de muestras por lotes (LQAS). El plan de aceptación de lotes fue definido de forma secuencial para un error tipo I del 5% y tipo II del 20% en dos niveles, que presuponen el mismo estándar de calidad (porcentaje de profilaxis adecuadas válido) y que se diferencian por el nivel umbral de cada uno (mínimo porcentaje de profilaxis adecuadas aceptable para el grupo). Se revisan en primer lugar lotes de 5 pacientes por servicio: si se observa más de un incumplimiento, el lote es rechazado con nivel “no aceptable”. En caso contrario, el lote se acepta como nivel “aceptable”, y se amplía a 9 casos para aceptarlo como nivel “bueno” si hay un máximo de dos incumplimientos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fueron incluidos 8 servicios (lotes), de los que sólo se aceptaron 2. Uno de ellos obtiene nivel “bueno” (Cardiología) y otro “aceptable” (Medicina Interna).

Sobre el total de la muestra, en 21 de los 44 pacientes finalmente evaluados (48%) la conducta seguida no fue adecuada: en 15 se inició profilaxis sin estar indicada, y en los 6 restantes no se inició cuando sí lo estaba.

En ningún caso se encontraron cumplimentados los formularios PADUA e IMPROVE disponibles en la HCE. Es necesario, pues, incidir en el uso de las herramientas existentes para la seguridad clínica.

Como conclusión, se detecta una oportunidad de mejora en el grado de adecuación de la prevención de la ETV en nuestro hospital.

INICIANDO MI TRAYECTORIA COMO GESTORA: DESARROLLO DEL PROYECTO DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE TRASPLANTES

JOSEFA VALIENTE CAMPOS; MARÍA ISABEL GARCÍA CORBALÁN; ARTURO PEREDA MÁS; MANUEL BAEZA MIRETE; PEDRO SOLER GALLEGO; JAVIER INIESTA ALCÁZAR

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15413

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Para iniciar el proceso de gestión como supervisora de la Unidad de Trasplantes, se precisaba documentar las características de la misma, registrando los recursos estructurales y organizativos de los que se disponía, para poder implantar y desarrollar oportunidades de mejora que estandarizaran los cuidados y optimizaran los recursos, con la finalidad de conseguir una atención eficiente de máxima calidad, seguridad y centrados en el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Realizar un análisis actual de la Unidad de Trasplantes.
- Documentar las características de gestión para poder implantar mejoras en la unidad.
- Realizar un análisis externo e interno del servicio que refleje la estructura, organización y cartera de servicios. Planificar las líneas estratégicas a seguir y los objetivos a alcanzar.
- Realizar un plan de actuación orientado a conseguir unos cuidados eficientes de máxima calidad y seguridad.

Metodología

Se realizó un análisis DAFO-CAME, a partir del cual se identificaron y estructuraron las líneas estratégicas y los objetivos a cumplir en cada una de ellas.

Las líneas estratégicas definidas fueron las siguientes:

1. Calidad Asistencial. Estandarización de la práctica asistencial para homogeneizar los cuidados. Gestión por procesos.
2. Coordinación sanitaria y continuidad asistencial.
3. Humanización de la asistencia y empoderamiento del paciente.
4. Ambiente laboral.
5. Investigación y docencia.
6. Optimización de costes.
7. Cumplimiento de los estándares de los objetivos.

Posteriormente se estableció un cronograma donde se planificaron todas las actividades a realizar para el cumplimiento de los objetivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se consiguió documentar todos recursos organizativos y estructurales existentes para iniciar el proyecto de gestión. Tras ello, desde la puesta en marcha del proyecto hace año y medio, se ha trabajado siguiendo las líneas estratégicas, creando circuitos de mejora (circuito de recepción y acogida de los pacientes receptores de órganos, distribución cronológica de actividades de actualización y revisión de nuevos materiales) y protocolos para la estandarización de cuidados (vía clínica paciente receptor hepático, vía clínica del paciente receptor renal, recomendaciones de enfermería al alta, manual de acogida a profesionales de nueva incorporación) cumpliendo con el 60 % de los objetivos establecidos en el cronograma.

Finalmente, tras el proceso de análisis y seguimiento, se puede concluir que para garantizar la máxima calidad asistencial y seguridad en la práctica clínica, el ejercicio de la profesión enfermera debe ir enmarcado en la cultura de la gestión por procesos, unificando criterios y asegurando la mínima variabilidad clínica.

RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ABDOMINAL: UNA GPC DE MEDICINA PERIOPERATORIA BASADA EN LA EVIDENCIA

MARÍA DEL MAR SERNA BARQUERO; ROCIO MARTIN-GIL PARRA; SARA CURA IGLESIAS; LAURA CRISTINA GARROTE MORENO; MARIA DEL CARMEN FÁTIMA RUBIO FERNÁNDEZ

HGU MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15424

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Guía de Práctica Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA) fue publicada por el Ministerio de Sanidad, el Instituto Aragonés de Salud y la Red Española de Agencias de Evaluación en 2015 y 2021. Su objetivo es protocolizar las recomendaciones basadas en la evidencia para estandarizar y disminuir la variabilidad de los cuidados perioperatorios y mejorar la rehabilitación o recuperación postoperatoria, mediante la reducción de complicaciones postoperatorias y mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes.

La aplicación de las recomendaciones RICA requiere el trabajo multidisciplinar y coordinado, tanto de especialidades quirúrgicas como de otros servicios y unidades que pueden colaborar en la optimización funcional del paciente y su posterior recuperación.

El grupo de Trabajo RICA está elaborando un repositorio web en la evaluación permanente de la literatura según la metodología GRADE, para poner a disposición de profesionales y usuarios las recomendaciones con el mayor nivel de evidencia y recomendación en torno al proceso perioperatorio.

El grupo RICA pone a disposición de los profesionales la herramienta CASTOR para la evaluación y monitorización del cumplimiento de las recomendaciones y resultados en salud. Gracias a los datos multicéntricos, se han publicado diversos estudios y subestudios. En el estudio POWER (1286 pacientes) se puso de manifiesto una reducción de las complicaciones, de las complicaciones moderadas a severas y de mortalidad en los hospitales ERAS. El estudio POWER2 (6146 pacientes) coincide en una menor incidencia de complicaciones, de complicaciones moderadas a graves, y de estancia hospitalaria en los hospitales RICA.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Debido a la importancia de la GPC RICA, tanto por sus resultados en salud como por su interés en la gestión hospitalaria, se ha decidido evaluar la calidad formal y de contenido de la guía.

Para ello hemos utilizado la herramienta AGREE II, en la que evaluando diversos aspectos como el alcance y contenido, participación de sociedades científicas y asociaciones de usuarios, rigor de contenido, claridad de presentación, aplicabilidad e independencia editorial. Esta evaluación se ha realizado por dos evaluadores diferentes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La Guía de Práctica Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto, evaluada mediante la herramienta AGREE II, obtiene una puntuación de 124 puntos, lo que indica que es una GPC de calidad adecuada, formal y de contenido, y se recomienda su uso.

La calidad formal de la guía, la claridad de las recomendaciones y su facilidad de uso, junto con los resultados en salud puestos de manifiesto por distintos estudios, ponen de manifiesto la necesidad de difundir e implementar sus recomendaciones.

IMPLANTACIÓN DE UNA COMISIÓN INTERDISCIPLINAR DE DISFAGIA EN UN COMPLEJO HOSPITALARIO

CARMEN ALCARAZ LÓPEZ; LAURA QUSADA VIDAL; ELENA HERVAS ABAD; ANA MARÍA CAYUELA GARCÍA; TOMÁS ESTEBAN SÁNCHEZ

COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15463

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La disfagia es un trastorno en la deglución, que se puede localizar a nivel orofaríngeo o esofágico. Tiene consecuencias en la seguridad y/o la eficacia de la alimentación que van desde aspiraciones y neumonías, desnutrición y deshidratación, hasta depresión y aislamiento social.

La disfagia orofaríngea es un problema más frecuente de lo que se diagnostica porque habitualmente sus síntomas y signos pasan desapercibidos. Las prevalencias son alarmantes: hasta el 73% de pacientes tras un accidente cerebrovascular, hasta el 84% en demencias y hasta el 44% de los ancianos ingresados en un hospital. Podemos encontrarla en pacientes relacionados con cualquier especialidad médica, de ahí la necesidad de implicar a todos los profesionales sanitarios y a la población general.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Formar al personal sanitario del complejo hospitalario.
- Elaborar protocolos que permitan organizar la actuación con los pacientes.
- Facilitar la accesibilidad de los pacientes a los distintos recursos que necesiten para su diagnóstico y tratamiento.
- Coordinar y establecer los recursos humanos y materiales necesarios para conseguir un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- Facilitar la discusión de los casos más complejos de disfagia.
- Recuperar y adaptar la alimentación por vía oral en los pacientes.

Se ha constituido un equipo multidisciplinar que se inició en Marzo de 2022 y que se reúne periódicamente. Está formado por todos los profesionales implicados: médicos, enfermería, nutricionistas y un fisioterapeuta. Se ha consensuado un algoritmo de funcionamiento a nivel hospitalario en el que se han incluido de forma estructurada y coordinada las actuaciones que se realizan en cada servicio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han dado varias sesiones formativas para enfermería y auxiliares de enfermería de varias especialidades (asistencia de unos 40 profesionales) y a diferentes servicios médicos (asistencia de unos 90 profesionales) consiguiendo una mayor sensibilización del personal sanitario respecto de la disfagia. Con esto, se ha creado una consulta monográfica por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición y han tenido un incremento de un 500% en las interconsultas hospitalarias. Se ha facilitado la comunicación con el servicio de Otorrinolaringología para las pruebas necesarias (habiendo valorado a 120 pacientes entre hospitalización, UCI y consultas). Se trabaja de manera conjunta con el servicio de Geriátrica para valoración

de pacientes y facilitar el visado de espesantes. Se ha incluido la videofluoroscopia en la cartera de servicios, se ha dado divulgación a guías para administración de tratamientos en pacientes con disfagia y se han adaptado las dietas de disfagia, con inicio del uso de aguas gelificadas. Concluimos finalmente que, aunque mantenemos diferentes líneas de trabajo aún queda mucho por hacer en el abordaje de nuestros pacientes con disfagia.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR RESULTADOS PREMS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MARÍA ISABEL GARCÍA CORBALÁN; ARTURO PEREDA MAS; DOLORES BETETA FERNÁNDEZ; PEDRO SOLER GALLEGO; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER; JAVIER INIESTA ALCÁZAR

HCU VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15515

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, las Organizaciones sanitarias van cambiando la perspectiva de sus resultados hacia un enfoque priorizado en función de las experiencias del paciente. Así, términos como PREMs (medidas basadas en las experiencias informadas por los pacientes) han ganado terreno a la hora de medir la calidad de nuestras actuaciones, algo que entronca con la esencia de las definiciones de la Calidad: poner al Usuario en el centro.

En nuestra Organización, un hospital de tercer nivel, desde 2019 se monitoriza una encuesta de calidad de procesos de asistenciales (Hospitalización, Cirugía, Urgencias y Atención Primaria).

En la monitorización del proceso de Hospitalización de 2022 se constató un empeoramiento de los resultados, especialmente acusado en el grupo profesional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y se plantean una serie de intervenciones para mejorarlos

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Mejorar los resultados PREMs de la encuesta “la voz de los pacientes-Hospitalización” en el grupo profesional TCAE.

La voz de los pacientes-Hospitalización se monitoriza anualmente. Desde la Unidad de Calidad se contacta telefónicamente con 16 pacientes seleccionados aleatoriamente de los dados de alta la semana anterior de cada una de las 28 unidades de hospitalización(448 encuestas).

Se utiliza un sistema NPS (Net Promoter Score). Se pide una puntuación de 0 a 10 para 4 ítems.

Se considera que la puntuación menor a 6 es una valoración negativa, 7 o 8 neutra y 9 o 10 positiva. Así, la valoración global estará en el rango de -100 (todos los resultados negativos) a 100 (todos positivos). Para la selección del tamaño de la muestra se utilizó un sistema de lotes (LQAS) y en menores de 16 años se contactó con un tutor.

Tras la monitorización de 2022 se ejecutaron las siguientes intervenciones:

Se convocó a todas las Supervisoras de unidad de hospitalización y se les comunicó los resultados, explicando la importancia de la medición de las experiencias de los pacientes.

Se desarrolló una serie de actividades formativas en comunicación con el paciente y en cuidados básicos de TCAE. Creación de grupos de trabajo para la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Sumando todas las actividades formativas se acreditó la participación de 418 profesionales del grupo TCAE (de una plantilla total de 380 profesionales)

Se crearon 28 PNT

En 2022 en 5 de 28 unidades la puntuación NPS recibida por el grupo TCAE estuvo por encima de 70 puntos (umbral aceptable) y la puntuación media para todo el grupo profesional fue de 37 puntos.

En 2023 en 18 de las 28 unidades la puntuación NPS fue superior a 70 puntos y la puntuación media para todo el grupo de TCAE pasó a ser de 70, una mejora de 33 puntos.

Para modificar un resultado global como es la experiencia de paciente es necesario intervenir desde múltiples ámbitos. En nuestro caso, consideramos que el éxito estuvo en una intervención que implicó la información, la formación y la participación activa del grupo de TCAE.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA MEDIANTE PÍLDORAS FORMATIVAS

BEATRIZ CABALLERO GUERRERO; VICTOR MANUEL ROS GARCÍA; MARGARITA CERESO SANMARTÍN; GLORIA MUÑOZ PÉREZ; MARÍA RAMÓN CARBONELL; ANTONIO ENRIQUE LOPEZ CAMPOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15516

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La gestión del conocimiento resulta fundamental en desarrollo y crecimiento de mandos intermedios. Las píldoras formativas son una estrategia efectiva para dicha gestión. Ofrecen sesiones formación breves y concisas, enfocadas en temas específicos. Permiten actualizar habilidades y mejorar desempeño en el entorno de atención sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Explorar la gestión del conocimiento de mandos intermedios de enfermería mediante píldoras formativas, valorando la satisfacción.

Identificar temas clave y áreas de capacitación necesarias para dichos mandos, que puedan ser abordados mediante píldoras formativas.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de febrero a abril 2023. Se organizan sesiones formativas a modo de píldoras formativas de 30 minutos de duración, lideradas por los supervisores de Área relacionadas con competencias transversales y gestión calidad de los cuidados. Destinatarios, supervisores de hospitalización de un hospital de 350 camas. Tipos de reuniones: global o por pares atendiendo a la distribución de las unidades. Se evalúa mediante cuestionario de satisfacción de la actividad y NPS (Net promoter score).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

100% de los mandos intermedios han contestado a las preguntas.(N=9). El cuestionario de satisfacción de la actividad; evalúa cuatro aspectos. Respecto a evaluación/pertinencia: **1** Contenido de la actividad ha respondido a sus necesidades como mando intermedio(66,6% valoran con un 5 en una escala1-5; muy deficiente a muy bueno).**2** El contenido es aplicable a su puesto de trabajo: valorado con 5 por el 77,7%.**3** Valoración de lo aprendido es buena/muy buena por el 100%.En cuanto a temporalidad **4**.La duración y la distribución de tiempo es adecuada (5 en el 77,7%).frente a la metodología **5**.La metodología utilizada les ha permitido asimilar los contenidos (4-5 en el 100%) y **6**.La metodología utilizada les había permitido participar activamente (5 en el 77,7%). En NPS,66,6 son promotores y 33,3 son pasivos.

Conclusiones

Flexibilidad y adaptabilidad: Las píldoras formativas permiten a los mandos intermedios acceder al contenido de aprendizaje de acuerdo con sus horarios y necesidades individuales.

Enfoque práctico y aplicado: Se centran en temas específicos y prácticos, lo que permite adquirir conocimientos y habilidades directamente aplicables a su trabajo diario.

Actualización y reciclaje de conocimientos. Proporciona información actualizada y relevante sobre las mejores prácticas y las últimas investigaciones en enfermería.

Limitaciones de profundidad y contexto: Algunos temas complejos pueden requerir un enfoque más detallado y una interacción más personalizada.

Complementariedad con otros métodos de formación: es importante combinar este enfoque con otras estrategias como cursos presenciales, talleres o programas de mentoría.

ATENCIÓN INTEGRADA CENTRADA EN LA PERSONA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

ANA PARALLÉ RUIZ DE AGUIRRE

HOSPITAL GÓRLIZ// PAÍS VASCO

ID: 17684

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La humanización, la atención holística centrada en la persona y la familia, la excelencia en cuidados y la seguridad de pacientes son un compromiso de nuestra organización, con la mirada puesta en lograr los mejores resultados en salud y en la mejora continua.

El equipo multidisciplinar de este proyecto, está implantando acciones en pacientes ingresados en rehabilitación con el objetivo de establecer relaciones terapéuticas entre profesionales y personas, que aborden de modo holístico e integral la globalidad de la persona, para mejorar los resultados clínicos, la satisfacción y la experiencia, resaltando que la atención se centra en la persona como individuo único y no sólo en su estado o enfermedad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos y acciones

1. Mejorar la coordinación entre servicios y profesionales personalizar y unificar la atención, y contribuir a una mayor seguridad en el proceso.
 - Estructuración de las reuniones diarias de planta: usando un guion para favorecer la participación de todos los profesionales, con tiempos específicos para cada disciplina y área de intervención, favoreciendo la comunicación interprofesional y optimizando el tiempo de reunión
 - Transformación de la pizarra de planta en una herramienta visual, con la información centrada en la persona y sus necesidades. Facilitando el intercambio de información interdisciplinar. Sirviendo de apoyo en las reuniones diarias como factor clave en la unificación de la atención para todo el equipo
 - Creación de una aplicación que recoge los objetivos de la rehabilitación y la agenda de terapias, integrando la terapia en la unidad y compartiendo los objetivos con la familia
2. Promoción de la autonomía y participación del entorno de la persona en sus propios cuidados.
 - Mejorar y unificar la información que se da y se recoge durante el ingreso y días posteriores. Es un momento de mucho valor en el proceso, tanto para pacientes ya que les facilita comprender en qué fase del proceso se encuentran, como para profesionales, que nos sirve para identificar qué expectativas y qué necesidades tiene cada persona y así elaborar un plan de atención más ajustado a su realidad.
 - Valoración integral personalizada, en el momento del ingreso y en un 2º momento para valorar áreas más sensibles
 - Promover la comunicación e interrelación profesionales-pacientes-familias, mediante una formación-mentoring en comunicación individualizada
 - Planificación del alta con formación previa a pacientes y familiares, a pie de cama y en escuela, con participación multidisciplinar

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La percepción del equipo es satisfactoria en cuanto a la información de la pizarra de atención individualizada, la estructura de las reuniones y la información al ingreso. Además, observamos mayor consenso en la atención ya que facilita la escucha desde diferentes perspectivas.

Durante este año se continuará con el despliegue de otras acciones y la evaluación continua.

SISTEMA DE COMUNICACIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE CIRCUITOS DE ALTAS, TRASLADOS E INGRESOS HOSPITALARIOS

MARTA CUARESMA GIRÁLDEZ; ALBERTO MORENO CONDE; JESÚS MORENO CONDE; SAMUEL SALAS FERNÁNDEZ; CLARA LEBRATO VÁZQUEZ; CARLOS MÍGUEZ SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA// ANDALUCÍA

ID: 17724

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La utilización de nuevas tecnologías para la optimización de los circuitos de hospitalización puede suponer una mejora en la eficiencia de la gestión de pacientes del centro, así como mejorar la percepción de los pacientes y profesionales acerca de los procesos de traslados de pacientes de urgencias, observación y alta en el hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este proyecto es la adaptación de nuevas tecnologías y metodologías innovadoras para mejorar la gestión de los circuitos hospitalarios de altas, traslados e ingresos de pacientes.

Como punto de partida del proyecto, se realizó un análisis preliminar sobre el proceso asistencial asociado a los traslados de pacientes. Un conjunto de sesiones con todo el personal involucrado en los procesos de urgencias, observación, traslado a planta y alta de los pacientes que nos permitió analizar las necesidades y problemas no cubiertos. En base a ello, se establecieron una serie de líneas principales de actuación, entre las cuales estaba la incorporación de nuevas tecnologías orientadas a facilitar la comunicación entre los diferentes actores implicados en el proceso de ingresos, traslados y altas de pacientes.

Con ese fin, se ha desarrollado un sistema que permite controlar la situación de los pacientes en tiempo real, así como la gestión del estado de las camas del hospital. Se compone de los siguientes módulos:

- Una aplicación móvil para el paciente a la que accede escaneando un código QR situado junto a la cama y que le permite notificar el momento en el que deja la habitación, una vez le han dado el alta hospitalaria. Además, la aplicación incluye información que puede consultar durante su hospitalización.
- Una aplicación móvil para el personal de limpieza en la que se le notifica qué camas han quedado libres pendientes de su actuación y a su vez, les permite informar de cuáles han dejado preparadas.
- Un cuadro de mandos para el personal de enfermería en el que pueden controlar el estado de los pacientes y/o camas del área, y la actividad del personal de limpieza.
- Un cuadro de mandos específico para el personal de admisión con información en tiempo real sobre el estado de los pacientes y puestos de cada área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, el sistema desarrollado se está implantando de forma escalonada en las diferentes áreas del hospital. Este proyecto se propone como una iniciativa de mejora continua en nuestro centro por lo que, en base a los indicadores de calidad del proceso de traslado de pacientes de urgencias, observación y alta hospitalaria, se realizará un análisis sobre el impacto directo de las medidas implantadas. De este modo, se podrá identificar y cuantificar de forma realista las medidas adoptadas, permitiendo así la adaptación del sistema para la optimización de los circuitos específicos de cada área.

APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NEFROLOGÍA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE CC.AA

NICOLAS FERNANDEZ¹; AIDA VILLARROEL²; DIANA SILVESTRE³; CRISTINA PARDO⁴; ALFONSO DEL BOSQUE⁵; AITZIBER IZARRA⁶

¹ASTRAZENECA. ANDALUCÍA, ²ASTRAZENECA. PAÍS VASCO, ³ASTRAZENECA. ARAGÓN, ⁴ASTRAZENECA. REGIÓN DE MURCIA, ⁵ASTRAZENECA. CANARIAS, ⁶ASTRAZENECA// CATALUÑA

ID: 13981

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) tiene una prevalencia del 10-15% entre la población española. En sus primeros estadios es una enfermedad silenciosa y, en todos ellos, está infradiagnosticada. Además, es cada vez más prevalente en sus estadios más graves. Por todo ello, recientemente se ha publicado un documento de consenso –Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica– a nivel nacional sobre el manejo del paciente con ERC. Pero hasta la fecha no existen estudios que valoren la aplicabilidad de las recomendaciones de dicho consenso en la práctica clínica en España.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es analizar el grado de aplicabilidad de las principales recomendaciones del consenso en las distintas comunidades autónomas (CCAA), analizando similitudes y diferencias entre las mismas, y destacando en qué aspectos cabe mejorar. El estudio está basado en las percepciones y valoraciones obtenidas en la discusión sobre la aplicabilidad del consenso por 176 nefrólogos durante 11 reuniones de educación médica en 11 CCAA. Los nefrólogos valoraron cada aspecto con ‘nada’, ‘poco’, ‘bastante’ o ‘mucho’. Sus valoraciones se normalizaron en una escala de 1 (‘nada’) a 4 (‘mucho’). A partir de las medias obtenidas por cada CCAA se elaboró una media nacional para cada aspecto, señalando el nivel de dispersión entre CCAA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Todas las CCAA coinciden en que la ERC está infradiagnosticada. En Madrid es donde se considera que hay más infradiagnóstico, y en Murcia donde hay menos.

En cuanto al cribaje de pacientes con ERC, todas las CCAA coinciden en que la detección rutinaria de albuminuria en los pacientes con ERC en Atención Primaria es escasa. En la mayoría de CCAA se considera que solo se realiza en un 25-50% de pacientes. Sin embargo, en Aragón y Cataluña se analiza en menos del 25% de pacientes.

Por lo que respecta a la derivación a nefrología, Murcia es la CCAA que más se ciñe a las recomendaciones, mientras que Castilla y León y Castilla-La Mancha son las que menos lo hacen. Además, en Castilla-La Mancha la mayoría de nefrólogos considera que no se hacen consultas virtuales con nefrología cuando surgen dudas, mientras que en Castilla-León, Baleares y Madrid se hace poco. En el resto de CCAA se hace bastante.

En cuanto al tratamiento, existe consenso intercomunitario sobre la voluntad de usar en pacientes con ERC iSRAA + Dapagliflozina desde el inicio. La CCAA donde menos se seguirían estas recomendaciones es Madrid, y donde más se seguirían es en la Comunidad Valenciana y Andalucía.

Los resultados de este estudio muestran que la práctica clínica no concuerda con lo establecido en el consenso en referencia al cribaje de pacientes con ERC y la derivación a nefrología. Esta información podría servir para ayudar a focalizar los aspectos a mejorar, valiéndose de guía a futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes con ERC.

UEFO: UNIDAD DE EJERCICIO FÍSICO ONCOLÓGICO

ENRIQUE CONESA SEGURA¹; FULGENCIO MARTÍNEZ MUÑOZ¹; FRANCISCO RODRIGUEZ JIMÉNEZ²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ²COMPLEJO HOSPITALARIA UNIVERSITARIO DE CARTAGENA. REGIÓN DE MURCIA

ID: 14591

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La alta incidencia de cáncer, sumado a la prevalencia creciente gracias a las mejoras terapéuticas. Hace que nos veamos obligados a buscar nuevas estrategias para la mejora de las terapias, las secuelas, así como de la calidad y la esperanza de vida de estos pacientes.

La evidencia científica obtenida en los últimos años nos muestra como el trabajo de fuerza y por ende de hipertrofia muscular, produce una mejora de la composición corporal, limita la toxicidad de los tratamientos, aumenta la supervivencia, disminuye las recidivas y mejora la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Actualización en las técnicas físicas y terapéuticas para la puesta en marcha de una unidad de ejercicio físico oncológico en la sanidad pública.

Búsqueda bibliográfica utilizando los términos “resistance” “exercise” “cáncer” “physical activity”, que tras la lectura de título y resumen, serán seleccionados los metanálisis, las revisiones bibliográficas, y estudios clínicos que tengan relevancia con el tema.

Así mismo se realizará un dossier, con el material necesario para la puesta en marcha de la unidad y la obtención de datos clínicos para el análisis posterior de nuestros propios resultados.

Presentación de la unidad a distintos servicios relacionadas con pacientes oncológicos para que bajo criterio médico, los pacientes susceptible de poder realizar un plan de entrenamiento físico, sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Puesta en marcha de la Unidad de Ejercicio Físico Oncológico.

Primera consulta del paciente con uno de los fisioterapeutas que forman parte del equipo de esta unidad, para evaluar el nivel de condición física previa, los síntomas que presenta el paciente y la calidad de vida. Recogida de datos clínicos y de cuestionarios de valoración del paciente.

Se realizan planes de entrenamiento individuales, específicos, favoreciendo la situación basal del paciente y la calidad de vida de mismos. Se adapta la actividad física de cada paciente. Con un programa de duración mínima de 12 semanas.

Extracción y evaluación de datos.

La puesta en marcha de esta unidad ha tenido como resultado una gran mejora de situación basal de nuestros pacientes, con mejora en su fuerza, equilibrio, actividad física y capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria. Así mismo se han visto mejoras en la tolerancia de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Hemos podido observar la gran mejora de pacientes que altamente afectados por sus afecciones han recuperado capacidades que se estimaban como secuelas de sus enfermedades o del los tratamientos curativos altamente agresivos a la par que imprescindibles.

El ejercicio físico terapéutico bien indicado, controlado y supervisado por fisioterapeutas, en un entorno seguro hospitalaria produce efectos altamente beneficiosos a los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer en cualquiera de sus fases. Diagnóstico, tratamientos, paciente terminal o supervivencia.

ATENCIÓN AL DUELO EN COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

MAITE FRANCO¹; ALBA SANDOVAL¹; HUGO BADANI¹; LAURA JOLIS²; AYOUB ANNANOUAS¹

¹PARC SANITARI PERE VIRGILI, ²CAP VALLCARCA//CATALUÑA

ID: 15306

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de los cuidados paliativos y geriatría se acompaña en el proceso de final de vida, en este sentido es importante valorar y realizar intervenciones en el proceso de duelo de aquellas personas y/o familias que lo necesiten y ofrecer continuidad en el seguimiento para poder realizar atención precoz en caso de desarrollo de duelo patológico.

En nuestro centro se observó que para la atención durante el proceso de diagnóstico existía un proceso de atención claro y efectivo, pero, una vez se producía el éxitus del paciente, no había un circuito que nos asegurara la continuidad asistencial de los familiares en riesgo de duelo patológico. Por esta razón se diseñó un nuevo proceso de intervención en la atención al duelo del centro involucrando a todos los dispositivos del centro (unidades de hospitalización, PADES y Hospitalización a domicilio) y a la Atención Primaria(AP)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Implementar un proceso de atención al duelo patológico que asegure la continuidad asistencial Estudio cuasi-experimental mediante una prueba piloto en colaboración con el CAP Vallcarca.

Los familiares detectados en cualquier dispositivo de Hospitalización Intermedia (unidades asistenciales, PADES, Hospitalización a domicilio) serán derivados al referente de bienestar emocional del centro de atención primaria de referencia, con el objetivo de realizar una atención precoz y un seguimiento de los casos de duelo complicado.

Para el estudio se identificaron 20 familiares/cuidadores que tenían de referencia el centro de atención primaria participante durante un período de tres meses mediante un documento informatizado enviado a través de la historia clínica. El resto de familiares detectados se derivaron a su centro de AP mediante un documento de valoración pero no se incluyeron en el análisis del estudio piloto.

Una vez recibido el aviso en AP, el referente de bienestar emocional (figura introducida en 2022 en los equipos de AP para la gestión y soporte de los casos de salud mental) se pone en contacto con el familiar valorado para realizar la intervención más adecuada en cada caso:

- Valoración de riesgo de duelo patológico
- Terapia grupal
- Seguimiento junto con el equipo de atención primaria de referencia

Una vez aceptada la participación en el estudio se realizó seguimiento por parte de su equipo de atención primaria y el referente de bienestar emocional del centro.

Variables de estudio

1. escala de duelo patológico: antes y después de la intervención.
2. escala de valoración de ansiedad y depresión: escala Goldberg.
3. nivel de satisfacción con la atención recibida

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultados preliminares se podría determinar que la coordinación entre niveles asistenciales ayuda en la prevención del desarrollo duelo patológico reforzado por los nuevos roles profesionales incorporados en la Atención Primaria y la coordinación entre niveles asistenciales (proyecto en fase de recogida de datos).

DIAGNÓSTICO PRECOZ EN DERMATOLOGÍA. USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y e- CONSULTA CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

MARIA CLAUDIA TÉLLEZ BARRAGÁN¹; JUANA MARÍA MOLINA RAMOS²; ANA LAURA LAFRAYA PUENTE¹; ISABEL POLIMON OLABARRIETA²; EMMA GIL HIGES³; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ²

¹C.S.DR.LUENGO RODRÍGUEZ, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, ³C.S ARROYOMOLINOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17254

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera para confirmar el diagnóstico de una lesión de piel van en aumento, debido al incremento de las lesiones que son derivadas desde Atención Primaria al Servicio de Dermatología. En dicho tiempo de espera, las lesiones malignas pueden experimentar un cambio importante que puede cambiar el rumbo de su pronóstico y tratamiento. Por ésta razón es necesario aligerar la lista de espera de Dermatología Hospitalaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Proponemos la utilización de la telemedicina para la valoración de lesiones pigmentadas dermatológicas. Las imágenes clínicas y dermatoscópicas se enviarán desde Atención Primaria para ser revisadas y valoradas por el servicio de Dermatología con el propósito de reducir el tiempo de respuesta y así, ofrecer un tratamiento precoz para las lesiones que puedan ser sospechosas. Para ello, los Centros de Salud, han sido provisionados con dermatoscopios y correspondientes cámaras fotográficas. Se impartió formación dirigida a los Médicos de Familia para ser adiestrados en el manejo del dermatoscopio, y envío de imágenes de lesiones en estudio. Asimismo se ha instalado en el portal electrónico del SERMAS, indicaciones cortas, breves y claras de los procedimientos a seguir para compartir las imágenes de la lesión con dermatólogos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aportar una imagen dermatoscópica a la imagen clínica, permite diferenciar entre lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y a su vez, las lesiones benignas de aquellas sospechosas que necesitan ser vistas con prioridad. Algunos estudios concluyen que la sensibilidad para el diagnóstico con la e-consulta es del 100% y la especificidad sube del 76 al 85% si se añade una imagen dermatoscópica. La lista de espera para concertar cita con el dermatólogo es aproximadamente de 5 meses. En contraposición, con la telemedicina, el Servicio de Dermatología ofrece un diagnóstico en menos de 3 días. Esta situación, permite el cribado de aquellas lesiones que deben ser vistas o extirpadas de manera preferente, evitando los retrasos en el diagnóstico y tratamiento que supondrían un empeoramiento en el pronóstico

Con el uso de la e-consulta con imagen dermatoscópica:

- Se envían imágenes de calidad, que pueden ser valoradas por el dermatólogo, y se contribuye al diagnóstico precoz del melanoma.
- Se moviliza la agenda, evitando obstrucción de citas con lesiones benignas que pueden recibir un tratamiento sin premura
- Se ofrece tratamiento rápido y oportuno a las lesiones con sospecha de malignidad.

RECETA ELECTRÓNICA: UNIENDO LA ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

PEDRO ABAD REQUEJO¹; LETICIA GÓMEZ DE SEGURA IRIARTE²; SONIA DÍAZ PÉREZ³

¹HOSPITAL DEL ORIENTE, CONSEJERÍA DE SALUD, ²CONSEJERÍA DE SALUD, ³SSCC SESPA/// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 17398

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Receta Electrónica (RE) es un recurso informático a disposición de los profesionales de Atención Primaria (AP) y desde Mayo de 2020 de los profesionales Hospitalarios, con la particularidad de que estos solo podían hacer recetas agudas, es decir hasta 90 días.

En los últimos años, la sobrecarga asistencial de los profesionales de AP obligó a considerar opciones de mejora y nuevos desarrollos de la herramienta de RE en los hospitales, de manera que se puedan prescribir recetas crónicas y a demanda.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En el último trimestre de 2022 se implantó en todos los centros hospitalarios una ampliación del Módulo de RE, dentro de su HCE, que permite crear recetas crónicas y a demanda, completamente integrado con la RE de AP. Se dio formación específica "on line" por TEAMS.

Además el módulo de RE en SELENE incorpora mejoras para favorecer el uso y su integración con la hoja de prescripción hospitalaria: avisos, botones de búsqueda diferenciada por marca comercial, principio activo, agrupaciones, fármacos, productos sanitarios, fórmulas magistrales, no financiados o extranjeros. También ayudas funcionales como la integración de la Gestión de Visado, Historial de Dispensaciones, Plantillas, Favoritos, Conciliación terapéutica al ingreso y al alta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde Enero de 2023 se aprecia un incremento progresivo en el uso de la Receta Electrónica Crónica por parte de los hospitales, alcanzando el 16 % de todas las recetas crónicas en los 3 primeros meses del año. Este incremento es variable entre los centros, destacando las Áreas 4 y 6 por ser los centros en los que primero se implantó, si bien en los meses de febrero y marzo el incremento es mayor en Áreas como la 3 o la 8. En todo caso este incremento se debe a la implicación de los profesionales, sin duda.

Por especialidad, Salud Mental es la más destacada siguiéndole de cerca Medicina Interna como especialidad de referencia en pacientes crónicos complejos junto con Neurología, Cardiología, Neumología y Endocrinología como especialidades con mayor número de prescripciones en pacientes crónicos.

Conclusiones

- La Receta Electrónica es una de las herramientas informáticas mas importantes en nuestro trabajo diario junto con la Historia Clínica Electrónica. En Asturias, la RE es única, está integrada en la propia HCE, es interoperable con el resto de las Comunidades Autónomas y próximamente existirá interoperabilidad con Europa. Además, recientemente se ha integrado en Mi Astursalud, nuestra carpeta de salud, aportando una nueva manera de relacionarnos con el paciente y de facilitarle información respecto de sus tratamientos activos.
- La implantación del módulo de Receta Crónica y a demanda en hospitales está consiguiendo reducir el número de usuarios que acuden a Atención Primaria para obtener una receta crónica de un tratamiento ya prescrito. Por otra parte, al estar integrada con la HCE en la mayor parte de los hospitales (SELENE) facilita sinergias en el uso y mejoras para el paciente y el profesional.

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE AP A HOSPITAL CON Y SIN RESIDENTE. ¿HAY DIFERENCIAS? PARECE QUE NO

ENRIQUE JOSÉ CASADO GALINDO¹; JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ GARCÍA²; MARTÍN LÓPEZ MARÍN¹; JUANA DOLORES VALERO MORENILLA¹; ROQUE MARÍN SORIA¹; LUIS ANTONIO CARMONA PEDROSA¹

¹EAP LORCA SAN DIEGO, ²SUAP LORCA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17419

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las derivaciones desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria son un aspecto relevante de la calidad asistencial. Existe la creencia que la calidad asistencial de los cupos docentes es superior a la de los cupos que no lo son, y que la presencia de residentes mejora muchos aspectos de esta asistencia. La calidad de las derivaciones puede ser: formal (la cumplimentación del documento), percibida (la que evalúa el receptor sobre la idoneidad de la derivación) y cuantitativa (estima la tasa de derivación). Hemos comparado las derivaciones realizadas durante 4 meses en 2 periodos similares con la diferencia de un año, en el primer periodo las derivaciones han sido realizadas solo por el tutor, en el 2º periodo han sido realizadas por el tutor y un residente de 4º año, incluido un mes que pasa la consulta solo

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Analizar las diferencias entre las derivaciones, en un mismo periodo de tiempo y estación, por el tutor y el siguiente por el tutor más un residente de 4º año. Identificar las áreas en las que existen más diferencias en las derivaciones.

Metodología

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico. Se han analizado los datos obtenidos de PIN (Portal Inteligencia Negocio) correspondientes a las derivaciones realizadas en un cupo de AP durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2022 y los mismos de 2023. Las especialidades analizadas han sido 33. Análisis con SPSS y se han comparado las medias de ambos periodos en cada especialidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han analizado derivaciones a 33 especialidades en 2 periodos distintos. En el 1º periodo de 4 meses: 217 derivaciones, 262 en 2º. En el periodo de 2022 las 3 con más derivaciones fueron Urgencias(25), Gine (16) y Endocrino(14); en 2023 fueron Fisio (30), Otorrino(24) y Urgencias(23). En el 2º periodo hubo 15 especialidades con un mayor número de derivaciones. Comparando los dos periodos las diferencias mayores fueron: Fisioterapia(+19 en 2º periodo), Otorrino(+12 en 2º periodo) y Traumatología(+10 en 2º periodo). Sólo hay diferencias significativas entre los dos periodos en las derivaciones a Fisioterapia (p 0,19) y Psicología (p 0,14). CONCLUSIONES: A pesar de la creencia que los cupos con residentes suelen prestar asistencia de mayor calidad, en nuestro estudio no hemos sido capaz de demostrarlo. Si bien en el periodo conjunto tutor-residente hay más derivaciones en términos absolutos y se derivan más pacientes a más especialidades, solo es significativa en dos de las 33. Posiblemente una muestra mayor o un periodo más prolongado hubiera podido alcanzar significación en más derivaciones y en más especialidades. Con estos datos no podemos demostrar que los cupos atendidos por residentes y tutores sean diferentes en las derivaciones, y una posible explicación que el perfil profesional del tutor determina la calidad asistencial del residente, que adquiere o refleja el perfil del “maestro”. Y, por tanto, el ser tutor es lo que determina la calidad asistencial del cupo.

AVANZANDO EN UN MODELO TRANSVERSAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: INTEGRACIÓN ENTRE NIVELES

MARIA LOURDES CLOTAS SANCHO¹; JORGE ALFREDO DELAGNEAU GONZALEZ¹; ANNA CORTIELLA MASDEU¹; EUGENIA SONIA SOPENA BERT²; TERESA MARIA CANELA ARMENGOL¹; OLGA AUBIA VILANOVA³

¹INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT., ²HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLI (GIPSS), ³HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII// CATALUÑA

ID: 17759

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El aumento de esperanza de vida, permite vivir más aunque no siempre con la calidad deseada. Es necesario adaptar los cuidados del paciente frágil PCC, con un modelo multidimensional, realizando una valoración geriátrica integral, dando continuidad a la atención entre niveles asistenciales, con planes de cuidados individualizados y compartidos.

El Departament de Salut propone crear unidades funcionales o figuras para integrar Atención Primaria, Hospital de agudos, Atención intermedia, y paliativa, teniendo en cuenta las características de cada territorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Adaptar el Plan Estratégico de Atención al Paciente geriátrico y Paliativo del Departament a nuestro ámbito, optimizando los recursos de que disponemos, para dar una atención de calidad al PCC.

Metodología

Creación de la figura de un director clínico de cronicidad transversal, encargado de promover un modelo de atención integrada.

Creación de la “comisión de cronicidad” formada por profesionales de cada dispositivo, liderada por el director para implementar las acciones priorizadas.

Análisis de la situación basal y mapa de recursos actuales del territorio. Revisión de la cartera de servicios destinada al PCC de cada dispositivo.

Realización de una jornada de reflexión, para revisar nuestras líneas estratégicas y priorizar proyectos y áreas de mejora.

Análisis DAFO para redefinir las funciones de una herramienta propia transversal que coordina la derivación desde primaria al dispositivo para PCC adecuado a cada caso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- Población identificada, 5345 pacientes etiquetados como PCC y 476 con cronicidad avanzada (MACA)
- Recursos asistenciales mapeados y con cartera de Servicios destinados al paciente crónico complejo actualizada en, Atención primaria, Hospital de agudos terciario hospital de Atención intermedia, equipos de paliativos i consultas externas de geriatría y paliativos Trabajadores sociales
- Identificación de áreas a mejorar en la oficina de coordinaciones de atención a la cronicidad
- 12 patologías son identificadas como las que originan mayor demanda de atención en nuestro territorio por descompensación en el PCC.

Conclusiones

Se decide adaptar las líneas estratégicas del proceso clave de atención a la cronicidad compleja a la propuesta por el Departamento.

Se propone realizar rutas de atención integrada en las patologías más prevalentes que provocan demanda de recursos asistenciales, adaptando a grado de complejidad, incluyendo final de vida.

Se identifican a partir del mapa aquellos recursos a optimizar para garantizar atención 7x24 al paciente en el dispositivo más adecuado, con el objetivo de favorecer atención en el domicilio i evitar visitas innecesarias a urgencias del Hospital de agudos.

Se trabajará un cuadro de indicadores clave territorial para medir los resultados en salud y avance de las propuestas.

UNIDAD DE URGENCIAS GERIÁTRICAS. MEJORANDO LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE MAYOR EN URGENCIAS

JOSÉ LUTER LLANQUE CALLATA; MARTHA CHOQUEHUANCA LEON; VIRGINIA YUSTE PORR; MARÍA ROSA CARRILLO RODRIGO; MARÍA HERRERA ABIAN; MARCO ANTONIO CASTILLO

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17780

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La atención del paciente mayor en el servicio de urgencias por una unidad de geriatría permite realizar una valoración global del anciano con enfermedad aguda, mejorando la atención de esta población, en el modelo de atención de este hospital se realiza además seguimiento tras el alta para asegurar la adherencia al tratamiento, la continuidad de cuidados, disminuir reingresos o visitas a urgencias evitables.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

El objetivo del presente estudio fue describir las características de los pacientes, el destino al alta hospitalaria y el seguimiento realizado de forma conjunta entre la Unidad de Geriatría de Urgencias (UGU) y el Equipo de Continuidad Asistencial de un hospital universitario.

Método

Se utilizó un diseño observacional descriptivo retrospectivo. Los datos médicos se recogieron de la base de datos electrónica médica, desde el 1 de noviembre de 2022 hasta el 31 de abril de 2023. Se recogieron datos de edad, procedencia, estado funcional con índice de Barthel (IB) basal, cribado de delirium con el Confusional Assessment Method (CAM), motivo de consulta, alta hospitalaria y seguimiento tras el alta hospitalaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se registraron 560 valoraciones. La edad media de los pacientes fue de 87,5 años, el 64,5% eran mujeres; lugar de procedencia domicilio 56%; la media del IB fue de 52 puntos; el CAM fue positivo en el 55%; los motivos de consulta fueron: síntomas respiratorios 31%, síntomas cardiovasculares 20%, síntomas infecciosos 14%, síntomas gastrointestinales 8%, deterioro del estado general 8%, y otras causas 19%; el destino al alta hospitalaria, altas directas 76%, hospitalización a domicilio 10%; hospitalización virtual 5,5%, hospital de día 3%, geriatría externa 5%, y seguimiento en atención primaria 52,3%, ingreso hospitalario en el 24%, desingresos en 47 pacientes con ingreso cursado, llamada de seguimiento de pacientes dados de alta de forma directa con un total de 416 intervenciones a 297 pacientes.

Conclusiones

Los pacientes que fueron valorados en la Unidad de Geriatría de Urgencias, tras la gestión del caso, se derivaron a diferentes niveles asistenciales adaptados a su situación. Además, se aseguró el seguimiento tras el alta, a través de continuidad asistencial con intervenciones coordinadas para la mejor atención del paciente. Con este modelo de atención se garantiza la optimización de los recursos disponibles en todos los niveles asistenciales y aumenta la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

MODELO ASISTENCIAL EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO: MODELO BASADO EN LA COORDINACIÓN, UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS (U

VERÓNICA BARBERO BLANCO¹; ANA CHAPARRO LÓPEZ¹; DIEGO MARTIN CARO ALVAREZ¹; TERESA GOMEZ PINO¹; MARIA SOLEDAD OCHANDORENA JUANENA²; CAROL ZAMUDIO RODRIGUEZ¹

¹UAR. COMUNIDAD DE MADRID, ²DANO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15280

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

España se enfrenta a una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa. En las residencias de ancianos esta situación se constata, hay una mayor edad media de los usuarios, así como un aumento de la cronicidad de enfermedades.

Durante la pandemia, la Comunidad de Madrid (CAM) constituye los equipos específicos para la atención presencial a las residencias, llamados Unidad de Atención a residencias (UAR). Son dispositivos asistenciales, encaminados, a optimizar la atención al mayor institucionalizado y evitar o minimizar problemas sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la calidad y seguridad asistencial en los centros socios sanitarios, así como el estado de salud, la autonomía y la funcionalidad de los usuarios. Mejorar la Cobertura de vacunación frente a neumococo y herpes zoster en adultos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de centros sociosanitarios de la Dirección Asistencial Noroeste de la CAM. La población diana fue: paciente mayor institucionalizado, siendo ésta una población total de 11034 residentes que cumplen criterios de inclusión.

Se analizaron edad, sexo, valoraciones integrales, pacientes con nivel de intervención asignado, seguimientos proactivos, plan de cuidados de enfermería y variables relacionadas con la vacunación: estar correctamente vacunado frente al neumococo (VNC 13) y herpes Zoster.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El estudio está compuesto por 7260 mujeres y 3774 hombres haciendo un total de 11034 residentes, con edades entre los 65 y los 102 años, siendo la media de edad de 87,34 años, con una desviación estándar de 8,628

Se han realizado un total de 9605 valoraciones que corresponde al 87,05% del total. A todo paciente valorado se le asigna un nivel de intervención y un plan de cuidados de enfermería.

La distribución de los niveles de intervención en todos los pacientes valorados es de un 8,66% nivel de intervención alto, un 32,34% nivel medio, finalizando con un 58,30% los pacientes con nivel de intervención bajo.

Los pacientes con un índice de Barthel con puntuación menor o igual a 60 y/o pacientes con nivel de intervención alto requieren un seguimiento proactivo mensual. De 9605 pacientes valorados, el 48,01% requieren seguimiento mensual.

Gracias a este seguimiento se detectan signos de empeoramiento, poniendo en marcha todos los dispositivos para mejorar la evolución del paciente, reducir los ingresos hospitalarios, en definitiva, mejorar la morbimortalidad.

Respecto a la vacunación, la cobertura inicial frente al neumococo era de un 51,55 %, procediéndose a vacunar un total de 4007 residentes, consiguiendo una cobertura final de 93,26%.

La vacuna del herpes zoster de reciente incorporación. De un total de 1033 pacientes que tienen indicada la vacunación, se ha vacunado a un 86,06%, mientras un 13,95% ha negado la vacunación.

Estos resultados se han conseguido gracias a la creación de la UAR, que en coordinación con un total de 31 centros de salud y 162 centros sociosanitarios, ha valorado un número elevado de personas institucionalizadas.

CIRCUITO COORDINACION CON RESIDENCIAS, UN NOVEDOSO SISTEMA DE TRABAJO EN UN HOSPITAL COMARCAL DE BAJA COMPLEJIDAD

HERMELINDA LOPEZ TALAVAN¹; RUTH GONZALEZ FERRER¹; DOLORES CASTILLO MUÑOZ¹; YUDIVIA GONZALEZ MIRANDA¹; VIRGINIA MARIA GRACIA LORENZO (1); LUZ DIVINA BARRIOS GARCIA²

¹HOSPITAL DEL TAJO, ²CS DE LAS OLIVAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15307

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida producto de la mejora en la accesibilidad al sistema de salud y al desarrollo tecnológico ha dado lugar a la preponderancia de un tipo de paciente con enfermedades crónicas y en muchos casos empeoramiento funcional, discapacidad y gran dependencia, haciéndoles especialmente vulnerables y requiriendo de atención sanitaria frecuente y en gran medida institucionalización.

El abordaje de este tipo de paciente debe contemplar una atención global y multidisciplinar, así como una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Realizar, con la ayuda del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD), un análisis de los resultados obtenidos tras la implementación del circuito COORDINACION CON RESIDENCIAS en los pacientes institucionalizados >75 años del área de influencia del Hospital del Tajo-Madrid.

Objetivos Específicos

- Evaluar el impacto en la hospitalización de los ancianos institucionalizados.
- Comprobar si se reducen los ingresos hospitalarios.
- Comprobar si se reducen las derivaciones a urgencias.
- Reforzar la Continuidad asistencial y transición entre diferentes niveles asistenciales
- Impulsar un modelo de atención integral de atención y cuidados para personas mayores institucionalizadas.

Se realiza una extracción y análisis de los datos del CMBD de los pacientes ingresados en hospitalización o que acuden a Urgencias de HUT entre 2019 y 2022 con domicilio en CSS para valorar el impacto de las siguientes acciones:

- Incorporación en el año 2020 de un geriatra como figura de enlace entre residencias y el hospital.
- Se establece como figura de apoyo a residencias y nexos con Hospital, un geriatra para consultas clínicas y comunicación 24h al día.
- Desarrollo de circuitos de comunicación eficaz entre los diferentes niveles asistenciales.
- Se establecen protocolos de atención y apoyo al personal sanitario de las residencias con el objetivo de tratar patologías agudas y crónicas en las residencias o en algunos casos derivación urgente al hospital de forma previamente coordinada.
- Implementación de la Planificación al Alta en Hospitalización y servicios de urgencias para seguimiento conjunto en las residencias.
- Acciones para disminuir la polifarmacia: Plan de Conciliación Farmacológica en Red Hospitalaria

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el estudio de los datos del CMBD se objetivó que el año 2020 hubo un incremento significativo de las derivaciones e ingresos hospitalarios respecto al 2019 probablemente atribuidos a la pandemia COVID19 y que tras la consolidación del sistema de trabajo descrito, el número de derivaciones a urgencias y el número de ingresos hospitalarios ha disminuido consecutivamente año a año

El estudio de los datos obtenidos ha permitido demostrar que el CIRCUITO COORDINACION CON RESIDENCIAS ha logrado disminuir la derivación a urgencias, así como el número de ingresos hospitalarios de los pacientes institucionalizados > de 75 años del área de influencia del Hospital del Tajo.

CONTRIBUCIÓN DE UN SERVICIO DE FARMACIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOCIOSANITARIO

MARÍA ANTONIA RODRÍGUEZ MOLINA¹; MARÍA MUROS ORTEGA²; INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍNEZ¹; LIDIA ABELLÁN GUARDIOLA¹; ENCARNA VILLA MORENO¹; CARMEN PILAR VILLA MARÍN¹

¹HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO, ²HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15465

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Nuestro Servicio Regional de Salud lleva a cabo en 2017 el proyecto de Apertura de Depósitos de Medicamentos y Productos sanitarios en centros públicos de Asistencia Social. En nuestra Área se inicia con una residencia de 50 internos. Hasta entonces, los profesionales de enfermería de dicho centro se encargaban directamente de los aspectos relacionados con la medicación, apoyados exclusivamente en el facultativo responsable de la residencia. A través de este proyecto se pretende dar soporte farmacoterapéutico beneficiando directamente a estos usuarios sociosanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro Servicio de Farmacia, elabora un procedimiento normalizado de trabajo para dar cobertura al proyecto de atención sociosanitaria, cuyo objetivo es mejorar el proceso farmacoterapéutico en el centro asignado. Una vez arrancado el proyecto van surgiendo nuevos retos que exigen una comunicación bidireccional entre el Servicio de Farmacia y el personal de enfermería y médico del centro sociosanitario dando como resultado un variado número de problemas distintos cuyas soluciones se discuten adecuadamente y se replantean a los colectivos implicados. Entre estos se hallan los cambios en el stock de medicación del botiquín, el control de las caducidades, los cambios de tratamiento, los errores de medicación y otros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultado se ha implantado un circuito de comunicación continuada a través de un grupo de correo para abordar las distintas situaciones que se van presentando y se tienen en cuenta todas las variables a la hora de implantar nuevas acciones encaminadas a mejorar la asistencia de los residentes sociosanitarios. El servicio de Farmacia del área, actúa como apoyo en la Gestión de los Botiquines de medicación, en las Caducidades de los medicamentos, en la preparación de la medicación semanal por toma de los residentes con doble chequeo, en la preparación de Fórmulas magistrales prescritas, elaboración de cajetines de reserva, dispensación de psicótrópos y estupefacientes, preparación de medicación para salidas de los residentes, conciliación de medicación en las transiciones asistenciales...etc. En conclusión, la atención a los residentes sociosanitarios se ha visto mejorada con la implantación del Proyecto de Apertura de Depósitos de Medicamentos y Productos sanitarios, y se evidencia claramente la importancia de la comunicación para seguir mejorando esta atención.

COSTE DE CELADORES POR SERVICIO: HERRAMIENTA DE VIABILIDAD PARA NUESTRO COLECTIVO

M^a CARMEN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ; M^a AMPARO SERRANO SERRANO; JOSÉ M^a CERVERA GARCÍA; EMILIO LUIS MÍNGUEZ FIDALGO; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14444

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La dotación diaria de cada servicio no es el único indicador de su gasto en cuanto a recursos de celadores. También debe asumir la cobertura de libranzas y absentismos de sus puestos; es decir, el reparto en base a las ratios supone un coste para todas las unidades donde se suministra personal. Esta situación no se suele tener en cuenta a la hora de demandarnos recursos. Con frecuencia se abre un servicio y no se solicita la contratación correcta de celadores.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elaborar e implementar un catálogo mensual detallado de nuestra unidad.

- Desde 2015 se viene realizando un cuadro mensual en Excel donde se relaciona el catálogo completo de celadores con la dotación ofrecida, es decir, su repercusión en los costes de cada unidad.
- Este cálculo se integra en el general de análisis de costes del hospital, al cual contribuimos puntualmente todos los meses.
- Asimismo, se realiza un seguimiento de análisis de costes por servicios que ayuda a argumentar una posible redistribución de personal o necesidades de contratación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Cuando se plantea la apertura de una nueva actividad, planes especiales o pactos de gestión se tiene en cuenta la necesidad de celadores, evitando desequilibrios entre plantilla y actividad por su planteamiento global.
- Clara disminución de conflictos con otros colectivos referidos a la dotación de celadores: 2015: 197 // 2022: 15 ↓ 92,3 %
- Todas las direcciones asistenciales son conocedoras de que nuestro colectivo usa las mismas herramientas de gestión que el resto del hospital.
- La dotación de celadores debe valorarse, como la contratación de personal sanitario.
- Disminución de la demanda de celadores para un nuevo servicio abierto (es decir, a hechos consumados).
- Hay una mayor congruencia entre dotación de celadores y actividad diaria.
- Disminución de solicitudes puntuales poco justificadas. Mayor ajuste de los conceptos de emergencia y urgencia por parte de los sanitarios, dándose respuesta a situaciones urgentes priorizando la actividad con los efectivos del propio servicio, y de forma inmediata desde la Unidad de Celadores para emergencias excepcionales. Ha habido desde entonces una disminución de solicitudes de incrementos de dotación sin justificar a nuestra Unidad: de 287 en 2015, se ha bajado a 61 en 2022.
- Nos ha permitido visibilizarnos, mostrando que somos un activo más en la gestión del hospital.
- Este equilibrio ha hecho viable la gestión de nuestro colectivo.

EXPERIENCIA DE UTILIZACIÓN DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

ÁNGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMÍREZ¹; MARIA DOLORES CÓRDOBA SOTOMAYOR²; ALBERTO GÓMEZ GIL²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN// ANDALUCÍA

ID: 15394

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Analizar la experiencia de uso de dalbavancina, atendiendo a su efectividad y seguridad, en condiciones de práctica clínica real. Dalbavancina es un bactericida lipoglicopéptido, restringido en nuestro centro al tratamiento ambulatorio de infecciones por bacterias gram-positivas multirresistentes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes tratados con dalbavancina en nuestro centro desde su comercialización hasta diciembre 2021.

De la historia clínica DIRAYA® y la farmacoterapéutica PRISMA® se recogió: edad, sexo, comorbilidades, localización de infección, microorganismo aislado, dosis, pauta posológica, duración tratamiento.

Se valoró la efectividad en la revisión médica tras finalizar tratamiento (clínica ausente y cultivos negativos). La seguridad mediante los eventos adversos registrados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

15 pacientes fueron estudiados.

La edad mediana fue 71 años (6-82) y 14 (93,3%) fueron hombres. Las comorbilidades más habituales fueron: hipertensión arterial, 9(60%); dislipidemias, 9(60%), enfermedad cardíaca, 8(53,3%), diabetes mellitus tipo 2, 6(40%), tumores malignos,

4(26,7%), enfermedades reumatológicas, 4(26,7%), insuficiencia renal, 2(13,3%).

Los diagnósticos que indicaron el tratamiento fueron: endocarditis aguda sobre válvula nativa: 3(20%), y sobre válvula protésica o marcapasos permanente: 4(26,7%), infección de la piel y partes blandas: 2(13,3%), osteomielitis: 2(13,3%), infección de prótesis de rodilla-cadera: 3(20%), neumonía por *S. aureus*: 1(6,7%).

Los microorganismos aislados fueron: *Staphylococcus epidermidis*: 6(40%), no identificado: 1(6,7%), *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible: 3(20%), *Enterococcus faecalis*: 3(20%), *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente: 2(13,3%).

Las razones para cambiar a dalbavancina fue la simplificación de la terapia para tratamiento ambulatorio en 10 casos(66,7%) y el fallo con antibiótico previo en 5(33,3%).

La pauta y la duración del tratamiento fue variable. Las dosis de inicio entre 1000 y 1500 mg, y de mantenimiento entre 1500, 1000 y 500 mg, con un intervalo que varía entre los 7, 15 y hasta 30 días. Con número de dosis entre la dosis única, y las 16.

Tras finalizar el tratamiento, 9 pacientes (60%) han tenido resultado clínico exitoso, 2(13,3%) han experimentado mejoría sintomatológica, y otros 2(13,3%) sin mejoría. Un paciente falleció por comorbilidad y otro continúa tratamiento.

Se han reportado 3 eventos adversos: gastrointestinales (dolor abdominal, estreñimiento) 2(13,3%) y aftas oral 1(6,7%).

Observamos gran variabilidad en dosificación y duración del tratamiento. Puede deberse al uso de dalbavancina como terapia secuencial en muchas de las indicaciones, aprovechando su larga vida media.

Dalbavancina representaría una forma eficiente, segura y ventajosa para el complejo tratamiento de infecciones por bacterias gram-positivas multirresistentes permitiendo acortar la estancia hospitalaria, aunque futuras investigaciones estandarizarían dosis y duración de tratamiento óptimas.

IMPACTO MENTAL Y CVRS EN PACIENTES CON SCA QUE INGRESAN EN UCI

MARIA INMACULADA DEL SAZ CAJA¹; AITOR GÓMEZ GUILLÉN¹; ANA BELÉN VILLAESCUSA GUILLAMÓN¹; JOSE EUGENIO MARTÍNEZ ABRIL¹; CRISTINA GARRE DÍAZ¹; MARÍA ÁNGELES ABAD MATEO²

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15499

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En 2022 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte, estando en segundo lugar las enfermedades isquémicas de corazón. Los SCA tienen naturaleza compleja y multifactorial donde cobran importancia los factores psicológicos tanto en el desarrollo como mantenimiento de los mismos, conllevando además repercusiones sobre la CVRS al suponer deterioro sobre su salud en general y también en los que respecta a la esfera emocional o social. La ansiedad en pacientes cardíacos se asocia a mayor número de complicaciones y peor control del dolor.

Comprender la CVRS de los pacientes es importante, ya que nos va a permitir mejorar los síntomas y problemas derivados de la enfermedad que padecen y ser predictor del éxito del tratamiento.

Los pacientes con SCA precisan ingreso en UCI, siendo un servicio que debido a la complejidad y especialización del mismo confieren alto nivel de estrés. Los pacientes al alta de UCI pueden padecer el Síndrome Post Cuidados Intensivos conllevando repercusiones sobre su CVRS.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar la prevalencia de morbilidad psicológica ansiosa-depresiva los pacientes con SCA que ingresan en UCI. Valorar el impacto sobre la CVRS.

Metodología

Estudio analítico observacional de corte transversal. 50 pacientes que ingresan en UCI de tercer nivel en la R. Murcia por SCA. Variables estudiadas mediante: Hoja de datos sociodemográficos y antecedentes médicos; Escala de ansiedad-depresión HADS; Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI-R; Escala Estado de ánimo y EuroQol-5D.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En cuanto a malestar emocional (HADS) relacionado con la ansiedad, el 40% presentaban ansiedad de manera subclínica/clínica y el 32% depresiva.

Atendiendo al cuestionario STAI-R, en el que se identifica rasgo de ansiedad, el 56% de los pacientes no presentan alteración frente al 42% que sí.

En el cuestionario de Estado de ánimo presenta mayor deterioro el dominio "ansiedad y nerviosismo" con una media de 4,06(DE 3,24).El 46% presentan puntuación >5.Aunque el dominio "malestar general" presenta una media de 3,84(DE 3,27),el 48% de los pacientes presentan >5puntos.El dominio "estado de ánimo deprimido" fue valorado con puntuación >7 por el 18% con media de 2,94(DE3,06).

EQ-5D global con media 8,34(DE 2,35); dominio más deteriorado el de "movilidad" con media 1,92(DE 0,88).EVA de EQ-5D media de 57,60(24,97). 20% refiere percibir su "salud hoy" "igual" que los últimos 12meses y el 54% "peor". Los dominios que presentan "algunos/muchos problemas" son el de "movilidad" con 58% seguido de "ansiedad/depresión" con el 56%.

Conclusión

En los pacientes con SCA ingresados en UCI, predomina la prevalencia de estados de ansiedad evaluadas por las escalas HADS y Estado de ánimo.

La CVRS presenta una valoración media-alta a favor de manifestar "algunos/muchos problemas" siendo los subdominios de "movilidad" con 58% seguido de "ansiedad/depresión" con el 56%. Una mayoría de los pacientes refieren percibir su salud peor que si la comparan con los últimos 12meses.

INNOVACIÓN EN EL MANEJO DE LA SEDACIÓN EN UCI: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN INHALATORIA

MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ; MIRIAM NOMDEDEU FERNÁNDEZ; SARA VICTORIA PÉREZ PIÑERO; DAVID JIMÉNEZ MEDINA; JESÚS CAMPOS ALBERT; GABRIEL ESTEBAN QUINTANA BURGOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17682

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La sedación es un procedimiento de vital importancia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), permite la adaptación a terapias que resultan incómodas y desagradables. Se puede llevar a cabo mediante fármacos vía endovenosa o inhalatoria. En los últimos años el uso de los agentes inhalatorios se está incorporando a los Cuidados Intensivos debido a múltiples beneficios asociados a su uso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Abordar paso a paso la introducción de sedación inhalatoria en UCI de forma clara y exitosa para el personal sanitario.

Material y métodos

Nos encontramos ante un estudio descriptivo cuyo ámbito de aplicación es una Unidad de Cuidados Intensivos perteneciente a un hospital de nivel 2. La muestra la conforma el personal sanitario de dicha unidad.

Inicialmente el médico intensivista encargado del Grupo de Trabajo Sedación y Analgesia presenta una exhaustiva revisión bibliográfica para exponer la evidencia científica, indicaciones, beneficios y los motivos que justifican su introducción en el servicio.

A continuación se contacta con las casas comerciales y se inicia el proceso de compra. Finalmente en nuestro servicio se obtuvo la aprobación para el uso de la sedación inhalatoria comercializada por la empresa farmacéutica Sedana Medical (Sedaconda). Se inicia una intensa formación dirigida a todo el personal sanitario del servicio, proporcionada por comerciales de Sedana. Dicha formación se compuso de clases teóricas, talleres prácticos y visualización de vídeos formativos, abarcando así aspectos teóricos y técnico-prácticos. La formación incluyó aspectos relativos a la seguridad del procedimiento pues fue uno de los puntos que más preocupó al personal de enfermería. Todo este proceso de aprendizaje fue recogido en hojas de firmas para el control de asistencia tal y como lo exige nuestro plan de Formación. Del mismo modo se realizó una Evaluación Práctica para confirmar la adquisición correcta de contenidos. Esta evaluación identificó áreas que requerían más atención y proporcionó retroalimentación adicional.

De forma paralela, los intensivistas del Grupo de Trabajo de Sedación elaboraron un protocolo de acuerdo a los estándares vigentes en la unidad y que quedan recogidos en el Plan de Gestión de Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 en la que estamos acreditados y re-acreditados desde 2018.

Una vez alcanzadas las competencias para su uso se pasó a la práctica clínica y se inició la terapia en un paciente. En esta fase del aprendizaje contamos con la presencia continuada del comercial que fue resolviendo dudas y ayudando en la resolución de problemas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Tras este programa formativo, la sedación inhalatoria se introdujo en nuestra UCI sin incidentes. Ahora es parte integral del Plan de sedación, con un aumento en pacientes tratados y sin incidentes en su administración.

Conclusión

El protocolo formativo demuestra que el conocimiento profundo de la técnica mejora la aplicación, logrando una introducción eficaz y segura, minimizando errores y miedos.

GESTIÓN POR COMPETENCIAS DE LA UNIDAD DE CELADORES

ÁNGEL YELA FUNCIA; RICARDO JOSÉ SALTO GÓMEZ; JULIO ANTONIO GARCÍA GARCÍA; LEONARDA PARRA LILLO; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14533

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Es esencial que los responsables de la Unidad de Celadores conozcamos la capacidad y alcance funcional de cada integrante del colectivo. Es, en definitiva, procedimentar lo que hacemos de forma intuitiva y continuamente para prestar nuestros servicios y adecuar al equipo lo mejor posible. Pero para evitar subjetividades o posibles arbitrariedades, hemos dado a esta actividad un formato científico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se trata, pues, de destinar al mejor efectivo posible en cada servicio, cumpliendo con la normativa y legalidad vigente. Así, desde 2019 iniciamos una sistemática de evaluación por competencias.

En primer lugar, pues, debemos tener en cuenta dos aspectos no cuantificables y predominantes, pues son de obligado cumplimiento en condiciones de normalidad: ¿tiene puesto en propiedad? y ¿tiene informe de adaptación de tareas?

Visto esto, realizamos una evaluación de capacidades a toda la plantilla (esta ya sí cuantificable), en base a los siguientes criterios:

1. Cumplimiento horario.
2. Absentismo.
3. Uniformidad (y presentación a compañeros y usuarios).
4. Conocimientos.
5. Experiencia.
6. Trabajo en equipo (incluye si: tiene mentalidad de servicio; comunica las incidencias detectadas; es resolutivo; comprende que hay situaciones en las que debe primar la situación a resolver frente a cualquier otra consideración; asume la importancia de su papel dentro de un equipo de trabajo).
7. Implicación con la Unidad.
8. Capacidad para planificar sus tareas.
9. Cumplimiento de procedimientos de trabajo establecidos.
10. Capacidad de relación interprofesional (respuesta consecuente a las peticiones de colaboración, trato laboral con otros/as compañeros/as).

Cada ítem puntúa de 1 a 10, por lo que tenemos un mapa cuantificado y bastante aproximado del nivel de competencias de cada personal celador, por conceptos. Para evitar disparidades de criterio entre responsables de turno, este cálculo es el resultante de la media de todos ellos (cada responsable, pues, ha evaluado a toda la plantilla).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tenemos un conocimiento riguroso del nivel de competencia de nuestros/as celadores/as, pudiendo adoptar acciones de mejora en caso de detectar carencias, como acciones formativas concretas.

Han disminuido las reclamaciones de celadores hacia nuestra propia Unidad en un 91,77 % durante el periodo 2019-2022. Esto indica sensación de trabajo más satisfactorio.

Se ha registrado una disminución de incidentes con otros colectivos en un 54,1 % en el mismo periodo.

Ha mejorado la participación e integración de nuestra plantilla:

- Aumento de las comunicaciones por escrito sobre incidentes en un 35,8 %, que suponen importantes oportunidades de mejora.
- Inclusión de personal celador en varios grupos de trabajo (prevención del ruido, bloques quirúrgicos, higiene de manos, Urgencias, etc.).

SESIONES ONLINE EN UN ÁREA. MEJORAR CONOCIMIENTOS PARA MEJORAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL

DOLORES PEREZ GALVEZ; MARIA ROSARIO VALVERDE JIMENEZ; MARIA CRISTINA SOLE AGUSTÍ; CONCEPCION MARTINEZ ROMERO; CECILIA BANACLOCHE CANO; M. ÁNGELES GARCIA GOMEZ

ÁREA I. SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17148

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La formación continuada es fundamental para el desarrollo profesional, garantía para usuarios y una obligación de las administraciones sanitarias.

Las sesiones clínico-formativas en atención primaria (AP) sirven para actualizar conocimientos, compartir experiencias y temas basados en la evidencia. Son un punto de encuentro profesional. Estudios realizados ligan la repetición de servicios que no aportan valor con una desactualización de los conocimientos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Actualizar los conocimientos de enfermería sobre aspectos de la asistencia prestada en atención primaria.

Desarrollo/descripción.: intervención 2022-2023 implantar un ciclo de sesiones sobre materias clave Material-método: videoconferencias. Encuesta sobre temas de interés. Análisis y priorización. Diseño de ciclo de sesiones (horario laboral-90 minutos/sesión) "LOS JUEVES DE PRIMARIA" Contactar con profesionales expertos, acreditar, la acreditar, difundir, emitir, grabar y publicar (repositorio intranet). Repetir proceso en 2023Temas: prevención del dolor de espalda en AP, Interconsulta no presencial de enfermería, cambios terapéuticos y tecnológicos en DM tipo 2(parte I y II), terapia de presión negativa (TPN), protección de datos, Enfermería escolar, anticoagulación para enfermería AP(4-ediciones). Continuidad de cuidados entre unidad de pie diabético y AP (I y II). sonda de gastrostomía en AP. Interpretación de ecg para enfermería AP, Registros en la Historia Clínica-tratamiento de datos. Cartera de servicios y pacientes crónicos. Cartera de servicios y pacientes inmovilizados. DM en infancia. Parte I, II y III, prevención en población geriátrica, abordaje de riesgos en pacientes ancianos, OTAGO, lactancia, proyecto pharaon, registros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Impartidas 50 horas de formación acreditada (febrero-2022/abril2023) 30 por profesionales AP. Suma de conexiones a todas las sesiones es de 9801860 Un 85% de los enfermeros se han conectado a alguna sesión y el 48 % a todas.

Conclusiones

Buena acogida por los profesionales. La sexta ola de pandemia (2022) no ha impedido que los profesionales accedieran a la formación. La conexión desde móvil o consola asegura la protección individual por distancia en el trabajo y la accesibilidad. La grabación de las sesiones y la disponibilidad en la intranet facilita la accesibilidad de profesionales presentes y futuros. En 2023 se repite la encuesta de necesidades, la planificación de las sesiones y las SESIONES DE LOS JUEVES han quedado instauradas de forma permanente.

Las sesiones han servido para unificar conocimientos.. Proporcionan diplomas de acreditación de formación a alumnos y profesores. La fidelidad de los alumnos ha sido alta. El esfuerzo de preparar, impartir, emitir y grabar una sesión clínica se amortiza con resultados.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

MARÍA JOSÉ LÓPEZ PIMENTEL; FÁTIMA ALASTRUÉ RUÍZ; RAQUEL VÁZQUEZ MOURELLE; MARÍA OLGA ROCA BERGANTIÑOS; ISABEL LOSADA CASTILLO; PILAR SECO MAQUIERA

CONSEJERÍA DE SANIDAD// GALICIA

ID: 17247

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que establece el derecho de toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, regula, así mismo, las obligaciones de las administraciones para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esa Ley.

En consecuencia, las comunidades autónomas deberán articular la puesta en marcha de esta nueva prestación en su ámbito territorial concreto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Crear la estrategia a seguir para la puesta en marcha de la prestación de la ayuda para morir en la Comunidad Autónoma, estableciendo la operativa y actuaciones a seguir por cada uno de los actores implicados en el procedimiento.

Metodología

La administración sanitaria autonómica identificó seis líneas de trabajo, cuyo desarrollo consideró necesario para poder ofertar esta nueva prestación. Así, se trabajó en las siguientes actuaciones:

- Constitución de una unidad central autonómica técnica de la prestación de ayuda para morir.
- Elaboración, publicación y divulgación de un protocolo que recoge el procedimiento que ha de seguirse para la realización de la prestación de ayuda para morir.
- Elaboración, publicación y divulgación de una guía técnica de ayuda para la aplicación de la prestación de ayuda para morir.
- Creación en la web de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de un apartado específico.
- Creación de un sistema de información específico propio de la Comunidad Autónoma.
- Formación de profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería, farmacéuticos/as, psicólogos/as, trabajadores sociales, técnicos/as de farmacia, técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería y juristas).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Desde la aprobación de la ley, se han tramitado hasta este momento un total de 56 solicitudes. De aquellas en que se ha finalizado el procedimiento, en 17 ocasiones se llevo a cabo la prestación de ayuda para morir; en 3 solicitudes se denegó la prestación; 9 fueron revocadas por el propio/a paciente y en 11 casos el/la paciente falleció por otras causas.

Conclusiones

La presentación de las solicitudes a través de un registro oficial y la creación de referentes pertenecientes al equipo directivo de cada área sanitaria, se consideran aspectos claves que permiten el seguimiento y mejora constante en la calidad de la prestación de ayuda para morir en la Comunidad Autónoma.

Son, a su vez, aspectos que la diferencian de la mayor parte del resto de comunidades autónomas, donde se hace entrega de las solicitudes a profesionales sanitarios y la información de la que se dispone es exclusivamente de los casos que llegan a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia correspondiente, pero no la anterior.

ESTRATEGIAS NO HACER EN LABORATORIO CLÍNICO. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

CARMELO TAFALLA BORDONADA; SANTIAGO VILLANUEVA CURTO; LAURA CRIADO GÓMEZ; MELISA DUQUE DUNIOL; MARÍA DE BELÉN PÉREZ SEBASTIÁN; RAQUEL FERNÁNDEZ GARCÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17341

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En el año 2013 el Ministerio de Sanidad, puso en marcha el proyecto "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España". Esto surge de la iniciativa Choosing wisely en EEUU, traducido comúnmente a "No hacer o elegir sabiamente".

En el laboratorio clínico ya habían surgido diferentes propuestas a las que después se sumaron las Sociedades Científicas basadas en 2 premisas: no repetir una prueba en un plazo inferior a un período de tiempo, o no hacer en función del resultado de otra prueba.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evidenciar las estrategias no hacer durante los últimos años en nuestro laboratorio, estimando el ahorro económico. Recogemos estrategia, año implantación:

1. Rechazos de pruebas por tiempo:

2010: vitamina B12 (B12), ácido fólico (acfol) 180 días.

vitamina D (vD). 90 días si resultado patológico, 180 si normal. Hemoglobina glicada (HbA1c): 75 días.

Colesterol HDL y LDL: 30 días si resultado patológico, 75 si normal. Hierro (fe): 60 días si resultado patológico, 120 días si resultado normal. Ferritina (fer): 60 días. Eliminado el rechazo desde covid (año 2020).

Anticuerpos anti TPO: 180 días.

2016: anticuerpos anti celulares (ANA): 90 días.

2. Rechazo por resultado de otras pruebas:

2010: bilirrubina (bil) si el índice icterico es menor de 23 (se aplica una fórmula para una bilirrubina estimada) rechazo de anticuerpos anti tiroglobulina si anti peroxidasa positivo (aTPO).

2017: rechazo de transferrina (TRF) y fe si ferritina está por debajo del valor de referencia.

3. Cambios en los perfiles:

2017: eliminación de urea del perfil renal. Se da de alta si creatinina patológica.

Eliminación de GGT y Triglicéridos del perfil general.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se contabilizan los resultados a partir del año 2016, no existe registro de los años previos. Prueba /determinaciones rechazadas / % rechazos respecto solicitudes / euros ahorrados

- HbA1c / 11.157 / 4,9 / 11.157
- B12 / 29.628 / 13,6 / 55.108
- acfol / 28.603 / 13,4 / 53.201
- fe / 22.207 / 6,2 / 2.887
- Fer / 9.432 / 2,2 / 17.166
- TRF / 64.476 / 25 / 38.685
- HDL / 32.115 / 6,4 / 18.305
- vD / 17.890 / 17 / 91.39
- Bil / 1.105.006 / 84,4 / 121.550
- Anti TPO / 1.665 / 7,4 / 4.995
- ANA / 544 / 5 / 544

1.322.898 pruebas han sido rechazadas, total de 415.014 euros.

Este ahorro se encuentra infraestimado, no ha sido posible cuantificar las pruebas ahorradas en la eliminación de los perfiles, como son la GGT y la urea y los triglicéridos, ni el resto en los años previos a 2016, por lo que se presupone mucho más elevado. La importancia de esta estrategia no radica sólo en lo económico, puesto que se ha dado al clínico información más relevante, evitando realizar pruebas de escaso valor, que pueden confundir llevando a nuevas consultas, nuevas pruebas diagnósticas, además de producir demoras en la asistencia y sobrecargando al clínico.

ESTRATEGIA COMUNITARIA MUNICIPAL "YONOMBENZO". EFICACIA DE ACTIVIDADES EN CALIDAD DEL SUEÑO

JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ PUCHE¹; ÁNGELA VIDAL LÓPEZ¹; SILVIA FERNÁNDEZ SEGURA²; JORGE LAHOZ CAZÓN²; ADELA ESTHER GONZÁLEZ MORENO¹; ANTONIO LLOR MUELAS¹

¹CENTRO DE SALUD PROFESOR JESÚS MARÍN LÓPEZ (MOLINA SUR)// REGIÓN DE MURCIA

²CENTRO INCUMBENS (ALICANTE)// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14731

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Tras una valoración inicial realizada en 2015 se analizaron datos propios que confirmaron un consumo de benzodicepinas (BZD) del 17% población/año. En el Consejo de Salud se acordó crear un grupo de trabajo multiprofesional municipal para desarrollar una estrategia comunitaria (programa "yonomebenzo"). Se priorizaron como población diana mujeres y ancianos

Dormir mal puede suponer un aumento en la mortalidad de hasta el 20% y tiene importantes repercusiones en la salud mental. En nuestro entorno inmediato un estudio mostró una prevalencia de trastornos del sueño del 38.2% con peor calidad a mayor edad. Se han desarrollado actividades dirigidas a mejorar la calidad del sueño enmarcadas en la estrategia comunitaria

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Valorar la eficacia de actividades dirigidas a mejorar la calidad del sueño

Metodología

Durante el último año se ha incorporado en el municipio una oficina del sueño (servicio individual de atención psicológica) atendido por dos psicólogos. Se ofrece información para mejorar la higiene del sueño. Se identifican y seleccionan personas para realizar talleres que ofrecen un programa grupal multicomponente con estrategias cognitivo-conductuales. Los pacientes son derivados desde la consulta de su Médico de Familia o las 15 farmacias comunitarias que se incorporaron a la estrategia "yonomebenzo". Los talleres se desarrollan mediante tres sesiones semanales de 2 horas de duración

Se realizó un estudio descriptivo y observacional midiendo la calidad del sueño antes y después de la realización de los talleres. Para esa valoración se utilizó el cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh. Ese cuestionario está validado al castellano y evalúa 19 preguntas agrupadas en 7 áreas: calidad subjetiva del sueño, latencia y duración, alteraciones y eficiencia del sueño, uso de hipnóticos y disfunción diurna. Se evalúa mediante escalas cuantitativas que puntúan entre 0 y 3 (rango de puntuación 0-21). A los dos meses de finalizar los talleres se volvió a evaluar el cuestionario de forma presencial o telefónica

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Accedieron durante el año 2021 a las actividades del programa 113 usuarios. Respondieron a ambos cuestionarios 72 (tasa de respuesta 63.7%)

Tras la intervención la calidad subjetiva del sueño pasó de bastante mala a buena y la latencia se redujo de más de 60 a 31-60 minutos. La duración del sueño aumentó de 5-6 a 6-7 horas. La eficiencia del sueño mejoró desde un 65% al 84%.

El uso de hipnóticos para dormir se redujo desde tres o más hasta una o dos veces por semana. No hubo cambios en la percepción de las alteraciones del sueño o disfunción diurna.

Conclusiones

*La tasa de respuesta al cuestionario es elevada

*Se confirmó la eficacia de los talleres al mejorar tras su realización la calidad subjetiva del sueño, su duración y eficiencia

*La latencia del sueño se redujo a la mitad

*El consumo de BZD como hipnóticos se redujo de forma significativa

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN MEDICINA INTERNA

JAVIER IBAÑEZ CATURLA¹; PILAR PACHECO LÓPEZ²; PAULA TORRANO BELMONTE¹; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ¹; MARÍA DOLORES NAJERA PEREZ¹; JOSEFA LEÓN VILLAR¹

¹HOSPITAL MORALES MESEGUER, ²HOSPITAL RAFAEL MENDEZ// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14810

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El paciente crónico complejo (PCC), debido a su fragilidad, la complejidad de su tratamiento crónico y su pluripatología, demanda de una asistencia sanitaria multidisciplinar en la que es clave la conciliación y revisión del paciente y su terapia farmacológica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la experiencia de 2 meses de un farmacéutico integrado en el equipo clínico en la planta de medicina interna, especialmente en la atención a los pacientes crónicos complejos. En ella, se realizó:

Conciliación al ingreso y al alta del servicio de Medicina Interna. Refuerzo de la adherencia terapéutica.

Corrección y revisión de los errores relacionados con la medicación en el hospital, así como aquellos procedentes del tratamiento domiciliario. Se consideraron correcciones para el registro: implantación de terapia secuencial temprana, adecuaciones de la receta electrónica desfasadas, duraciones de tratamiento, cambios en la dilución o forma de administración de fármacos, así como elaboración de formulación magistral.

Actualización del tratamiento al alta mediante la generación de un informe farmacoterapéutico al alta, compartido y visible para atención primaria, de manera que se garantice la continuidad asistencial, lo que contribuye a la prevención de errores.

Este estudio prospectivo se realizó los meses octubre-noviembre de 2022 y incluyó a todos los pacientes en seguimiento por el programa PCC de nuestro centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se revisaron un total de 43 pacientes, con una mediana de 87 años de edad. En 30 pacientes (70%) se realizó alguna intervención. De media, se realizaron 2,3 intervenciones por paciente (sin contar el número de fármacos implicados). Los diagnósticos implicados en el ingreso fueron de infección respiratoria en 11 (26%), insuficiencia cardiaca en 11 (25%), seguido de hemorragia digestiva alta en 4 (11%), tratamiento paliativo en 2 (5%), ictus en 2 (5%), demencia en 2 (5%), hiperglucemia (5%), problemática social (5%), debut oncológico (5%) y dolor abdominal (5%).

Las intervenciones más comunes fueron la corrección de la receta electrónica (21 pacientes, 41%) y la conciliación al ingreso de medicación crónica no prescrita (16 pacientes, 37%).

El destino de los pacientes al alta fue domicilio en 24 pacientes (63%), alta a otro servicio en 4 (11%) y exitus en 10 (26%).

La incorporación del farmacéutico hospitalario al equipo asistencial permite incorporar el conocimiento farmacéutico al proceso, con intervenciones de conciliación de la medicación y prevención de errores en los tratamientos de pacientes polimedicados y pluripatológicos.

CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA UNIDAD DE VISADO

ALBERTO GÓMEZ GIL¹; MARÍA DOLORES CÓRDOBA SOTOMAYOR¹; ÁNGEL CUSTODIO ÓRPEZ RAMÍREZ²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN, ¹HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL// ANDALUCÍA

ID: 15454

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El visado de recetas se estableció como una medida para garantizar el uso racional de los medicamentos. Mediante el visado, se verifica la conformidad del tratamiento prescrito con las condiciones de utilización autorizadas, las indicaciones financiadas y aquellas otras condiciones de financiación que se establezcan.

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) son un grupo de fármacos que necesitan visado para su dispensación con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS). Para autorizar el visado, se exigen una serie de condiciones que deben cumplir. En caso de no cumplir alguna de estas condiciones, se deniega el visado o se deja pendiente de datos y se comunica al prescriptor.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo. Analizar las prescripciones de ACOD que llegan a una Unidad de Visado y evaluar su adecuación a las condiciones exigidas para su autorización.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron las prescripciones de ACOD que llegaron a nuestra Unidad de Visado entre marzo y julio de 2022.

Se diseñó una base de datos donde se recogieron los siguientes datos: unidad clínica responsable, fármaco, acción del operador de visado (visado, o pendiente de datos) y motivo para no autorizar el visado. Los motivos para no autorizar el visado se agruparon en: indicación no financiada, error de cumplimentación (error de posología o falta de alguna condición exigida), ausencia de información en historia clínica, y otras causas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se analizaron 514 prescripciones de ACOD. El 81,7% (420) se visaron y el 18,3% (94) se dejaron pendiente de datos. Del total de prescripciones, Cardiología fue responsable del 46,7% (240), seguida de Urgencias y Medicina Interna con un 23,7% (122) y 14,8% (76) respectivamente.

Respecto a las prescripciones que se dejaron pendiente de datos, el 47,5% (45) fue por error de cumplimentación, el 46,8% (44) por indicación no financiada, 3,2% (3) por ausencia de información en historia clínica y 2,1%(2) por otras causas (duplicidad de anticoagulantes). Las unidades clínicas responsables de la mayor parte de las prescripciones que se dejaron pendientes de datos fueron Urgencias con un 31,9% (30) y Medicina Interna con 25,5% (24). Urgencias fue responsable del 51,1% (23) de las prescripciones con error de cumplimentación, y Medicina Interna del 40,9% (18) de las prescripciones con indicación no financiada.

Conclusiones

La mayoría de las prescripciones de ACOD que llegan a la Unidad de Visado se ajustan a las condiciones establecidas para su autorización.

El motivo principal por el que se dejaron pendientes de datos fue el error de cumplimentación con un 47,5%, seguida de la indicación no financiada con 46,8%, con Urgencias y Medicina Interna como unidades clínicas responsables de la mayor parte de estas prescripciones.

Este tipo de análisis nos permite detectar una oportunidad de mejora, identificando las unidades clínicas sobre las que actuar y la información que dirigir para mejorar la calidad de las prescripciones.

EVALUACION DE INTERVENCIONES EN EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL EN ATENCION PRIMARIA: ANTES Y DESPUES DE LA PANDEMIA

ANA BELEN ANDREU GOMEZ¹; YOLANDA LÓPEZ BENAVENTE²; ANGELES DEL ROSARIO SÁEZ SOTO²; EMILIA SALMERÓN ARJONA³; MARIA TERESA MARTÍNEZ ROS²; MARINA TOURNE GARCÍA²

¹CENTRO DE SALUD MURCIA SUR, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, ³CENTRO DE SALUD BARRIO DEL CARMEN// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15513

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Educación para la Salud Grupal y Comunitaria (EpSGC) es uno de los principales pilares de la Atención Primaria (AP) ya que favorece el aprendizaje significativo a través de la participación de pacientes, familia y comunidad en el cuidado de su salud. La pandemia por COVID-19 obligó, por razones sanitarias, a reducirla a la individual en consulta, incluso telefónica, lo cual solo supondría un detrimento para la salud comunitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Comparar número de intervenciones en EpSGC (IGC) en los años 2019 y 2022

Objetivo específico

Determinar el enfoque y temática de las IGC en los Equipos de Atención Primaria (EAP) del Área. Se ha realizado una evaluación retrospectiva de las IGC desarrolladas en los 12 EAP del Área.

La fuente de datos han sido las fichas normalizadas, cumplimentadas y remitidas desde los distintos EAP a la Oficina de Seguimiento de Acuerdo de Gestión (AG) en respuesta al indicador correspondiente. Las fichas corresponden a los años 2019 y 2022 (2020 y 2021 interrumpidos por pandemia). Los datos se refieren a la ficha documentada de la IGC, no al número de ediciones de cada una.

No se han incluido las IGC dirigidas a la población infanto-juvenil ni las coordinadas por trabajadoras sociales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

2019: 11 de los 12 EAP documentan IGC. De 2 a 9 por EAP. Moda: 4. Total: 43.

2022: Los 12 EAP documentan IGC. De 1 a 6 por EAP. Moda: 3. Total: 37.

2019:

Diabetes: 11 IGC

Cuidados al cuidador: 8 IGC Estrés/ansiedad: 1 IGC

EPOC: 10 IGC

Deshabitación tabaco: 2 IGC Tratamiento con anticoagulantes: 4 IGC

Ejercicio físico en personas mayores para la reducción de caídas: 2 IGC Primeros auxilios/RCP: 1 IGC

Actividad física: 1 IGC Alimentación saludable: 1 IGC

Prevención golpe de calor en mayores de 65 años. 1 IGC 2022:

Diabetes: 5 IGC

Cuidados al cuidador: 3 IGC Estrés/ansiedad: 2 IGC

EPOC: 1 IGC

Deshabitación tabaco: 3 IGC en 3 EAP Tratamiento con anticoagulantes: 1 IGC

Ejercicio físico en personas mayores para la reducción de caídas: 5 IGC Primeros auxilios/RCP: 3 IGC

Actividad física: 1 IGC Alimentación saludable: 2 IGC

Obesidad infantil y sus familias: 3 IGC

Otras IGC realizadas 1 por EAP: Adicciones y ludopatía, Taller de masaje infantil, VIH, Activos en la comunidad, Buen trato a la infancia, Salud comunitaria conexiones vitales, Gestión de cuidados, ayudas y recursos para pacientes inmovilizados y/o dependientes, Recursos regionales para familias y personas con enfermedad mental.

Conclusiones

Podemos observar que se han reactivado las IGC, siendo muy similar el número realizado.

La certeza basada en la evidencia de la EpSGC frente a la individual, hizo que se volvieran a retomar las IGC.

La comparativa de los dos años es parecida en cuanto a enfoque y temática, aunque se observa un incremento de variedad en 2022.

Creemos oportuno realizar encuestas dirigidas a pacientes para detectar necesidades en EpSGC.

Las IGC son una herramienta eficaz para contribuir a la alfabetización en salud de la población atendida por las enfermeras de AP.

IMPULSANDO LA SALUD INTEGRAL A TRAVÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA CON UN ENFOQUE DE GÉNERO Y COMUNITARIO: EL PROYECTO 4X40

MARÍA TEXEDA MORENO HUERTA¹; MICAELA MARTÍNEZ HUESCAR²; MARÍA PILAR VÁZQUEZ PÉREZ^{1,2}; RAQUEL GÓMEZ MARCO³; JOSÉ LUIS MERINO CASTILLO¹; ALBA VALERA PATERNA¹

¹CENTRO DE SALUD DE ARCHENA, ²CONSULTORIO LA ALGAIDA, ³CONSULTORIO DE ULEA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15520

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las caminatas regulares tienen numerosos beneficios para la salud física y mental. Al fomentar prácticas saludables, se contribuye a mejorar la calidad asistencial y reducir la carga sobre el sistema de salud, evitando enfermedades tanto físicas como mentales. El proyecto 4x40 busca empoderar a las mujeres proporcionándoles un espacio seguro y de apoyo donde puedan compartir experiencias y desafiar barreras sociales. Esto influye positivamente en su autoestima, confianza y sentido de pertenencia a la comunidad lo que da lugar a una mejor salud, y calidad de vida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Mejorar la salud y la calidad de vida de forma integral impulsando la actividad física, las relaciones sociales y los vínculos comunitarios.

Metodología

La captación de participantes se realizó a través de la consulta de Atención Primaria y la colocación de carteles. Inicialmente, 23 mujeres participaron en el proyecto. Se organizaron caminatas de 40 minutos, 4 días a la semana. El recorrido inicial fue de 2 km. Caminaron acompañadas por un monitor, posteriormente por una enfermera, y finalmente de forma independiente. Se recopilaron datos sobre presión arterial, índice de masa corporal, ansiedad, salud psicológica, y satisfacción de las participantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El 90% de las mujeres participantes lograron perder peso. También, mostraron una alta satisfacción sobre su experiencia.

Se fomentó la sociabilidad y el apoyo mutuo entre las mujeres durante las caminatas. El recorrido promedio aumentó de 2 a 6,5 km. Actualmente, un mínimo de 10 mujeres continúa saliendo a caminar regularmente.

El proyecto ha motivado a las participantes a tomar medidas adicionales para mejorar su salud generando sinergias positivas no contempladas inicialmente.

Conclusiones

El proyecto 4x40 ha sido exitoso en promover la actividad física y la pérdida de peso entre las participantes, con un 90% de las mujeres logrando perder peso. Las participantes han mostrado satisfacción, y han demandado recorrer mayor distancia.

Diez mujeres continúan participando regularmente, mostrando el impacto y la sostenibilidad a largo plazo del proyecto.

El proyecto ha empoderado a las mujeres al ofrecerles una actividad saludable. Además, desde una perspectiva de género, se brinda un ambiente seguro y de apoyo donde las participantes pueden comunicarse y socializarse. La adherencia de las mujeres al proyecto puede deberse a que este aborda integralmente factores de salud, como la ansiedad, el interés en la pérdida de peso, y el bienestar. Esto refleja la importancia de abordar la perspectiva de género en la promoción de la salud considerando las necesidades y los intereses específicos de las mujeres en la promoción de hábitos saludables y el bienestar general.

Por último, los profesionales de la salud pueden recomendar y prescribir este tipo de activos en salud a aquellas personas que busquen mejorar su condición física y mental, ya que han demostrado ser beneficiosos y efectivos.

MODELO DE ATENCIÓN PROACTIVA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

GEORGINA IBÁÑEZ RODRÍGUEZ; CAROLINA MORATA FERNANDEZ; MARIA JARQUE BLASCO; ANDREA MARTIN GUILLEN; LAURA GARCÍA GÓMEZ; NATALIA DOMINGUEZ NOLASCO

CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EL PLA// CATALUÑA

ID: 15557

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Tras la pandemia, surge la necesidad de transformar la atención primaria con nuevos proyectos asistenciales. En 2022, en nuestro centro de atención primaria se implementa un nuevo proyecto para atender al paciente con patología crónica (PC), basado en la transformación y reorganización interna de los profesionales y en la creación de las unidades asistenciales (UBA3), formadas por un profesional de servicio al usuario (PSU), un médico y una enfermera.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue analizar la mejora en la calidad del proceso asistencial ofrecido al paciente con PC en términos de efectividad, eficiencia, equidad y proactividad. También se potenció el rol de enfermería como profesional referente del proceso.

La gestión del proceso asistencial al paciente con PC se transformó con la creación de UBA3. Se diseñó una instrucción de trabajo que permitió definir y estandarizar las visitas anuales e intervenciones de cada profesional, evitando duplicidades, optimizando el tiempo de visita y citando de manera proactiva. Posteriormente, se evaluó la mejora de los indicadores de calidad asistencial de diciembre del 2022 respecto a los del 2021. La experiencia del profesional sanitario se exploró mediante una entrevista cualitativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A finales del 2022 se observó que se había mejorado el control de los pacientes con patología crónica en los siguientes indicadores de calidad asistencial: el control de la tensión arterial (TA) en insuficiencia cardíaca y accidente vascular cerebral aumentó 15%; el cribado del pie diabético mejoró un 4,11%, el control de la Hba1c mejoró un 4,11%; el cribado de retinopatía en DM2 mejoró en un 17,43%; el control de la TA en DM2 mejoró 3,85%, la TA en pacientes con HTA mejoró en un 6,25%; el control LDL en pacientes con riesgo cardiovascular alto mejoró un 28,81%. y además la verificación de la técnica en el tratamiento inhalador del paciente EPOC aumentó en un 50% de los pacientes.

En cuanto a la experiencia de los profesionales, un 70% realizaron siempre o casi siempre la valoración integral del paciente, revisaron el plan de medicación, pactaron el plan terapéutico, fomentaron la participación del paciente y se coordinaron con el resto de profesionales. A pesar de que tan solo un 20% recomienda sitios web, redes sociales y asociaciones.

La transformación del proceso asistencial ha contribuido a atenderlo de manera más proactiva, eficiente, eficaz y equitativa llegando a un mayor número de pacientes. También ha contribuido positivamente en la coordinación entre profesionales.

Actualmente se está trabajando en una segunda fase que pretende evaluar la experiencia del paciente con DM2 y su concordancia con la experiencia del profesional.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DURANTE LA PANDEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS

MARTINA VALENZUELA ANGUITA; M^a ISABEL RÍOS RÍSQUEZ; JAVIER MORALES ELICHE; GINÉS ALCARAZ ABRIL; ESTHER CORTES LORENTE; LAURA ABELLÁN MOMPEÁN

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15587

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La pandemia por la COVID 19 ha supuesto una crisis global, en la que los sistemas sanitarios se han visto afectados negativamente, exigiendo a los profesionales sanitarios una reestructuración y adaptación de su atención a esta situación excepcional.

Bajo este contexto, en todos los ámbitos sanitarios y en concreto en los servicios de Urgencias, para hacer frente a esta crisis se han relegado aspectos fundamentales del cuidado como la humanización a un segundo plano, lo que ha supuesto un impacto negativo sobre la salud de las enfermeras sobre todo a nivel emocional y en las relaciones interpersonales con el paciente y su familia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir la percepción de los enfermeros sobre la el cuidado humanizado que realizan en los servicios de Urgencias durante la pandemia.

Identificar factores que han interferido en la realización del cuidado humanizado.

La metodología empleada fue cualitativa, con abordaje fenomenológico. La población de estudio fueron los enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer durante la pandemia por la Covid 19, se realizó un muestreo intencional hasta la saturación de datos.

La recogida de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. El tratamiento de los datos se efectuó tras la transcripción detallada de las mismas y mediante un análisis del contenido, estableciéndose categorías y códigos adecuados al discurso de los entrevistados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha realizado 10 entrevistas a enfermeras que trabajan en el Servicio de Urgencias durante la pandemia. Del análisis afloraron 2 grandes categorías:

El cuidado humanizado en tiempos de pandemia: Las enfermeras verbalizaron que el cuidado presenta rasgos deshumanizantes. Refieren tener disponibilidad para con el "otro", intentando establecer un clima empático de confianza, ofreciendo un trato humano ante la situación vivida. Un aspecto relevante es el uso de la mirada, como instrumento de comunicación tanto con el paciente como con el equipo. Valoran que el apoyo y el compañerismo contribuyeron a dar un matiz más humano al cuidado.

Factores que deshumanizan el cuidado: Las enfermeras entrevistadas describen el impacto emocional negativo surgiendo sentimientos como miedo, incertidumbre, stress,.. así como identifican el uso de EPIS, el aislamiento, la soledad de los pacientes y la falta de recursos como los elementos que interfieren en su cuidado, priorizando el cuidado técnico al relacional. Consideran a la gestión institucional de la pandemia con la ausencia de protocolos y la falta de recursos como un gran factor deshumanizante.

Conclusión

Las enfermeras del Servicio de Urgencias han vivido una crisis tanto profesional como personal en esta pandemia, han demostrado su saber ser y hacer en esta situación extrema, y a pesar de todas las dificultades y factores que han interferido, han sido capaces de dar valor a las personas, dignificándolas y propiciando la humanización del cuidado.

CALIDAD ASISTENCIAL NO VISIBLE. EDUCACIÓN GRUPAL COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA A CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS

ALBA VALERA PATERNA¹; MARÍA TEXEDA MORENO HUERTA¹; RAQUEL GÓMEZ MARCO²; JOSÉ LUIS MERINO CASTILLO¹; ROSA MARÍA MARTÍNEZ VIVANCOS¹; REMEDIOS BELTRÁN GARCÍA¹

¹ARCHENA ²ULEA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15612

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento demográfico de nuestras sociedades implica un aumento de la cronicidad, fragilidad y dependencia. Esto supone un incremento de la necesidad de cuidados formales e informales proporcionados por un cuidador. Habitualmente el cuidador informal es una mujer, habiendo una relación entre cuidados informales y género. El rol de cuidador informal puede suponer complicaciones para la propia salud y bienestar del cuidador debido a la sobrecarga tanto física como psicológica que conlleva cuidar. En este contexto surge la necesidad, no siempre cubierta, de formación y apoyo a los cuidadores de personas en situación cronicidad y fragilidad. Quien cuida, también necesita cuidarse y ser cuidado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar desde una perspectiva integral y de género la salud y la calidad de vida de las cuidadoras informales de personas frágiles y dependientes.

Se llevaron a cabo 7 sesiones grupales impartidas por dos enfermeras; dos fisioterapeutas; una médica de familia y una farmacéutica comunitaria; una trabajadora social; una psicóloga; y una profesora de baile. Las sesiones se impartieron semanalmente, con una duración de 60-90 min en el centro cultural municipal. Durante la primera sesión, las cuidadoras cumplimentaron el test de Zarit de sobrecarga del cuidador.

El contenido abordado en las sesiones consistió en: 1) La importancia de cuidar. Cuidados de la piel del anciano frágil. 2) Taller de higiene postural y ergonomía para la cuidadora. 3) Cuidados de la alimentación en el anciano frágil. 4) Higiene del sueño. 5) El profesional de Trabajo Social en el Centro de Salud y en la UTS. 6) Sesión de Mindfulness. 7) Sesión de baile. Despedida y entrega de diplomas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Acudieron 11 cuidadoras a todas las sesiones. Las puntuaciones de las 7 asistentes que cumplimentaron el test de Zarit fueron: 61, 56, 62, 56, 28, 32, 47. Obteniendo menos de 46 puntos (ausencia de sobrecarga) dos mujeres (28, 6 % del total); entre 47-55 puntos (sobrecarga ligera) una mujer (14,3 % del total); y con 56 ó más puntos (sobrecarga intensa) cuatro mujeres (un 57,1 % del total).

Hubo una buena adherencia a las actividades del programa por parte de las cuidadoras al asistir estas a todas las sesiones semanales.

Se ha logrado abordar desde una perspectiva integral y de género la salud y la calidad de vida de las cuidadoras informales de personas frágiles y dependiente mediante intervenciones grupales de promoción de la salud propias de la atención comunitaria.

Este ha mostrado ser un grupo de mujeres especialmente vulnerables ya que el 57,1% de las 7 cuidadoras que cumplimentaron el cuestionario de Zarit evidenciaron sufrir de una situación de sobrecarga intensa.

En sucesivas ediciones del programa se valorarán otras dimensiones de la calidad como la satisfacción.

Entendemos que este programa apoya de una forma integral la mejora de la calidad asistencial prestada tanto a las cuidadoras como a las personas que son cuidadas.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTREPTOTEST EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ELAINE RAMÍREZ GONZÁLEZ; YUSMAINI CLARO SOCARRÁS; CAROLINA CRESPO PALAU; OLGA DOBLADO LÓPEZ

HOSPITAL LLEUGER ANTONI DE GIMBERNAT// CATALUÑA

ID: 15622

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Faringo Amigdalitis Aguda (FAA) es una entidad de alta prevalencia en los servicios de urgencias, y es una de las principales causas de uso de antibióticos, a pesar de que la etiología vírica es la más frecuente. El uso indebido y excesivo de antibióticos ha ocasionado un incremento en la resistencia a los antimicrobianos, lo que ha sido considerado como una amenaza de salud pública por la OMS, por lo que se hace necesaria la realización del estreptotest en estos pacientes, que con un diagnóstico rápido nos brindan información necesaria para determinar la necesidad o no de antibioticoterapia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del trabajo es analizar el empleo del score centor modificado por McIsaac y estreptotest para el diagnóstico de la FAA estreptocócica. Para ello se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que fueron atendidos por los médicos de urgencias del CUAP de abril-2022 a abril -2023, según protocolo indicado por el equipo PROA regional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se calculó el score centor a 597 pacientes, durante todos los meses que se efectuó el estudio y se constató que el 92,13% (550 pacientes) resultaron ≥ 2 , los cuales tenían indicado el estreptotest. Se les realizó a 503 pacientes que constituyen el 91,45% de los que lo tenían indicado. El resto no fueron registrados o no existía en el momento disponibilidad de reactivos en el servicio.

El resultado del estreptotest arrojó como positivos el 45,53 % (229 pacientes). La mayor cantidad de casos positivos se concentraron en abril y noviembre del 2022. Según los datos aportados por las bibliografías consultadas, el porcentaje de casos positivos se aproxima a los resultados obtenidos en el estudio. A su vez, también existe una coincidencia con los datos aportados en las fuentes consultadas donde predominan en primavera y otoño.

El estudio realizado demostró que más del 50% de los pacientes que se visitan en urgencias por FAA no tiene como causa el estreptococo β hemolítico A, por lo que, en la mayoría de los casos no se hace necesaria la prescripción de antibioticoterapia, lo cual coincide con otros estudios realizados sobre la misma problemática.

INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN UN CENTRO DE SALUD

MONTSERRAT ABELLÀ PORTA; CARMEN JIMENEZ CIVIT; EVA CORNEJO CID; LAURA RUIZ DE PORRAS ROSELLO; ESTHER CIVIT MERCADE; TERESA ANTICH SALVADO

ABS MONTBLANC. CATALUÑA

ID: 17028

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento progresivo conlleva un aumento de polimedicación, interacciones, efectos adversos y dificultad en el seguimiento de la adherencia farmacológica.

Los pacientes más vulnerables son los que presentan fragilidad, definidos como paciente crónico complejos (PCC) por presentar cronicidad compleja y avanzada (MACA). Con dificultad en el seguimiento del tratamiento farmacológico por: su pluripatología, reducción de calidad de vida, participación en distintos dispositivos asistenciales y transiciones entre distintos centros.

Una buena adherencia farmacológica conlleva una mejor esperanza y calidad de vida, seguridad en el tratamiento y mejor pronóstico de la enfermedad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Intervención para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes en condición de fragilidad del centro de salud.

Metodología

Calcular el índice de envejecimiento de la población y identificar los pacientes PCC y MACA. Formación de los profesionales de salud sobre el procedimiento de adherencia al tratamiento.

Implementar de forma presencial o telefónica la encuesta validada de Morisky-Green utilizada para valorar la adherencia a fármacos, basada en cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica (si/no).

Introducir los resultados de la encuesta en nuestra base documental para conocer el cumplimiento:

En pacientes con cumplimiento: reforzar su conducta. En pacientes con incumplimiento: realizar intervención y evaluar en un año:

Información al paciente y cuidador sobre la importancia de seguir el tratamiento prescrito.

Revisar conjuntamente con el paciente la medicación pautaada, ármacos, dosis prescritas y en transferencias entre centros la prescripción cambiada.

Comprobar informáticamente que la dispensación farmacéutica coincida con la pautaada.

Repetir la encuesta Morisky-Green al año valorando el cumplimiento y la adherencia terapéutica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultado

El índice de envejecimiento se calcula realizando el cociente resultante de dividir la población mayor a 65 años de edad entre la población menor de 15 años, multiplicado por 100.

La difusión de la estandarización de las pautas de actuación sobre adherencia a los profesionales.

Cálculo de la adherencia terapéutica a través del cociente entre la encuesta Morisky-Green con buena adherencia en relación al número total de pacientes que ha realizado la encuesta, multiplicado por 100.

Comparación del resultado de la encuesta del año 2023 y 24 para valorar si existe mejoría después de la intervención realizada.

Conclusiones

En una población envejecida y pluripatológica es importante la implicación del paciente, el cuidador y los profesionales sanitarios para conseguir una buena adherencia.

Estandarizar el procedimiento de adherencia en nuestra estación clínica de atención primaria permite conocer el cumplimiento.

La mejora en la adherencia puede evitar problemas de seguridad al paciente, el incumplimiento conlleva posibles problemas clínicos, recaídas, hospitalizaciones y la disminución del éxito terapéutico.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA PURAPI EN EL ÁREA IV DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

JOSÉ DOMINGO ABRIL RODRÍGUEZ

CENTRO DE SALUD DE CARAVACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17130

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El uso inapropiado de antibióticos ha ocasionado un incremento de las resistencias bacterianas que pone en peligro su efectividad. La diseminación de microorganismos resistentes constituye una grave amenaza para la salud pública. Más de la mitad de los niños reciben antibióticos en la primera infancia, sobre todo por infecciones respiratorias de vías altas, cuya causa es eminentemente vírica. Además de las resistencias bacterianas, el uso indiscriminado de antibióticos tiene otras consecuencias negativas como reacciones adversas a medicamentos, alteración de la microbiota y aumento del gasto sanitario.

En 2018 se implantó en el área IV del Servicio Murciano de Salud (SMS) el Programa de Uso Racional de los Antibióticos en la Primaria Infancia (PURAPI) para intentar paliar este problema. Este programa consiste en formación médica en las patologías más prevalentes, uso del test rápido de detección del antígeno estreptocócico, monitorización de indicadores, preconización de la prescripción diferida e información a los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar la efectividad de las medidas recomendadas por el PURAPI en la reducción del empleo de antibióticos en la niñez.

La población de referencia fue la adscrita al área de salud. Se utilizó la parrilla de indicadores propuesta por el Grupo Regional IRAS-PROA del SMS. El protocolo de referencia fue el ESAC-Net Reporting Protocol 2022, versión Marzo 2022. Se tuvieron en cuenta sólo los antibióticos del grupo J01. Los datos de consumo de antibióticos se valoraron por principio activo. No se dispuso de los datos de consumo de antimicrobianos en sanidad privada, mutuas laborales o afiliados a MUFACE, ISFAS y MUGEJU.

Los datos se obtuvieron del Módulo de Análisis Libre del SMS, mediante el componente AdN, obteniendo datos de consumo de antimicrobianos a nivel comunitario prescritos en receta oficial (electrónica o física) dispensados por una oficina de farmacia y facturados al SMS y para su análisis se utilizó el software libre R Stats.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras un año de actividad del programa se observó una disminución del porcentaje de niños menores de 3 años tratados con antibióticos en la mayor parte de los centros de salud del área IV del SMS, aunque hubo uno en el que aumentó y otro que permaneció igual. Desde la implantación del PURAPI el porcentaje ha subido de un 13.46 % en 2018 a un 14.02 % en 2022, con solo un centro de salud en el que se mantiene la reducción.

Por tanto, podemos concluir que la efectividad de este programa para lograr una mejoría significativa es dudosa y que se debería procurar optimizar su implementación así como valorar medidas adicionales.

SIMULACIÓN CLÍNICA CUARTO DE CRÍTICOS/BOX EMERGENCIAS

JOSE MANUEL CECILIA CONTRERAS; LUCIA ESCRIBANO DOMINGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17135

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La simulación clínica supone un avance para el aprendizaje y la formación de los profesionales y alumnos de los diferentes ámbitos para adquirir conocimientos y habilidades que les permitan reaccionar y responder a todo tipo de situaciones creando ambientes y situaciones reales con pacientes simulados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La simulación clínica ayuda a preparar a los profesionales del ámbito de Urgencias a saber trabajar ante situaciones de emergencia que requiere una organización en las funciones y actividades que realizan todos los componentes del Equipo de Intervención que actúan en el cuarto de críticos/box de emergencias.

- Actualización de los patologías y protocolos por parte del personal Urgencias.
- Potenciación del trabajo en Equipo.
- Fomentar la comunicación entre los profesionales del Equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La simulación clínica en el propio box de emergencias ha permitido formar a los profesionales y les ha capacitado para trabajar en equipo y de manera ordenada.

- Mayor coordinación entre los profesionales de Urgencias.
- Trabajar la seguridad del paciente
- Aumentar conocimientos sobre las patologías más frecuentes en el Servicio de Urgencias.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO VULNERABLE EN URGENCIAS

JAVIER DIAZ GUIADO; RAQUEL SILVESTRE NUÑEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17217

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas influyen sobre uno de los accesos al sistema sanitario más frecuentados por el paciente geriátrico: los servicios de urgencias hospitalarias. Los modelos asistenciales para estos pacientes deben incluir un abordaje integral y para ello es clave la identificación de ancianos frágiles a su llegada a urgencias.

Es fundamental contar con una herramienta validada, sencilla y fácil capaz de identificar en el triaje a pacientes con alta probabilidad de sufrir un resultado adverso (reingreso en urgencias, hospitalización, mortalidad, deterioro funcional o dependencia, institucionalización o deterioro de la calidad de vida).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Identificar herramientas eficaces en detección del anciano frágil en urgencias.
- Estandarizar la clasificación adultos ancianos vulnerables en el acto de triaje de urgencias.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, Embase, The Cochrane Library y Cinahl. Se han aceptado los artículos más relevantes publicados en los últimos años sobre el tema excluyendo aquellos que no trataban sobre el paciente anciano y los que lo hacían fuera del ámbito de urgencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Existen publicaciones en las que se comparan herramientas estandarizadas para identificar al anciano frágil o de riesgo encontrando hasta 20 cuestionarios y destacando fundamentalmente en el ámbito de urgencias el Test de ROWLAND, el Vulnerable, Elderly Questionnaire (VEQ), la Identification of Senior At Risk (ISAR) y la Triage Risk Screening Tool (TRST) siendo las dos últimas como las más estudiadas, recomendadas y traducidas al castellano. La escala ISAR parece tener mayor sensibilidad y peor especificidad para detectar al paciente frágil que la escala TRST.

Algunos estudios destacan una buena concordancia inter observador al aplicar la escala TRST y aunque no contiene conceptualmente medidas de fragilidad, evalúa dominios de ésta, como son la funcionalidad, la movilidad y el deterioro cognitivo.

Tras la revisión se ha diseñado un formulario en la historia clínica para administrar la escala TRST siendo cumplimentada a la acogida del paciente en urgencias.

Conclusiones

Para evaluar adecuadamente a la población geriátrica en el triaje de urgencias, es necesario adaptar o recodificar los motivos de consulta y el valor que se da a la toma de constantes, el dolor o la alteración mental.

No existen sistemas de triaje convenientemente adaptados y validados para la población anciana por lo tanto, es necesario introducir en dicho proceso la administración de una escala factible, fiable, válida y sensible que permita detectar en adulto anciano frágil para conseguir dirigirle hacia circuitos de atención más seguros y funcionales para este tipo de pacientes y reducir así las probabilidades de que sufran un resultado adverso.

FORMANDO EN CALIDAD, CALIDAD EN LA FORMACIÓN. FOTOVOZ COMUNITARIO DOCENTE. TUTORES, EIR DE EFYC Y ESTUDIANTES DE GRADO

ALBA VALERA PATERNA; MARÍA TEXEDA MORENO HUERTA; JOSÉ LUIS MERINO CASTILLO; MIGUEL RUIZ CARRILLO; MARÍA MERCEDES MARTÍNEZ ORTEGA; MÓNICA AMOR GONZÁLEZ

ARCHENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17311

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los activos para la salud son factores o recursos que mejoran las habilidades de personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y ayudar a reducir las desigualdades en salud. Sin embargo, tanto residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) como estudiantes de Grado, al comenzar su estancia formativa, desconocen la comunidad y los recursos de su zona básica de salud (ZBS). Una herramienta óptima que permite el conocimiento de recursos o activos de salud comunitarios es el ``Photovoice`` (Fotovoz). Esta metodología cualitativa, a través de la fotografía, facilita que los participantes documenten y reflexionen sobre su comunidad y las fortalezas que la misma posee. Una formación y orientación de futuros profesionales hacia el conocimiento de su comunidad, supone un aumento de la calidad inicialmente docente aunque también de la calidad total de los equipos asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Iniciar a los estudiantes de Grado y a los EIR de EFyC en el enfoque comunitario. Identificar activos para la salud comunitarios a través de un Photovoice de la Comunidad. Informar al Equipo de AP (EAP) de dichos activos. Orientar hacia un enfoque comunitario a los miembros del Equipo de Atención Primaria.

Metodología

Usando el Photovoice, se realizó una recopilación de fotos de los activos de la comunidad por parte de las R1 de EFyC, de las estudiantes de 4º de Grado en Enfermería, y de sus tutores. Una vez recogidos los activos, se realizó un análisis cualitativo de las fotografías y, finalmente una exposición de estos recursos al EAP del centro de salud. La actividad se incluyó en las evaluaciones de las EFyC y de las estudiantes en formación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Las estudiantes, y las especialistas en formación han alcanzado competencias en Fotovoice Comunitario. Se presentó el inventario de Activos en salud de la Comunidad al Equipo de Atención Primaria.

Los resultados de este Fotovoz han presentado coherencia con otros métodos de identificación de activos, como el Mapping Party, en poblaciones similares.

Se ha generado un listado de activos para ser usados en la consulta mediante la "prescripción de Activos en Salud". Se ha promovido en las personas en formación, y en todo el EAP, el acercamiento hacia un enfoque comunitario.

Conclusiones

A raíz de esta experiencia, hemos conseguido aproximarnos, a través del Photovoice, al conocimiento de los activos comunitarios.

Gracias a esta actividad, se ha logrado identificar, recopilar y categorizar una gran parte de activos de esta comunidad.

El cambio de enfoque de la actual Atención Primaria centrado en la patología (patogénico) hacia un enfoque centrado en la salud (salutogénico) es urgente. Para ello, como residentes EFyC, nos gustaría seguir promoviendo el enfoque centrado en la salutogénesis, así como en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

CENTRANDO LA ATENCIÓN EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ¹; DAVID MALILLOS PÉREZ²; MARIANELA BAYÓN CABEZA¹; ANA ISABEL MONZÓN BUENO²; MARÍA ASUNCIÓN GARCÍA PÉREZ³; JAVIER HERNÁNDEZ GOICOECHEA⁴

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, ²CENTRO DE SALUD PINTO, ³HOSPITAL FUNDACIÓN DE ALCORCÓN,

⁴SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17409

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El TDAH está considerado como el trastorno crónico neurobiológico y del neurodesarrollo más frecuente. Su diagnóstico es clínico, basado en los criterios diagnósticos del DSM-5. Consiste en la aparición de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, con una frecuencia e intensidad superior a lo esperable para la edad y desarrollo de la persona, y que interfieren en los ámbitos social, laboral o escolar. Se diagnostica principalmente en la infancia y puede persistir en la edad adulta.

Este trastorno genera un importante impacto social, familiar, académico/laboral en la persona que lo padece y su entorno; y se asocia con una elevada comorbilidad médica y psiquiátrica.

Es necesario mejorar la atención a las personas con TDAH. Para dar respuesta a esta necesidad, en nuestra comunidad se elabora el Protocolo de Atención a personas con TDAH en Atención Primaria (AP).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Homogeneizar y normalizar las actuaciones del proceso de atención a población con TDAH en el ámbito de AP, establecer los criterios de derivación entre los diferentes ámbitos implicados, y facilitar a los profesionales el registro de la atención en un formulario de registro específico en la historia clínica electrónica de AP.

Metodología

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de AP y Atención hospitalaria (AH) que toma como punto de partida, otros protocolos de coordinación previos realizados a nivel local. Se actualiza y amplía la información en base a la mejor evidencia disponible sobre el manejo del trastorno, en la población infantil, la etapa de transición y en población adulta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El protocolo establece las pautas para la sospecha y detección precoz, y la evaluación clínica. Describe los criterios diagnósticos, el diagnóstico diferencial, y posibles trastornos comórbidos, el abordaje no farmacológico y farmacológico, y el seguimiento por parte de medicina y enfermería. Incluye escalas y test validados que facilitan la detección y el manejo. Establece criterios de derivación a Atención Hospitalaria (Neuropediatría y Salud Mental); en el ámbito educativo, al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica o al Departamento de Orientación; y a las Unidades de Trabajo Social Sanitario de AP.

Además, se elaboraron folletos de recomendaciones dirigidos a los padres, madres o cuidadores de los niños/as y adolescentes con TDAH, y otro dirigido a los adultos con TDAH, que proporciona pautas claras sobre cómo afrontar este trastorno.

Se crea un formulario de registro en la historia clínica electrónica de AP con herramientas de ayuda, que protocoliza y facilita el registro de la información por parte de los profesionales.

Conclusiones

El protocolo ayuda a homogeneizar las actuaciones y plantea el abordaje del TDAH desde una perspectiva multidisciplinar, en la que resulta fundamental la continuidad de cuidados entre los ámbitos sanitario y educativo, así como en la atención en su transición a la vida adulta.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA. ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

JUAN ANTONIO LOPEZ GARCIA; MERCEDES GOMEZ RUIZ; MARAVILLAS FERNANDEZ FERNANDEZ; ANA BELEN RODRIGUEZ VELAZQUEZ; JUANA SANCHEZ SANCHEZ

H.COMARCAL DEL NOROESTE. REGIÓN DE MURCIA- AREA IV – NOROESTE// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17729

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La prescripción enfermera, en España, está regulada por ley. La legislación indica qué puede prescribir enfermería en base a la no sujeción a receta médica y las guías y protocolos aprobados.

La implantación de esta función ha seguido diversos modelos en las distintas comunidades autónomas y Servicios de Salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Tras la implantación en la Región de Murcia de la prescripción enfermera en profesionales de atención primaria, se quiere conocer la opinión de éstos sobre el proceso de implantación y los resultados que ofrece a otros profesionales y población.

Se ha utilizado un cuestionario de opinión que valora diferentes ítems con una escala de 1 a 5, El cuestionario también ofrece alguna pregunta abierta donde los profesionales pueden contar su experiencia. El cuestionario se ha administrado con la herramienta forms de Microsoft Office.

Se valora El proceso de implantación de la prescripción enfermera y la formación recibida, Así como la percepción de los diferentes profesionales y población afectados por esta medida.

Para el análisis de los datos se ha utilizado la propia herramienta forms y Microsoft Excel.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Algunos de los resultados obtenidos del cuestionario:

La formación recibida en la aplicación, puntuación de 3.75 sobre 5. El 60% de los profesionales ha valorado la formación con 4 o 5 puntos.

Catálogo de productos que puede prescribir enfermería, puntuación media de 3.15, Menos del 40% de los profesionales da una puntuación de 4 o 5 puntos.

Facilidad de uso de la aplicación de receta. La puntuación media obtenida ha sido de 3.54. El 50% de los profesionales ha valorado. La aplicación con 4 o 5 puntos.

Frecuencia de uso de la prescripción enfermera, la respuesta ha sido unánime, se usa esporádicamente.

Producto más recetado. La respuesta es variada, pero en cabeza están los pañales, apósitos y en menor medida dispositivos de ostomías y sondas.

Pedimos que valoraran Según su percepción, la satisfacción de diferentes colectivos en relación a la receta enfermera. Los colectivos sobre los que se pregunta son: usuarios, medicina y enfermería.

En su respuesta encontramos que el colectivo más satisfecho con la Prescripción enfermera es el de usuarios (50% 4 o 5 puntos). Curiosamente, el colectivo menos satisfecho con la prescripción enfermera, son las propias enfermeras (23% 1 punto)

Es necesario seguir avanzando en el desarrollo de las posibilidades legales, poniendo en marcha los protocolos de prescripción pendientes de desarrollo y haciendo visible la prescripción enfermera en la población de tal forma que pueda ser una herramienta con valor añadido para la atención de los usuarios.

En general los usuarios desconocen la posibilidad de receta por enfermería, pero que los que han tenido oportunidad de recibir este servicio se sienten satisfechos.

IMPACTO DE UN PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS. AQUÍ YA NO ES ASÍ, EQUIPO BASE LÍDERES DEL CAMBIO

M^º MERCEDES PÉREZ GARCÍA; JOSE ANTONIO VERA PÉREZ; MARÍA VELASCO GARCÍA; INMACULADA HEREDIA SÁNCHEZ (3); MARIA DOLORES GONZÁLEZ BALIBREA; PEDRO PÉREZ PARDO

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15367

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las guías de práctica clínica deben ser la base de la atención sanitaria, desafortunadamente existe variabilidad en cuidados, existe una brecha entre "siempre se ha hecho así" y cómo debe de hacerse. Implementar recomendaciones del "buen hacer" y dejar de hacer lo ineficáz, disminuir la variabilidad de nuestras acciones y apostar por una metodología implementación como agente de cambio asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es implementar recomendaciones basadas en la evidencia científica en unidades de asistenciales, atendiendo a recomendaciones de valoración de dolor y de incontinencia urinaria (IU) no complicada con evaluación en resultados en los pacientes a estudio.

La metodología de implantación y evaluación está guiada por expertos en práctica basada en la evidencia (PBE).

Se basa en que un equipo base de enfermeras de una unidad asistencial recibe formación en PBE, auditoría y de valoración de dolor y valoración de IU no complicada, estableciendo unas recomendaciones de buenas prácticas a implantar realización de auditoría basal seguido de reuniones de equipo para identificar barreras y diseñar estrategias de acción, auditoría 3, 6, 12 meses con reuniones de análisis y seguimiento por el equipo coordinador.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

4 unidades de hospitalización y el servicio de Urgencias trabajaron valoración del dolor con 7 indicadores(I) de proceso y 2 I de resultado obteniendo en las 5 unidades de estudio resultados positivos de la implantación de las recomendaciones de PBE en las auditorías de seguimiento.2 unidades de hospitalización trabajaron la implantación de valoración de IU no complicada en donde se presentaron 7 I de proceso y 2 I de resultado siendo viable tan solo un I de proceso y las 2 unidades obtuvieron datos favorables a implementación de buenas prácticas.

Durante el proyecto se han diseñado herramientas que han quedado en la institución como: formulario en la historia clínica informatizada con los ítems de recomendaciones en valoración integral del dolor, accesible a todo el hospital, video de la valoración del dolor, folleto de valoración integral del dolor, plan de cuidados estándar del dolor, poster de tipos de IU y valoración de IU no complicada, incorporación de ítems en los formularios de uso diario sobre autonomía en la continencia, registro y valoración de los problemas asociados a la IU, compra de sillas de baño portátiles para disminuir el uso de absorbentes en la IU de urgencia, inicio de micción pauta hospitalización, folleto para recomendaciones a familias y pacientes con IU.

Podemos concluir que el proceso estructurado y metódico de implantación de recomendaciones guiado por expertos, ha producido en las unidades de estudio cambios en la manera de hacer, ha implementado PBE en dolor e IU y ha dejado herramientas para que se haga extensivo a todo el hospital reforzando lazos de trabajo en equipo, produciendo resultados en los pacientes y siendo base para futuras intervenciones.

TRABAJO PARA LA MEJORA DE LOS CUIDADOS A LOS PACIENTES CON DISFAGIA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

LAURA QUESADA VIDAL; CARMEN ALCARAZ LÓPEZ; MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MÚÑOZ; ELENA TORÁ RICO; ANA ISABEL ESTEBAN GONZÁLEZ

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15399

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La disfagia es la dificultad para tragar de forma correcta líquidos y/o sólidos, debido a un error en alguno o algunos de los pasos que suceden en el proceso de alimentación.

En el anciano, es uno de los síndromes geriátricos más importantes. Aumenta su prevalencia conforme aumenta la edad del paciente, comorbilidad, número de fármacos e interacciones, así como la coexistencia con otros síndromes geriátricos, con los que está claramente relacionada. Algunos datos sobre su prevalencia; ancianos institucionalizados: 56 a 78%, ancianos ingresados 44% y en la comunidad un 25%.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Mejorar la formación y conocimiento del personal sanitario en el manejo de la disfagia.
- Elaborar un procedimiento común para las distintas unidades del servicio, consensuando un programa piloto de actuación.
- Diseñar y desarrollar cartelería informativa para pacientes, familiares y personal sanitario.

Para ello, se crea un grupo de trabajo interdisciplinar en septiembre de 2019, formado por enfermería, técnicos auxiliares en enfermería, nutricionista, terapeuta ocupacional y médico geriatra que se reúne en sesiones periódicas para trabajar sobre necesidades detectadas y posibles estrategias para su resolución y abordaje.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Reuniones del equipo del 1/10/19 al 20/6/20 en las que se trabaja sobre la elaboración de un plan de actuación común para el manejo de los pacientes diagnosticados de disfagia. Se hace difusión de cursos para mejorar la formación en disfagia de los componentes del grupo. Se elabora infografía específica para poner en las habitaciones, se inicia su colocación en enero 2020, y también se trabaja sobre adecuación de material y menaje: se disminuye el acceso a pajitas desde las plantas, se solicitan vasos con escotadura y se ofrecen distintos tamaños de cucharas.

Se realizaron 4 sesiones formativas para todo el personal sanitario de las distintas unidades del servicio: 11,16 y 18 de junio 2020 para enfermería y TCAEs, 17/6/20 a médicos, para formación diagnóstico-terapéutica en disfagia y dar difusión al plan de actuación común.

En abril 2021 se realiza otra sesión dirigida a profesionales sanitarios de otras unidades hospitalarias que muestran interés por el tema. La difusión fuera de nuestra unidad ayudó a la creación de una comisión de disfagia en el complejo hospitalario.

Actualmente, se evidencia una mejora en la detección, diagnóstico y abordaje de disfagia en los pacientes ingresados, que se refleja en el aumento progresivo de las interconsultas realizadas para valoración de la misma y en pacientes vistos en consultas, también se objetiva un aumento en realización de MEC-V así como de educación sanitaria sobre manejo disfagia a pacientes/familia.

En nuestra unidad, la disfagia ha dejado de ser "esa gran desconocida".

LA FARMACIA HOSPITALARIA SUMA EN LA ECUACIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD PARA EL RESULTADO EN CALIDAD ASISTENCIAL

JOSEFINA GIMENEZ CASTELLANOS; CARLOS JOSE CORTES SANCHEZ; JUAN MANUEL RODRIGUEZ OLMEDA; IRENE TOLEDO GUASP; EVA GARCIA CORTES; LEANDRO QUILES MARTINEZ

HOSPITAL REQUENA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15616

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista del diseño y la construcción, el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) contribuye de forma importante al consumo energético (CE) generado en el entorno hospitalario.

En el SFH se puede medir la actividad diaria de consumo de recursos, así como la huella de carbono (HC) generada por los diferentes procesos que se desarrollan y así poder contribuir a la mejora asistencial y la sostenibilidad del sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar el diseño estructural y funcional del SFH para detectar acciones de mejora sostenibles que maximicen la seguridad, eficacia y eficiencia de la asistencia ofrecida y percibida por los usuarios. Para ello, se estableció un equipo multidisciplinar formado por farmacéuticos y el Servicio de Ingeniería. Se realizó mediante metodología AMFE.

El análisis estructural se dimensionó desde el conocimiento de la ingeniería aplicada a la remodelación del SFH para incrementar su eficiencia energética, calcular la HC y optimizar la gestión de residuos.

La dimensión funcional se orientó al análisis en las diferentes áreas del SFH, revisando cada proceso, con oportunidades de mejora en la gestión de residuos, la compra responsable para la reducción de medicamentos innecesarios o inadecuados, la elaboración eficiente y la reducción en el número de visitas de los pacientes al hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron como mejoras estructurales: instalación de placas solares fotovoltaicas con almacenamiento, placas solares térmicas para producción de agua caliente sanitaria y climatización, dispositivos de control de temperatura, enfriadoras con recuperación total y diseño de ventanas y parámetros verticales para la utilización de la luz natural.

La HC calculada para el hospital fue de 1.236,17 toneladas de CO₂ en el año 2022, lo que supone un incremento del 38% respecto al año anterior. Si extrapolamos los datos al SFH por metros cuadrados de superficie construida, representa el 1.4% del total.

Para la gestión de residuos, identificar, clasificar y análisis de los residuos generados en el SFH entre 2019-2022 (datos presentados para el Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) 2023).

En la dimensión funcional se proponen: inclusión de la HC, revisión de la guía farmacoterapéutica y fomentar la compra responsable (productos biodegradables, formato unidosis en reenvasado y gestión de restos en la elaboración). Potenciar la telefarmacia, participación en comisiones multidisciplinarias (PROA o calidad asistencial) para contribuir en la selección óptima de medicamentos. A destacar el intercambio terapéutico en la aerosolterapia (inhaladores presurizados versus por polvo seco o niebla fina).

La FH puede contribuir a la calidad asistencial eficaz y eficiente con una visión holística: ambiental, económica y segura. Las alianzas estratégicas multidisciplinarias, tándem ingeniería-farmacia, aporta valor en la creación de servicios más eficientes al mismo tiempo que sostenibles y humanizables.

CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO: UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

VICTOR JULIAN MORENO CUERDA; MARÍA CEPEDA GONZÁLEZ; JAVIER ABELLÁN MARTÍNEZ; JOSÉ ANTONIO MOLINA ORTIZ; CARMELO TAFALLA BORDONADA; JUANA MARÍA MOLINA RAMOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MÓSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17175

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) permite el estudio ambulatorio de pacientes con patología potencialmente grave con un tiempo de demora mínimo, utilizando eficientemente los recursos disponibles.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En Febrero 2022 se puso en marcha la CDR del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), de forma coordinada y consensuada con Atención Primaria, Urgencias, Servicios de Radiodiagnóstico y Aparato Digestivo, así como Servicio de Admisión, en un proyecto previamente validado por la Dirección de Continuidad Asistencial y aprobado por la Gerencia del Hospital.

Se establecieron unos criterios de derivación, y un compromiso de plazo para valorar al paciente (menos de 72 horas una vez realizada la petición). Se habilitó un circuito ágil de derivación desde Urgencias, Atención Primaria, así como de otras Unidades del Hospital.

La clave del funcionamiento de esta consulta es la rápida valoración del paciente, así como el acceso rápido a determinadas pruebas complementarias: radiodiagnóstico y endoscopias. Para ello, se procedió a reorganizar las consultas de Medicina Interna para dotar al proyecto de una consulta fija cinco días a la semana. Se crearon agendas específicas en los Servicios de Radiodiagnóstico y Aparato Digestivo respectivamente, con el fin de promover el rápido acceso a las pruebas complementarias.

Evaluamos la puesta en marcha de la CDR (Febrero 2022 a 31 Octubre 2022), analizando las características de los pacientes, causas de derivación, diagnóstico al alta, y tiempo de demora en la primera visita y para obtener el diagnóstico. Estos objetivos fueron descritos previamente como indicadores de proceso, con el fin de evaluar el funcionamiento de la CDR y detectar posibles desviaciones, en un ciclo de mejora continua.

Esta consulta no está dotada de financiación específica, pues los recursos que necesita se han obtenido de la optimización y reorganización de recursos previamente disponibles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante los primeros meses de la consulta se han derivado 231 pacientes. El 52% eran mujeres, y la edad media de 64 años (rango: 49-73). El tiempo medio de espera para la primera visita fue de 1.4 días; el 89% fueron atendidos en las primeras 72 horas desde su derivación. Su procedencia fue: Urgencias 46%, Atención Primaria 32%, otras especialidades 23%. Los principales motivos de derivación son: síndrome constitucional (34%), anemia (22%), dolor abdominal (11%), adenopatías (8%) y hallazgos radiológicos (6%).

El tiempo medio para el diagnóstico ha sido de 9 días naturales (rango 9-19). El tiempo medio para el diagnóstico de neoplasias fue de 16 días (rango 6-20). Se han diagnosticado 25 pacientes con neoplasia (13%).

La puesta en marcha de la CDR ha supuesto una mejora en la asistencia a pacientes con patología potencialmente grave, consiguiendo un proceso más eficiente que evita estancias hospitalarias.

ENSAYO COMPARATIVO DE LA EFICACIA ENTRE DIETA LIBRE Y PROGRESIVA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

MARÍA RAMÍREZ FARACO¹; FRANCISCO MIGUEL GONZÁLEZ VALVERDE¹; JORGE ALEJANDRO BENAVIDES BULEJE¹; PEDRO PARRA BAÑOS¹; MARÍA MAESTRE MADERUELO²; MARIA VALERO SORIANO¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, ²COMPLEJO HOSPITALARIO SANTA LUCIA DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17175

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En los pacientes con diverticulitis aguda no complicada (DANC) no es necesaria la restricción oral. Tradicionalmente, numerosos autores y guías clínicas han aconsejado una dieta progresiva (DP) a base de líquidos durante 2-3 días seguida de una dieta blanda baja en fibra. A pesar de que no existen estudios de nivel I de evidencia que valoren los efectos de esta dieta, su tolerancia o su duración, ésta sigue siendo la actitud predominante en los servicios de cirugía. Presentamos un ensayo clínico que evalúa la administración de una dieta libre (DL) en pacientes con DANC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo fue demostrar la no inferioridad en términos de eficacia terapéutica de una DL frente a una DP en el tratamiento de la DANC.

Se realizó un ensayo clínico randomizado, multicéntrico, en pacientes con DANC entre abril de 2018 y mayo de 2019. Los sujetos se aleatorizaron en bloques balanceados de 6 celdas para comparar una DL frente a una DP.

Para valorar la eficacia terapéutica, se realizó un análisis de no inferioridad teniendo en cuenta el fracaso del tratamiento considerado como el número de pacientes que presentaron: empeoramiento en la escala Hinchey modificada de Wasvary y/o cirugía, precisaron ingreso o fallecieron en cada grupo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 132 pacientes (66 en cada grupo). La edad media fue de 55.7 (DT13.8) años y el 52.3% eran varones. Ambos grupos del estudio eran homogéneos en características demográficas y antropométricas.

Hubo fracaso del tratamiento en 7 pacientes (5,6%), 4 en DL y 3 en DP, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos ($p=1,000$). La DL ha demostrado no ser inferior frente a la DP.

La dieta libre ha demostrado no ser inferior a la dieta progresiva en cuanto al fracaso del tratamiento en la diverticulitis aguda no complicada.

La dieta libre supone un tratamiento comparable en eficacia a la dieta progresiva, por lo tanto, consideramos que puede ser recomendada en el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada, contribuyendo así a la normalización de la vida del paciente. A raíz de los resultados de este estudio se ha modificado la vía clínica de la DANC en nuestro hospital para incluir este tipo de dieta.

IMPLANTACION DE LA ESCALA NEWS EN EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DEL DETERIORO FISIOLÓGICO: PAPEL DE ENFERMERIA

MARIA DEL MAR GONZALEZ MARCO (1); ROSARIO GOMEZ GOMEZ ORIHUELA

FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17313

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes hospitalizados sufren situaciones con deterioro clínico grave, necesitando una intervención rápida. La detección precoz y comunicación eficaz de estas alteraciones por parte de enfermería es un factor clave para la seguridad del paciente. La escala NEWS es una herramienta sencilla que mide parámetros fisiológicos clasificando y detectando el riesgo de deterioro clínico, permitiendo realizar una intervención temprana, disminuyendo la morbimortalidad, los costes y las estancias hospitalarias. Esta escala está basada en un sistema de puntuaje simple de diferentes variables fisiológicas como, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la saturación de oxígeno, el estado de conciencia y la oxigenoterapia; objetivando así las necesidades terapéuticas y asistenciales en función de la gravedad, indicando la frecuencia de monitorización, la urgencia de revisión y activando el equipo de intervención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Analizar la situación actual de la implementación del NEWS en una unidad de hospitalización.
- Describir puntos fuertes y aspectos de mejora

Metodología

En una fase inicial se realizó formación de profesionales, creación de registros, configuración de sistemas informáticos y algoritmo de activación de respuesta.

En la segunda fase, se realizó una prueba piloto en dos unidades de hospitalización.

En una tercera fase, se implementó en el resto del hospital realizando un corte observacional, incluyendo pacientes adultos hospitalizados y excluyendo pacientes en situación de últimos días.

Cuarta fase, análisis de datos dando lugar a propuestas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 42421 registros de la escala NEWS de 431 pacientes de una unidad de hospitalización desde marzo hasta mayo de 2023, con un total de 22535 registros. Se obtuvieron 91%(3877) de registros con News de riesgo bajo (0-4), un 7% (278) con riesgo medio (5-6) y un 2% (81) con un riesgo alto (mayor o igual a 7).

Analizando los registros con riesgo alto obtuvimos, un 61% (51) no registró la llamada al equipo médico, sin embargo en la revisiones de historias clínicas, el 25,4% (13) si la realizó, derivando en intervenciones terapéuticas el 33,3% (17). El 6,8% de los registros no tenían criterios de realización ni de llamada al equipo médico.

Conclusiones

La implementación del News mejora el pronóstico y la seguridad del paciente con independencia de la experiencia del enfermero.

Puntos fuertes:

- El alto grado de compromiso por parte de enfermería.
- Utilización de la escala News como herramienta de lenguaje común en la detección del paciente con riesgo de deterioro.

Aspectos de mejora:

- Completar y mejorar los registros de llamada al médico.
- Incorporar la escala News en la transmisión de información para la transferencia de pacientes
- Rutina de realizar al menos un News por turno.

En el 7% de las valoraciones se activó la llamado al equipo de intervención. De éstos el 65% fueron valoraciones con riesgo medio (NEWS 5-6) y el 35% se valoraron con riesgo alto (NEWS >7)

ACCESO VASCULAR AL INICIO DE HEMODIÁLISIS E INDICADORES DE CALIDAD ¿OPORTUNIDAD DE MEJORA O ACTUALIZACIÓN?

ANA ESTHER SIRVENT PEDREÑO¹; MARIA ROSA VIGUERAS HERNÁNDEZ¹; ANTONIO PÉREZ PÉREZ¹; JUAN MARIANO PÉREZ ABAD²; GUADALUPE RUIZ MERINO³; ALBERTO JAVIER ANDREU MUÑOZ¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, ²HOSPITAL MESA DEL CASTILLO, ³FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 13565

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Las guías españolas del acceso vascular (AV) recomiendan un porcentaje superior a 80% de fístulas arteriovenosas (FAV) tanto al inicio de hemodiálisis (HD) como en prevalentes. Sin embargo, el grado de cumplimiento por centros de estos estándares en incidentes es nulo. En la práctica clínica, los escenarios responsables de un exceso de catéteres (CT) para HD son diversos y el riesgo de mortalidad ajustado por otras variables depende de la dinámica de cambios de FAV a CT y viceversa.

Nos preguntamos si las metas para la obtención de la FAV en incidentes no deberían ser actualizadas a favor de expectativas racionales según las causas que precipitan la entrada en diálisis.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos, Personas Y Métodos

Análisis del cumplimiento de los indicadores de calidad recomendados por las guías españolas del AV.

Identificar los factores que condicionan la no disponibilidad de FAV al inicio de HD.

Estudio multicéntrico retrospectivo en pacientes prevalentes en HD más de 6 meses. Gestión de procesos para la disponibilidad de FAV apta para HD por equipo multidisciplinar ambulatorio: toma de decisión compartida y elección de HD como tratamiento sustitutivo renal (TSR), derivación a consulta de ecografía vascular (CEV) para mapeo, derivación a cirugía, derivación a CEV para seguimiento con aplicación de eventuales medidas correctoras quirúrgicas o percutáneas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Hemos valorado 239 pacientes. Tiempo en HD 59,9±52,6 meses.

Inician HD por catéter temporal (CTt) 9,2% (objetivo guías (og)<10%), CT permanente (CTp) 26,4% (og<10%), prótesis 1,3% (og<10%), Fav 64,4% (og>80%). Según debut, inician HD por FAV, 92,5% de forma programada, 27,88% de forma aguda.

Condiciones relacionadas con la no disponibilidad de FAV al inicio de TSR: dependientes de la enfermedad por fracaso renal agudo no recuperado, enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) oculta, ERCA reagudizada; dependientes de la técnica de TRS por transferencia desde diálisis peritoneal (DP) o trasplante renal fallido; dependientes del paciente por cambios de opinión tras elección inicial de DP, preferencia del paciente por CTp, falta de adherencia y/o incomparecencia a citas.

En prevalentes 83,3% dializan por FAV. De los que dializan por CTp, 5,4% están pendientes de maduración/confección de FAV, 4,2% eligen dializarse por CTp, 7,1% presentan imposibilidad clínica para la realización de FAV.

Conclusiones

El uso de FAV al inicio de la terapia está condicionado por la evolución crónica o reagudizada de la enfermedad y por las preferencias de los pacientes. Los estándares se cumplen en incidentes que inician de manera programada. Sin embargo, la oportunidad de mejora en la optimización del diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal y/o la gestión de las citas perdidas en los agudos se deben considerar. La gestión multidisciplinar proactiva y dinámica del AV orientada hacia los pacientes permite alcanzar una tendencia positiva y la mejora de los indicadores de calidad en los prevalentes de nuestra serie.

ATENCIÓN DE CALIDAD A UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA

MARÍA JOSÉ VICENTE PÉREZ; MARIA DOLORES MEROÑO RIVERA; JOSÉ MARTÍN RODRÍGUEZ; MARIA TERESA ROLDÁN CHICANO; JOSE LUIS GONZÁLEZ SAURA; LUCIANA ENCARNACIÓN SÁNCHEZ MORENO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14418

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La atención a una paciente diagnosticada de cáncer de mama es un proceso complicado, en la que se ve afectada no solo su salud, debiendo someterse a cirugías, tratamientos de quimioterapia con sus consecuentes efectos secundarios, sino también, se ve alterada su percepción y autoestima como mujer; frecuentemente, se realiza una mastectomía y posterior reconstrucción, cuyo último paso, es la creación de un nuevo complejo areola-pezones, que, una vez cicatrizado, se procederá a la pigmentación.

Habitualmente, el tratamiento hospitalario finaliza, quedando pendiente la pigmentación de las areolas en centros privados, con el consecuente gasto económico y la incertidumbre del resultado.

Terminar el proceso en la consulta de enfermería dermoestética micropigmentadora hospitalaria, garantiza las condiciones necesarias, la implicación de personal cualificado y el uso de materiales adaptados que cumplan las medidas de seguridad de la AEMPS, sin obviar la necesaria atención psicológica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es atender el proceso íntegro de una paciente con cáncer de mama.

La micropigmentación areolar consiste en pigmentar la piel del pezón y la areola, dando una apariencia natural y estética, además de corregir otros defectos.

El pigmento se infunde en la capa basal de la dermis, creando la ilusión de una areola y pezón. Es cómodo para la paciente, indoloro y debe realizarse con pigmentos específicos. Debido a la naturaleza y profundidad de introducción de los pigmentos empleados, tiene una duración que oscila entre uno y cuatro años. Las características de los pigmentos se diferencian del tatuaje convencional, donde la tinta se implanta en la dermis media y profunda, mientras que en la micropigmentación es a nivel de la unión dermoepidérmica y dermis superficial, lo que hace que se precisen retoques a lo largo del tiempo. Para la realización de una nueva areola son necesarias al menos dos sesiones, en la primera se hará una historia de la paciente, se tomarán medidas, se hará un diseño previo y se procederá a pigmentar. En una segunda sesión, se repigmentará y se darán efectos 3D más acentuados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En España, la incidencia de este tipo de tumor va en aumento, según la SEOM, el cáncer de mama será el segundo más frecuente diagnosticado en 2023, con 35.001 nuevos casos.

La micropigmentación areolar en pacientes oncológicas, va más allá de la estética. Ha supuesto un enorme progreso a la hora de mejorar la calidad de vida, autoestima y bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas, descontentas con su imagen tras las secuelas del tratamiento quirúrgico previo.

Aunque la micropigmentación mamaria tras una mastectomía está incluida en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud desde 2019, existen muy pocos hospitales públicos que la oferten a sus pacientes, con la consiguiente merma en la calidad de la asistencia, ya que deben finalizar el tratamiento de forma ajena al centro en el que son tratadas, y por personal y con una técnica, menos adecuada.

DEUDA CERO: GARANTÍA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CELSO CURIEL JORCANO; MIRIAM CALVO SÁEZ; MIGUEL ÁNGEL SILVÁN SOTILLO; ALICIA GONZÁLEZ LÓPEZ; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14428

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En este sentido, la Unidad de Celadores está realizando una serie de acciones destinadas a optimizar los recursos humanos disponibles desde septiembre de 2015. Una de las circunstancias que más problemas genera en cualquier servicio/unidad es la deuda de días libres arrastrada de periodos anuales anteriores. Esto no solo supone que no se podrían conceder días no planificados (salvo contratación para ello), sino que el agotamiento del personal iría en detrimento de su actividad diaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es eliminar la deuda de días libres de periodos anuales anteriores y cumplir con programación anual, respetando la normativa vigente y dando la mejor cobertura posible.

Para ello, en diciembre de 2015, se acordó un nuevo catálogo de puestos de trabajo de la Unidad de Celadores que recogiese únicamente los que podíamos cubrir, entendiendo como tal, aquellas coberturas que garantizaran el disfrute de la totalidad de libranzas ordinarias y extraordinarias a los que tiene derecho cada trabajador. Este catálogo se renueva periódicamente en función de nuevos acuerdos.

Paralelamente, se elaboró e implantó un plan de viabilidad de gestión que nos permitiese conseguir nuestro objetivo:

- Entrega de planilla anual a todos los integrantes del colectivo.
- Creación de patrones de libranza que nos permitiesen adecuar los efectivos con flexibilidad.
- Concesión del 100 % de los días libres solicitados entre 10 y 30 días antes del concreto (excepto periodos especiales), poniéndonos como objetivo facilitar dicha concesión en un porcentaje no inferior al 90 % (se concede una media del 95,6 % en el periodo 2015-2022) y gestionando otras opciones de libranza o cambios (si proceden) en los pocos casos en los que no se pueda conceder.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Si tenemos en cuenta que el promedio anual de días trabajados por cada profesional diurno no supera los 210 días, haber eliminado una deuda de 3875 días, previos a 2015, nos ha permitido disponer de 18 celadores más de plantilla durante el año. Desde entonces, la disponibilidad de personal no se ve afectada por la necesidad de otorgar días por deuda.
- Esta disponibilidad, además, nos ha permitido reducir la necesidad de contratación a lo estrictamente necesario.
- Las medidas implantadas permiten asegurar la viabilidad de la Unidad de Celadores, tanto en disponibilidad de recursos humanos, como en cumplimiento presupuestario.
- La plantilla se halla en unas condiciones de libranza óptimas, no superando de forma seguida más de seis días de trabajo (en el peor de los casos), lo que redundará en un estado físico y mental óptimo y un rendimiento adecuado, para beneficio de todas las partes interesadas.

TRANSVERSALIDAD DE LOS CELADORES, UN CONOCIMIENTO DE ALTO VALOR

JOSÉ LUIS URRUTIA BARRIOS; RAQUEL RACERO ROMÁN; PALOMA SICILIA VAQUERO; SAGRARIO MARTÍ LÓPEZ; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14532

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Una de las características más importantes del colectivo celador es su transversalidad, pues debido a nuestra diversa funcionalidad, se nos puede encontrar en casi todas las ubicaciones del hospital. Esto constituye una virtud que no debe ser desaprovechada, pues puede ser muy útil en diferentes foros y entornos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es, desde 2016, recoger de la mejor manera posible todas aquellas aportaciones que añadan valor a la atención del paciente y al hospital en diferentes aspectos.

- Recoger aquellas ideas o sugerencias de los integrantes de nuestra plantilla que aporten mejoras, sin que deba implicar incremento de gasto. Por ejemplo, Recoger sus aportaciones a través de un trabajo incluido en los cursos de formación continuada online. Todas ellas se valoran, y se recogen interesantes sugerencias.
- Generar incentivos concretos, becando a las mejores ideas (en sendas convocatorias de premios) con la asistencia a las jornadas anuales de celadores u otros eventos hospitalarios.
- Implicar a los celadores en grupos de trabajo interdisciplinarios (asistenciales, higiene, seguridad del paciente, bloques quirúrgicos, medición de ruido, etc.).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2016-2022:

- Se rebasaron las expectativas de participación en todos los puntos indicados anteriormente: se han realizado más de 400 sugerencias y aportaciones tanto en diferentes acciones formativas como en concursos de ideas.
- Se han implementado varias ideas, lo que a veces ha supuesto importantes mejoras en cuanto a optimización del trabajo y del gasto (por ejemplo, una sugerencia sobre reposición de camas ha supuesto una optimización de 500.000 € al año).
- Aumento de satisfacción de la plantilla: de 24 reclamaciones a la Unidad en 2016 hechas por celadores, peluqueras y conductores, se ha llegado a 0 en 2022.
- Participación en pactos y acuerdos de nuestro interés (el último año, en 6).
- 37 celadores han asistido a diferentes eventos desde 2015.

Podemos concluir que:

- Tenemos un colectivo muy implicado en las operativas que le atañen, así como en la participación en aspectos transversales de nuestro hospital.
- Existe un mayor conocimiento y percepción de nuestro colectivo por otros estamentos profesionales, tanto de nuestro Centro como de otros hospitales, valorando muy positivamente nuestras aportaciones.
- Se percibe un alto sentido de pertenencia y valía laboral de los integrantes de la Unidad de Celadores.

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL INFORME DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

MERCEDES LÓPEZ IBAÑEZ; ARTURO PEREDA MAS; DOLORES BETETA FERNANDEZ; TOMASA ALCARAZ PEREZ; JULIO JOSE LOPEZ-PICAZO FERRER

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15209

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En Noviembre de 2022 se inicia el aprendizaje del Asistente de Enfermería en Hospitalización Infantil. Una vez terminado, las Enfermeras están preparadas para el manejo del Asistente y posterior emisión del Informe de Cuidados al alta Hospitalaria. A pesar de ir aumentando paulatinamente el número de informes, seguimos teniendo un bajo cumplimiento en cuanto a la elaboración y posterior emisión de dicho Informe a Primaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Detectar los problemas que influyen en la evaluación de los NOC abiertos. Interiorizar su significado. Poner en práctica el juicio clínico enfermero. Saber evaluar al paciente con los indicadores de resultado al alta hospitalaria. Completar el resto del Informe acorde con el estado del paciente.

El diseño de estudio ha sido un Ciclo de Mejora de las unidades de Pediatría, siendo la población, pacientes dados de alta de estas unidades.

El tamaño muestral es el universo en ambas evaluaciones, y el marco muestral fue de un corte correspondiente al mes de Mayo de 2023 y el segundo en Septiembre de 2023, eligiendo a los pacientes sobre los listados de altas del programa informático, aplicando como criterio de exclusión los pacientes de alta voluntaria, exitus y hospitalización domiciliaria.

El análisis del problema de calidad se hizo con el diagrama causa- efecto (ishikawa). Se eligieron cinco criterios como aspectos relevantes.

Para la identificación de los casos o unidades de estudio: listado de altas de pacientes ingresados en dichas unidades. Para la obtención de los datos sobre cumplimiento de los criterios, revisión de historia clínica Informática.

El tipo de evaluación externa y retrospectiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la primera evaluación se obtuvieron unos porcentajes de cumplimiento del 60% (C1), 24% (C2), 64% (C3), 54% (C4), 77% (C5).

La planificación e implementación de las medidas correctoras:

Formación de los supervisores de dichas unidades. Reunión del supervisor de la unidad con el personal de enfermería para exponerles y explicarles los resultados del estudio (Retroalimentación o difusión). Formación diaria a pie de cama por parte del Área de Calidad de toda la plantilla de Enfermería del Infantil. Liberar de sus actividades a la Enfermera de planta durante la formación. Agilizar la petición de mejoras en el programa.

Hasta el momento podemos decir que aunque se realice el Informe de Cuidados, sigue habiendo un bajo cumplimiento en el reflejo de su estado final, expresado como Diagnósticos resueltos o activos que precisan seguimiento y fecha de retirada en procedimientos invasivos. Todavía no podemos concluir con resultados sobre la mejora conseguida porque la segunda evaluación está prevista para septiembre tras las medidas correctoras, pero en el Congreso podremos concluir con los resultados conseguidos.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TRANSICIÓN AL ALTA DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (METODOLOGIA LEAN)

LUNA CARRILLO ALEMÁN; GREGORIO DE LARA DELGADO; CRISTINA SOLANO HERNANDEZ; RAUL CENTURION INDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15264

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de la metodología Lean en el ámbito sanitario es una herramienta clave para mejorar procesos asistenciales y ofrecer valor desde el punto de vista de quien lo recibe, los pacientes. En el proyecto hemos aplicado la metodología Lean para el análisis y optimización de los procesos que integran la ruta asistencial de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca ingresados que requieren de un acceso ágil a las unidades especializadas. Este proyecto persigue la mejora continua, se centra en el concepto de valor para el paciente y una optimización del uso de recursos para la organización sanitaria

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es la detección de los problemas y las oportunidades de mejora existentes en la transición de alta a acceso a la unidad especializada, así como el diseño de soluciones específicas para cada línea de trabajo, optimizando así el circuito que sigue el paciente con Insuficiencia Cardiaca:

- Estandarización de protocolos de transición al alta a unidad especializada
- Aumentar la calidad del registro de diagnósticos
- Optimizar la comunicación entre profesionales sanitarios y niveles asistenciales
- Estandarización de actividad consulta de Enfermería

Metodología

Se ha creado un equipo multidisciplinar con todos los profesionales sanitarios que intervienen en el circuito asistencial del paciente con Insuficiencia Cardiaca, contando con cardiología, enfermería, atención primaria, sistemas de información y documentación clínica.

Para el diagnóstico de la situación actual se empleó la herramienta de "Mapa de flujo de valor", en la que se describe el proceso asistencial y se identifican las oportunidades de mejora del flujo, buscando mejoras en eficiencia y calidad del servicio al paciente.

La ejecución se realizó en 3 sesiones de trabajo multidisciplinarias y un seguimiento del plan de acción descrito en estas sesiones por el equipo multidisciplinar de trabajo, desde Octubre de 2022 a Abril de 2023

Se establecen también unos índices de seguimiento o KPIs que se medirán cada 3 meses durante 1 año para evaluar el éxito del proyecto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con la aplicación de las herramientas Lean hemos conseguido:

- Estandarización y digitalización del protocolo de transición al alta
- Reducción de re ingresos hospitalarios
- Estandarización de la codificación diagnóstica para Insuficiencia Cardiaca
- Estandarización del papel de enfermería en consulta
- Aumento de la capacidad de la consulta especializada Estas soluciones se traducen en:
- Reducción tasa de reingresos a 90 días de 63%
- Beneficio total trimestral (solo en reingresos): 9.000 €
- Aumento de la calidad en la codificación de las enfermedades

Conclusión

La metodología Lean es una herramienta viable para mejorar los procesos del circuito que sigue el paciente con Insuficiencia Cardiaca en el Hospital de Torrevieja, mejorando el resultado en salud para el paciente y la eficiencia de los recursos para el sistema sanitario.

MEJORANDO EL SEGUIMIENTO EN LA EVOLUCION DE LA HERIDA QUIRURGICA POSTIMPLANTE DE MARCAPASOS Y RESERVORIO EN UCI

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ CONESA¹; MARIA DE LA SOLEDAD RUIZ DE SAN MARTÍN¹; SALVADORA SÁEZ MIRAVETE¹; BELÉN MARTÍNEZ SÁEZ¹; MARINA ASENSIO RODRIGUEZ²; MARCOS MARTÍNEZ VIVANCOS³

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ³ASOCIACIÓN MURCIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15377

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El seguimiento tras la implantación de dispositivos- marcapasos y reservorios- en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tiene un papel fundamental en el diagnóstico y prevención de las posibles complicaciones derivadas de la herida quirúrgica. La valoración del estado y evolución de la misma por parte de los profesionales sanitarios es tan importante como la realización del correcto registro en los formularios de enfermería. Esto asegura un correcto traspaso de información de las posibles complicaciones o incidencias que hayan podido surgir durante el proceso.

En nuestra Unidad se observa que, a pesar del seguimiento de los cuidados realizados a pacientes portadores de dichos dispositivos, existe un bajo registro de los mismos, de ahí que nos hayamos planteado realizar la revisión del registro de cuidados de herida quirúrgica para posteriormente realizar un ciclo de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Revisar el grado de cumplimentación del formulario de herida aguda tras el implante de reservorio y marcapasos en UCI que garantice una continuidad en los cuidados, siendo la base para mejorar la calidad de los cuidados en estos pacientes.

En cuanto a la metodología utilizada se ha realizado una revisión durante el primer trimestre del año 2023 del total de historias clínicas de los pacientes con implantes de marcapasos y reservorios en UCI, y cuyo seguimiento de herida esté incluido en el formulario de herida aguda dentro del programa informático Selene.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultado se extrae del total de 69 pacientes con dispositivos implantados en UCI, que solamente un 15,94% se ha registrado en el formulario de herida aguda, un 33,33% en el apartado notas y el resto no se han registrado.

En conclusión, se observa un bajo nivel de cumplimentación de dicho formulario. Una de las causas podría ser que en nuestra unidad la cultura de registro en el sistema informático Selene es reducida y esto unido a la existencia de una rotación de profesionales en la consulta de revisión postimplante, ocasiona una interrupción en el seguimiento de los cuidados de las posibles complicaciones o incidencias de la herida postquirúrgica.

Por ello, nos planteamos fomentar la comunicación y actualización de los cambios en el registro, mediante actividades de divulgación a través de sesiones mensuales y revisión de la cumplimentación de los registros.

USO DE METODOLOGÍA LEAN PARA ESTANDARIZAR EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS

MARÍA JOSÉ PÉREZ GALÁN; ANTONIO ROMERO PÉREZ; SUSANA QUIROSA FLORES; VICTOR RUIZ DEL VALLE; M CARMEN RAMÍREZ BARBERENA; RAFAEL CÁLIZ CÁLIZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES// ANDALUCÍA

ID: 15379

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

El Plan Andaluz de Salud de Enfermedades Reumáticas y Músculo Esqueléticas (EryME) recoge en sus líneas estratégicas, que se debe "Garantizar una atención sanitaria a los pacientes con ERYME efectiva, eficiente y evaluable en términos de resultados en salud y calidad de vida, introduciendo la perspectiva del paciente en la evaluación de los mismos".

Con el objetivo de mejorar la monitorización y el control de la actividad en pacientes con espondiloartritis y evaluar los resultados en salud desde su perspectiva (PROs), se ha llevado a cabo un proyecto basado en metodología LEAN, para analizar el proceso asistencial de estos pacientes, dentro de la consulta de reumatología, y definir un estándar general de seguimiento de su enfermedad para evitar gastar en la práctica clínica entre profesionales y ganar en calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Generar un estándar de manejo del paciente con espondiloartritis desde su diagnóstico hasta su seguimiento como paciente controlado, utilizando como referencia las guías EULAR y el estándar set de ICHOM para artritis.

Describir, en término de índices de actividad y PROs, el concepto de paciente controlado y no controlado.

Metodología de trabajo

Se produjo Lean Healthcare con el objetivo de estandarizar y eficientar el proceso asistencial del paciente con espondiloartritis poniendo al paciente en el centro. Se formó un grupo de trabajo constituido por los reumatólogos del servicio y por enfermería del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Durante el año 2022 se realizaron 3 sesiones de trabajo en las que se revisó el manejo actual del paciente, se definió el estándar ideal al que dirigirse y se estableció un plan de acción para conseguir implantar ese ideal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ha definido un estándar con índices de actividad y PROs a recoger por los clínicos y enfermería, así como la frecuencia en que estos deben ser recogidos.

Se han definido los criterios de paciente controlado y no controlado.

Se ha incrementado el registro en la historia clínica de los índices de actividad y PROs.

La definición del estándar ha reducido la preferencia en la práctica entre los distintos profesionales del servicio.

Se incorpora el rol de enfermería al seguimiento del paciente controlado, para alternar sus visitas con las visitas del reumatólogo.

La incorporación de enfermería en el seguimiento permite la mejora de la capacidad del servicio para atender. Se ha generado una encuesta de satisfacción para pacientes con el nuevo funcionamiento.

Queda pendiente la digitalización de los índices y PROs en historia clínica de manera que el estándar acordado sea sostenible en el tiempo y explotable para análisis de resultados en salud.

Conclusiones

Se ha definido un modelo de seguimiento del paciente con espondiloartritis que tiene ventajas a la hora de reducir la clínica, tener un mejor control y seguimiento de los pacientes y mejorar la capacidad del servicio.

IMPACTO DE LA TELEFARMACIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PRESENCIALES

MARIA DOLORES CÓRDOBA SOTOMAYOR¹; ALBERTO GOMEZ GIL¹; ANGEL CUSTODIO ÓRPEZ²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN. ANDALUCÍA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL// ANDALUCÍA

ID: 15389

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Evaluar los resultados de la implantación de la telefarmacia como modelo asistencial no presencial de atención farmacéutica a pacientes, en las consultas externas de atención farmacéutica presenciales, en un periodo de dos años, en un hospital de tercer nivel.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia de nuestro hospital desde el inicio de la pandemia en abril 2020 hasta abril 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante 2020 se realizaron 21.722 consultas de atención farmacéutica, de las cuales 8089(37,2%) han sido telefónicas con su correspondiente envío de medicación y 13.633 han sido presenciales, en la consulta de atención farmacéutica del hospital. La media diaria de consultas realizadas por el farmacéutico fue de 117,99(73,86 fueron consultas de atención farmacéutica realizadas a los pacientes de manera presencial y 41,93 fueron a través de la telefarmacia). En 2021 se han realizado 36.921 consultas de atención farmacéutica a pacientes, de ellas, 14.996(40,6%) se han realizado como consultas de telefarmacia con su posterior envío de medicación y 21.935 fueron consultas de manera presencial en el hospital. La media diaria de consultas de atención farmacéutica fue de 149,74(88,87 fueron presenciales y 60,87 fueron a través de la entrevista telefónica). Hasta abril de 2022, se han realizado 13.797 consultas, en 5397 de ellas(39,1%) se han realizado consultas telefónicas con su correspondiente envío de medicación y 8.400 fueron presenciales. La media diaria de consultas realizadas por el farmacéutico es de 170,38 (103,66 pacientes de manera presencial y 66,72 pacientes a distancia a través del teléfono).

La consulta de atención farmacéutica a pacientes externos de manera presencial se ha reducido de media en un 38,97% debido a la integración de la telefarmacia.

La actividad asistencial de la consulta de atención farmacéutica de pacientes externos se va incrementando progresivamente debido al aumento de medicamentos hospitalarios y a la cronicidad de los tratamientos. La atención farmacéutica no presencial se ha potenciado a través de las consultas telefónicas a los pacientes y la dispensación de medicamentos hospitalarios a distancia. La puesta en marcha de la telefarmacia nos ha permitido aliviar la sobrecarga asistencial que existe en la consulta de pacientes externos, además de ser más eficientes en la atención a los pacientes que vienen al Hospital, ya que disponemos de más tiempo para realizar una atención farmacéutica de calidad y por otro lado, se ha encontrado un farmacéutico que se dedica al desarrollo de la telefarmacia como un nuevo modelo de atención farmacéutica no presencial, basado en la dispensación a distancia de los medicamentos hospitalarios a través de una amplia red de oficinas de farmacia distribuidas por toda la provincia, y a la coordinación del Servicio de Farmacia con los farmacéuticos comunitarios, para que el paciente pueda recibir el medicamento sin necesidad de desplazarse al hospital.

OPINIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIMIGRAÑOSOS MEDIANTE CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA EQ-5D-5L

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ; MARÍA DOLORES NÁJERA PÉREZ; JUAN ANTONIO GUTIÉRREZ SÁNCHEZ; JAVIER IBÁÑEZ CATURLA; PAULA TORRANO BELMONTE; ADRIÁN MARTÍNEZ OREA

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15419

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La migraña es una enfermedad que afecta alrededor del 15% de la población. Por ello, es de gran interés la realización de circuitos de mejora que ayuden a aumentar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es evaluar la opinión de los pacientes respecto a la mejora en su calidad de vida tras tres meses de tratamiento con erenumab, galcanezumab o fremanezumab.

Es un estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer grado mediante cuestionarios EQ-5D-5L antes de administrar el fármaco y tres meses después puesto que transcurrido este tiempo se debe valorar su continuidad.

Las variables recogidas fueron las incluidas en el cuestionario EQ-5D-5L: edad, sexo, dimensiones de la calidad de vida (movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y puntuación obtenida en la escala analógica visual (EVA), graduada de 0 (peor estado de salud) a 10. También se registró qué pacientes finalizaron el tratamiento y la causa. Las variables se recogieron en un base de datos Excel totalmente anonimizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 49 pacientes con una mediana de edad de 48 años (85.7% mujeres). Las opiniones obtenidas fueron:

-Movilidad: inicialmente el 77,6% describió síntomas leves y el 4,1% severos. A los tres meses, los leves fueron 83,7% y los graves se mantuvieron constantes.

-Autocuidado: los síntomas leves fueron descritos por el 87,8% y los severos por el 4,1%. Tras tres meses, los leves descendieron a 79,6% y los graves se mantuvieron constantes.

-Actividades de la vida diaria: el 34,7% reportó problemas leves y el 20,4% severidad. Tres meses después, el 18,4% continuaba con problemas graves.

-Dolor/malestar: los síntomas leves fueron el 22,4% inicialmente y a los tres meses el 30,6% mientras que los graves iniciales fueron el 69,4% y se redujeron a 30,7%.

-Ansiedad/depresión: inicialmente los síntomas leves fueron el 51,0% y los graves 22,4%. Tres meses después, los leves no mejoraron mientras que los graves se redujeron al 18,4%.

En la escala EVA se obtuvo una mediana de 5 al inicio del tratamiento frente a 6,5 a los tres meses.

8 pacientes (16,3%) interrumpieron el tratamiento. Las causas fueron: falta de respuesta clínica (7 pacientes) y terapia de fecundación in vitro (1 paciente). No se detectaron efectos adversos.

Las dimensiones con mayor mejoría en cuanto a síntomas severos son dolor/malestar, seguida de ansiedad/depresión y actividades cotidianas.

La escala EVA muestra una mejora de la calidad de vida tras tres meses de tratamiento (aumento de 1.5 puntos en la mediana).

A pesar de los resultados modestos obtenidos, solo el 16,3% suspendieron el tratamiento. Este cuestionario de calidad nos ayuda a valorar la perspectiva de los pacientes por lo que es de gran importancia implantar nuevos circuitos y actividades que nos permitan incorporar esta visión en las decisiones clínicas.

Se pretende disponer de las encuestas anuales para obtener respuestas a largo plazo y valorar su relación con el tratamiento.

365-7-24 CONTINUIDAD DE CUIDADOS A NIVEL REGIONAL

SONIA SÁNCHEZ MARTÍNEZ; JUAN LORENZO SÁNCHEZ CORBALAN; JOSE ANTONIO TROYA GIL; SALVADOR GARCÍA ESCUDERO; ANTONIA ROSARIO MURCIA ALCÁZAR; ALBERTO BATALLA NAVARRO

CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL 061// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15451

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En las Residencias viven alrededor de 8000 personas en la Región de Murcia. La mayoría son enfermos crónicos de alta complejidad. Por falta de comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales, no existe continuidad en los cuidados y estos pacientes suelen acabar ingresados en hospitales. Los ingresos innecesarios, aumentan su probabilidad de fallecimiento al 60%, por su escaso grado de reserva fisiológica. La enfermera de enlace del CCU actuará como interlocutora entre éstos niveles creando canales de comunicación y modelos de colaboración para evitar las debilidades del Sistema Sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es disponer de un recurso accesible que permita la continuidad de cuidados y que no se pierda ninguna demanda de atención en pacientes procedentes de residencias, incluyendo también pacientes de cuidados paliativos y personas con problemas sociales.

Para la metodología, se han creado mesas de coordinación en cada área con representantes de EAP, 061, residencias y equipo de Coordinación Sociosanitaria. En éstas mesas se van a definir estructuras de organización, catálogos de Servicios y protocolos. Se reunirán mensualmente y realizarán informes, mecanismos de evaluación y estadísticas. La primera reunión de estas mesas es en Junio.

Se han creado espacios de coordinación común, en los que se compartirá la hª clínica y escalas aplicadas a cada residente. En ágora habrá una pestaña donde se compartirá toda la información relativa a las asistencias realizadas en cualquier nivel asistencial. La información será actualizada y podrán acceder de forma conjunta los EAP, residencias, 061 y hospitales. Esta pestaña ya existe en Agora para Cuidados Paliativos.

Para asegurar la continuidad asistencial, cuando 061 realice una intervención, la enfermera de enlace de CCU desarrollará un informe y lo hará llegar a los equipos de coordinación de cada nivel asistencial. Lo hará a través de los correos electrónicos que se han habilitado para éste fin.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En septiembre de 2023 se inicia un piloto con 18 residencias y 9 áreas. Trabajarán de manera conjunta Residencias, atención primaria, atención especializada y 061. Para diciembre de 2023 podremos tener los primeros datos.

Nunca ha habido una intervención que regule las deficiencias de la falta de coordinación en residencias de la Región de Murcia, aunque cabe destacar que el margen de mejora es enorme. El objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas que viven en residencias. Es por ésta causa que por ahora no podemos facilitar conclusiones hasta que no se ponga en marcha este circuito.

EL VALOR DE LA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMUN

ANDONE LARREA PERURENA

MUTUALIA// PAÍS VASCO

ID: 15483

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Desde que en el año 1997 recayó sobre las Mutuas la cobertura económica de las bajas emitidas en el servicio público de salud, Mutualia (Mutua colaboradora con la seguridad social) ha desarrollado diferentes modelos de gestión en el área sanitaria para el control y seguimiento de las mismas. Desde octubre del 2014 un equipo de 10 enfermeras especializadas lidera el inicio del seguimiento de los procesos de contingencia común y acompaña al equipo médico en la valoración y continuación del proceso. Además de este equipo especializado, Mutualia cuenta con otras 20 enfermeras que compatibilizan funciones asistenciales en los procesos de contingencia profesional y el seguimiento de procesos de contingencia común.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Exponer la sistemática de citación que lleva a cabo el equipo de enfermería de Mutualia en los procesos de incapacidad temporal por contingencia común (enfermedad común y accidente no laboral) con el objetivo de realizar una citación y seguimiento eficientes, con la búsqueda de casos susceptibles de una valoración de Propuesta de Alta o detección de casos a los que realizar pruebas y tratamientos con el fin evitar prolongación innecesaria de las bajas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mutualia cuenta en el área sanitaria con un programa (Gehitu 2.0) que dispone de una pantalla específica, donde se cargan los procesos de incapacidad temporal por contingencia común que el departamento de prestaciones económicas graba cuando llega la comunicación vía red y a los que hay que iniciar el seguimiento.

En dicha pantalla, enfermería cuenta, además del nombre y apellidos del paciente, con la información necesaria para establecer criterios de prioridad de actuación.

Además de esta pantalla disponemos de la agenda de contactos de seguimiento, dónde enfermería se programa contactos en aquellos procesos donde se ha demorado su inicio o tras primera llamada en entrevista telefónica se ha considerado que no procedía su citación presencial en consulta médica y además los médicos también pueden programar contactos a enfermería en aquellos casos que consideren tras consulta presencial. Conclusiones:

El equipo de enfermería de Mutualia especializado en la gestión de contingencia común, tiene los conocimientos sanitarios y no sanitarios relacionados con normativa que permiten una citación y actuación eficiente de los procesos.

Con la sistemática de citación desarrollada en Mutualia el 90% de altas económicas de régimen general tienen una actuación positiva.

El trabajo en equipo del perfil de enfermería y el perfil médico, y al que se añade el soporte del equipo administrativo nos lleva a una actuación eficiente sobre los procesos, pero, además a la satisfacción de nuestros pacientes reflejada en los datos recogidos en las encuestas de satisfacción durante el 2022 con una nota media de satisfacción global de 8,62 y en los 174 comentarios recogidos, 130 agradecimientos frente a 16 quejas y 28 sugerencias.

SITUACIÓN DE LAS INCAPACIDADES LABORALES TEMPORALES EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA RURAL

ALBERT DEL POZO NIUBÓ; PERE CLAVER LUQUE MARTÍ; ANNA BIARNAU ABADIA; SARA HERNÁNDEZ LUQUE; MARIA TERESA LARA PEDROSA; CARME GINER AGUILÓ

EAP FALSET// CATALUÑA

ID: 17263

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Se está relacionando la duración de las incapacidades Laborales Temporales del territorio a la poca resolución de la Atención Primaria.

Con este trabajo hemos intentado conocer el número de incapacidades del territorio, la causa de las mismas y si están pendientes los usuarios de valoración o no por parte de especialista hospitalario referente al motivo de la incapacidad laboral

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir las características de las Incapacidades Laborales Temporales (ILT) del EAP Falset. Pacientes: Toda la población activa en Incapacidad laboral Transitoria del EAP a fecha 15 de mayo de 2023.

Método

Obtención electrónica de listado de usuarios en situación de ILT en el EAP. Revisión directa de los días de ILT, causa de ILT. Determinación de seguimiento o no por parte de especialista hospitalario.

No se ha recogido ningún dato de filiación (edad, sexo, CIP, nivel socioeconómico, trabajo...) de los usuarios para preservar su anonimato. No se ha valorado si la ILT estaba correctamente indicada ni su tratamiento. Sólo se ha registrado causa de ILT, duración de ILT y si está pendiente o no de visita con especialista hospitalario. No se determina si el retraso en valoración está o no está justificado

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

A 15 de Mayo de 2023 hay un total de 150 usuarios en situación de ILT, de los que 15 dependen de (institut Català d'avaluació mèdica (ICAM) debido a la duración de la ILT (>365 días). 29 usuarios (19,33%) llevan menos de 22 días en situación ILT. 105 (70%) llevan entre 22 y 365 días en situación de ILT. De éste 105, 90 (85,71%) están pendientes de pruebas diagnósticas o de visita (inicial o de seguimiento) por parte de especialista hospitalario. El 36% de las ILT corresponden a Traumatología (85,36% pendiente de seguimiento o pruebas diagnósticas) y el 24,7% a Psiquiatría (89,65% pendientes de seguimiento).

Conclusión

En el territorio analizado el 86% de las ILT de larga duración (excluidas las que dependen de ICAM) están pendientes de pruebas diagnósticas o de valoración (primera o de seguimiento) por parte del especialista hospitalario. Esto puede condicionar la resolución del proceso de incapacidad por parte de atención Primaria.

¿FLUYE EL FLUJO DE LA DEMANDA NO PROGRAMADA?

RAQUEL GIRONA REAL; JOSE JOAQUIN GERONA ALARCÓN; CARME GRAU PÉREZ; ANNA BALAUDEZ CARRERA; JOSEP AGUILAR URPI; GEORGINA VIDAL MANSILLA

ALT CAMP EST// CATALUÑA

ID: 17630

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Nuestro equipo está situado en un área geográfica con 44km de dispersión geográfica, dispone de un Centro de Atención Primaria y 16 consultorios locales. El equipo está integrado por 11 médicos de familia, 14 enfermeras y 6 administrativos. Los administrativos están ubicados en el CAP y en uno de los consultorios locales, que por población justifica su presencia, a diferencia del resto de consultorios que no disponen de servicio de administración.

Los horarios son de 8 a 15h en los consultorios y por la tarde se realiza Atención Continuada en el CAP de 15 a 20h, cubriendo estas tardes el propio equipo.

En 2019 prestaban asistencia en el CAP de tarde: 1 médico, 1 enfermera, 1 administrativo y 2 veces por semana pediatría. Con la llegada del COVID tuvimos que re adaptar el servicio, de manera que se aumentó un médico más.

La dirección se planteaba volver al número de profesionales pre-COVID, así que aún con más sentido tuvimos que generar un flujo para disminuir las visitas que llegaban a atención continuada, ya que podrían evitarse con una mayor organización en las visitas previsibles.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Reducir las visitas espontáneas en atención continuada de tarde, incidiendo en la disminución del número de visitas previsibles.

Metodología

Realización de un análisis causa raíz para valorar las causas. Comparativa de datos entre una semana del año 2019 y la misma semana del 2022. Creación de un equipo de mejora para definir el circuito de gestión a la demanda por la mañana. Difusión a los profesionales del EAP. Evaluación del cumplimiento a los 6 meses.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Análisis realizado con la obtención de diferentes causas: profesionales, organizativas, sociales, poblacionales, Covid19 y consultas de pediatría.

Comparativa entre semanas realizada objetivando un aumento del doble en visitas de tarde en 2022, cambio en los tipos de visita, en 2019 había un 97% visitas presenciales y un 3% telefónicas y en 2022 un 71% visitas presenciales, 20% telefónicas, 8% virtuales y un 1% domiciliarias. No obstante, observamos que la accesibilidad de las agendas de mañana de la ABS es de un 79,45% a 5 días y de 92% a 10 días.

Se ha creado el Equipo de Mejora (EdM) y se ha realizado la difusión al EAP mediante dos sesiones.

Conclusiones

Tras analizar la situación, se ha creado un EdM que ha revisado y diseñado el circuito de Gestión a la Demanda durante el horario de mañana, para promover la longitudinalidad, con propuestas de auto-gestión en las demandas previsibles de gestión de ITs y Planes de Medicación, se ha consensado el circuito de ITs adaptándolo a los cambios, y se ha hecho una propuesta asistencial a nivel de pediatría. El seguimiento del proyecto a 6 meses se hará con la recogida de "Problems Reports" y una encuesta de satisfacción del usuario.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ MARTÍNEZ¹; ELENA MARTÍNEZ QUINTANA²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17723

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

La terapia ocupacional (TO) sigue siendo una gran desconocida dentro del equipo sanitario. Se encarga de la rehabilitación mediante la ocupación de las tareas cotidianas o actividades de la vida diaria (AVD), como son: las básicas, instrumentales y avanzadas, poniendo mayor atención en las básicas (las destinadas al cuidado de uno mismo). Con esto conseguimos hacer a los pacientes más independientes y autónomos, reforzando su autoestima. En el daño cerebral adquirido (DCA), para la rehabilitación de estas actividades básicas se utilizan una serie de técnicas específicas y dispositivos de apoyo, para intentar que la persona que ha sufrido un DCA sea capaz de realizar las actividades de la manera más independiente y cómoda posible. Se trabaja la funcionalidad con la integración de MMSS, MMII y todo el cuerpo para realizar las AVD, recogiendo todas las sensaciones propioceptivas y exteroceptivas. Para una adecuada intervención holística en la recuperación específica de pacientes afectados de DCA es preciso un equipo multidisciplinar formado por Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Médico Rehabilitador, Psicólogo, Logopeda, Auxiliar de Enfermería y Celador.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron un total de 27 pacientes afectados de DCA, que fueron remitidos a nuestro departamento para tratamiento rehabilitador mediante terapia ocupacional. El periodo de tiempo analizado fue de 7 meses consecutivos, desde el 1/09/2022 al 1/04/2023. Se estudia el grado de dependencia de los pacientes mediante la puntuación de la escala Barthel el primer día de tratamiento y el último día de tratamiento. Los resultados se expresan como porcentaje, media +/- DE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizan un total 27 pacientes, la media de edad fue de 66,03 +/- 10,75 años, mayoría de varones (55,5%). La media de puntuación de la escala Barthel en la primera visita fue de 54,07 +/- 20,14, lo que indica un grado de dependencia moderado. La media de puntuación de la escala Barthel el último día de tratamiento fue de 69,07 +/- 19,58, lo que indica un grado de dependencia leve. En nuestra serie, se observa una mejoría evidente en la puntuación de la escala Barthel tras 7 meses de tratamiento rehabilitador mediante terapia ocupacional, lo que mejora la calidad de vida de nuestros pacientes, y les permite mayor autonomía e integración con el entorno.

ENFERMERAS DE ENLACE DE LA REGIÓN DE MURCIA, UN NUEVO ENFOQUE DE ASISTENCIA A LOS PACIENTES DE RESIDENCIAS

INMACULADA SANLORENZO EGEA¹; ALICIA LÓPEZ ARAEZ²; SONIA MINGUEZ BARBERA³; ENRIQUE MOLINA PÉREZ DE LOS COBOS (3)

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, ²HOSPITAL DE YECLA, ³SERVICIOS CENTRALES SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15485

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

En octubre de 2022, en el marco del Modelo asistencial y sociosanitario para personas que viven en el entorno residencial aprobado por las Consejerías de Salud y Política Social, se pone en marcha el programa de enfermeras de enlace, cuyo objetivo inicial es establecer una comunicación directa entre el área y las residencias y permitir una gestión la gestión de casos de pacientes complejos que son derivados al hospital.

La intervención de la enfermera de enlace se inicia con la valoración de los pacientes trasladados y sus características, lo que ofrece una visión más cercana sobre los mismos y permite obtener información sobre su grado de complejidad y la fragilidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Obtener datos sobre indicadores de proceso y resultado (mortalidad) de los pacientes que viven en residencias y son trasladados a hospitales, así como su fragilidad a través del programa de enfermería de enlace.

Estudio descriptivo de los pacientes de residencia que fueron trasladados a hospitales de la Región de Murcia desde diciembre a abril de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implantación de la figura de enfermera de enlace, el número absoluto de casos gestionados ha sido de 1864, aumentando un 387% desde el inicio del programa hasta finales de abril. En lo que respecta al número relativo de casos por cada mil plazas acreditadas por área, se ha mantenido una media de 60 traslados por cada 1000 plazas al mes, si bien existe una gran heterogeneidad entre las mismas. La probabilidad de hospitalización ha sido del 47%, con una estancia media por ingreso de 7 días, lo que supone más de 1.000 días de estancia al mes. La fragilidad de los pacientes valorada mediante el índice Frágil-VIG, fue de 0,51, lo que significa una mortalidad esperada anual del 60%. La mortalidad hospitalaria mensual observada fue del 5,75%.

La curva de aprendizaje y la captación de casos por parte de la enfermeras de enlace ha sido excelente, mejorando elementos básicos de coordinación.

Los datos muestran que los residentes atendidos tienen una fragilidad moderada-grave y alta probabilidad de fallecer, lo que implica una complejidad clínica y organizativa que refuerza la necesidad de la figura de la enfermera de enlace. Las altas tasas de hospitalización y la media de días de estancia, son elementos de mejora en el desarrollo de un nuevo modelo asistencial que contemple la necesidad de los cuidados paliativos y la planificación compartida de la atención como elementos adicionales a los de coordinación.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TRASLADO AL HOSPITAL DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

INMACULADA SANLORENZO EGEA¹; ALICIA LÓPEZ ARAEZ² SONIA MINGUEZ BARBERA³; ENRIQUE MOLINA PÉREZ DE LOS COBOS³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER, ²HOSPITAL DE YECLA, ³SERVICIOS CENTRALES SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15488

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Atención sanitaria basada en valor

JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de confort son una parte esencial de la atención al final de la vida. La finalidad de estos cuidados es prevenir y aliviar el sufrimiento tanto como sea posible, respetando los deseos de la persona que se encuentra en proceso de fallecer. El traslado hospitalario de estas personas puede resultar iatrogénico si no se realiza una adecuada valoración de la situación clínica y no se abren procesos de comunicación con las familias y cuidadores. La complejidad de las organizaciones sanitarias y de las residencias dificulta el manejo de estas situaciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es analizar los motivos que ocasionan que personas que viven en centros residenciales y que se encuentran en situación de últimos días sean trasladadas al hospital.

A partir del modelo de Reason o del queso suizo de causalidad de accidentes, se ha realizado un análisis de los motivos que llevan al traslado de estas personas en situación de últimos días al hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A partir de este modelo de estudio, se han establecido factores clave de seguridad con barreras en cada uno de ellos.

1. Del sistema sanitario (Equipo de Atención Primaria, 061, hospital).
2. De la residencia.
3. Factores culturales.
4. Factores de coordinación.

Siguiendo la categorización descrita, se han analizado las barreras existentes en cada factor y que son comunes en el modelo, llegando a la conclusión de que los principales motivos de traslado de estas personas son la falta de planificación anticipada, la presión asistencial, las dificultades en la comunicación con las familias y entre los equipos, la ausencia de vías y protocolos conjuntos en el marco de un modelo asistencial integrado, las barreras culturales en torno a la muerte, la formación de profesionales y la visión medicalizadora del proceso de morir.

TRIGGER-PRIM®: EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA GESTIÓN DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

AURORA BARBERÁ MARTÍN; M^a LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; M^a ISABEL DEL CURA GONZÁLEZ; ELENA POLENTINOS CASTRO; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17539

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Conocer los Eventos Adversos (EA) en profundidad y así plantear acciones de mejora que los eviten es una prioridad sanitaria para evitar daño. La revisión de historias clínicas (HC) es el "gold standard" para obtener ese conocimiento, pero no es una herramienta utilizada en Atención Primaria (AP). Un "trigger" es una situación fácilmente identificable en HC, y cuando se detecta, la probabilidad de encontrar un EA es mayor. Disponemos de un conjunto TRIGGER-PRIM® validado que aumenta la rentabilidad de la revisión de HC para la identificación de EA en AP. Es preciso evaluar la implementación de la herramienta en condiciones de práctica clínica para mejorar su validez y enfoque traslacional con metodología mixta cuali/cuantitativa que incida en el conocimiento del contexto y factores que lo condicionan.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar la implementación de revisión de HC con TRIGGER-PRIM® como herramienta para mejorar la seguridad del paciente en AP.

Para su evaluación se usa el "Consolidated Framework for Implementation Research" (CFIR), marco evaluativo que identifica barreras y las organiza como medidas y variables de interés y además, ayuda al desarrollo de estrategias de mejora de la efectividad y sostenibilidad. El CFIR asume que la implementación es contexto-dependiente y debe adaptarse a los diferentes escenarios de uso. Nuestro estudio valora la implementación de revisión de HC con TRIGGER-PRIM® en el contexto de la Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS). Se realiza un estudio pre-post con metodología mixta (QUAN-QUAL). Para medir aceptabilidad, adecuación y factibilidad se usan 3 cuestionarios con propiedades psicométricas validadas y traducción al castellano ad hoc: Acceptability of Intervention Measure (AIM), Intervention Appropriateness Measure (IAM) y Feasibility Interventions Measure (FIM) administrados a los profesionales participantes pre y post uso de la herramienta. La aceptabilidad de la intervención se mide a través de dos grupos focales con los profesionales participantes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han administrado los cuestionarios a 17 participantes previo uso de la herramienta. Todos establecen puntuaciones con valores del 1 al 5: Completamente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni acuerdo ni desacuerdo (3), acuerdo (4) y completamente de acuerdo (5). Presentamos resultados de medias obtenidas. Medida de la Aceptabilidad de la Intervención (AIM): aprobación (4,76), interés (4,70), "me gusta" (4,17) y deseabilidad (4,47). Medida de la Adecuación de la Intervención (IAM): "se adapta" (4,24), es apropiada (4,59), es aplicable (4,47) y "responde a la necesidad" (4,12). Medida de la Viabilidad de la Intervención (FIM): implementable (4,24), posible (4,59), factible (4,47) y fácil de usar (4,06). Se han realizado los dos grupos focales con los participantes previo consentimiento y se está procediendo a su transcripción para su posterior análisis.

La herramienta TRIGGER-PRIM® es aceptable, adecuada e implementable en las UFGRS para la gestión de riesgos en AP.

ENCUESTAS DE SEGURIDAD EN HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS COMPARATIVO CON BASES DE DATOS INTERNACIONACIONAL

JOSE RAMON TOST VALLS; ANA CLAUDIA PEREIRA DE OLIVEIRA; MARIA CARMEN VARO ALBALA; VALMAÑA JOAQUÍN; URRUTIA BEATRIZ; ELISABETH GONZÁLEZ LAO

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA// CATALUÑA

ID: 14656

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Cultura de Seguridad Clínica en una institución sanitaria es un aspecto clave de la calidad asistencial. El análisis de la cultura de seguridad a través de encuestas validadas permite desarrollar estrategias de mejora en la notificación de incidentes detectados por los profesionales sanitarios. Por este motivo se recomienda la práctica periódica de dichas encuestas en las organizaciones, sin embargo su interpretación y la aplicabilidad de los resultados puede ser difícil por la poca experiencia acumulada y la fiabilidad de los datos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la consistencia y fiabilidad de los datos obtenidos en las encuestas de evaluación de cultura de seguridad en la atención especializada y primaria de nuestra organización en comparación con los resultados disponibles en la base de datos de la Agencia Americana de Calidad e investigación sanitaria (AHRQ). En la evaluación de la cultura de Seguridad a nivel de la atención primaria se utilizó la Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) y a nivel de la atención especializada la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) ambas encuestas han sido validadas a nivel nacional. El periodo en que las encuestas se contestaron fue entre 12.21 y 12.22, en ambos casos de forma anónima y voluntaria por los profesionales. Los resultados obtenidos fueron analizados en el Departamento de Calidad y Seguridad de pacientes y se compararon con los resultados disponibles en la base de datos de encuestas de seguridad de la AHRQ del mismo año 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A nivel de atención especializada se analizaron 219 encuestas y a nivel de la atención primaria 81 encuestas (correspondiente al 10,5% y 15% de los profesionales respectivamente). Predominaba el sexo femenino y el personal asistencial en ambas. Entre los participantes predominó el colectivo de enfermería, especialmente en el hospital. Respecto los datos disponibles en la base de datos de la AHRQ, la participación fue claramente inferior (10-15% vs 59%) y predominó el personal asistencial entre los participantes. Sin embargo, las fortalezas y debilidades detectadas en las encuestas y la puntuación global en seguridad otorgada por los profesionales fueron similares.

	Atención especializada	Atención primaria	Base de datos AHRQ
Participación (%)	10,5	15	59
Personal asistencial (%)	91	89	77
Enfermería /médicos (%)	45/25	47/30	n/d
Fortalezas	Trabajo en equipo Respuesta no punitiva o errores	Trabajo en equipo Seguimiento del paciente	Trabajo en equipo Seguimiento del paciente Equidad
Oportunidades	Dotación de personal	Dotación de personal	Dotación de personal Presión asistencial Retrasos en la asistencia
Puntuación global en seguridad	7,2	6,7	7,6

Conclusiones. Los resultados obtenidos en las encuestas de seguridad son similares en la atención especializada y atención primaria, tanto a nivel de participación, fortalezas, debilidades y puntuación media de seguridad. Aunque la participación es muy inferior, nuestros resultados son comparables con otras organizaciones de mayor trayectoria en seguridad, diferencia sociocultural y de sistema sanitario lo que refuerza la validez de los nuestros resultados obtenidos. Aunque se necesitan más estudios para reafirmar los resultados, la implementación sistemática y periódica de las encuestas de seguridad podría mejorar la cultura de seguridad en las organizaciones, aspecto determinante de la seguridad de los pacientes.

ERROR DIAGNÓSTICO Y SEGURIDAD DE PACIENTES: ES MOMENTO DE ACTUAR

JOSE RAMON TOST VALLS; MARIA CARMEN VARO ALBALA; JOAQUÍN VALMAÑA; BEATRIZ URRUTIA CASADO; LAURA GARCIA GONZÁLEZ; ELISABETH GONZALEZ LAO

CONSORCIO SANITARIO DE TERRASSA// CATALUÑA

ID: 14657

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores diagnósticos se han postulado en los últimos años como uno de los principales problemas de seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias afectando a un 5% de la población general. Las causas relacionadas con su aparición son sobretodo errores cognitivos de los profesionales (heurística, cierre precoz, obediencia ciega ..) y disfunciones en la presentación de resultados de pruebas complementarias. A diferencia de otras prácticas seguras, las organizaciones sanitarias no suelen considerar los errores diagnósticos una prioridad, a pesar de su frecuencia y potencial gravedad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Conocer las características de los incidentes por error diagnóstico detectados para promover acciones preventivas dirigidas a los mismos.

Método

Análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad reportados durante el 2022 en una organización sanitaria integrada causados por un error diagnóstico. Los incidentes se recogieron en el sistema de notificación autonómico actualmente disponible (SNI SP) y fueron analizados por el mismo personal del departamento de Calidad del hospital. De los casos recogidos se analizaron datos del paciente (sexo y edad), fecha del incidente, diagnóstico final, causa del error, propuestas de mejora y evolución del paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se analizaron 10 incidentes de seguridad originados por errores diagnósticos notificados durante el 2022 lo que suponía un 4% respecto al total de incidentes notificados. La edad media de los pacientes fue de 68 años (44-88 años) y predominaba el sexo femenino (60%). Los errores fueron más frecuentes en junio y diciembre. La causa más frecuente fueron errores cognitivos de los profesionales (80%), predominando la heurística y el cierre precoz del caso y en segundo lugar errores de circuito o informáticos (30%). Las enfermedades relacionadas con los errores fueron variadas (9 enfermedades distintas). Se detectó un porcentaje importante de eventos centinela pues 3 casos resultaron exitus (30%), de estos en 2 casos la causa fue un infarto de miocardio y un caso por una meningoencefalitis. Las propuestas de mejora resultantes de su análisis fueron sobretodo programas formativos en errores diagnósticos (50% de los casos) y en segundo lugar revisión de circuitos, procedimientos o del programa informático.

Conclusiones. A pesar de ser considerados uno de los principales problemas de seguridad en los pacientes por su frecuencia y gravedad, los errores diagnósticos representan una mínima porción de los incidentes notificados (4%). La mortalidad y el riesgo de desarrollar segundas víctimas en los profesionales son muy elevados (30%). A falta de más estudios, la mejora de la cultura de seguridad, la implantación de sistemas informáticos de ayuda al diagnóstico y de programas de formación específica en errores diagnósticos podrían prevenir su aparición, pues su causa más frecuente son errores cognitivos de los profesionales.

ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIBEL GONZÁLEZ SAMARTINO¹; MERCEDES LÓPEZ NOVOA¹; MANUELA GONZALEZ AGUILA¹; AMPARO GIMENEZ REQUENA¹; JORDI ADAMUZ¹; MARIA EULÀLIA JUVÉ UDINA²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, ²INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT//CATALUÑA

ID: 14921

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las caídas en entornos hospitalarios son una de las principales preocupaciones de los proveedores de salud, ya que puede causar importantes secuelas que incrementan el tiempo de hospitalización, la morbilidad o la mortalidad. La incidencia en España es cercana al 2%, si bien según algunos estudios la elevan hasta un 17,1%. Para minimizar los riesgos, la OMS recomienda utilizar instrumentos de clasificación del riesgo, pero la evidencia mantiene que debido a su naturaleza multidimensional, las herramientas presentan una baja validez y fiabilidad que hacen imprescindible se acompañen del juicio clínico enfermero

Objetivos y Metodología

Objetivo

Analizar la utilidad de un instrumento de valoración de riesgo de caídas en relación al número de caídas en pacientes hospitalizados desde el año 2015-2021.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos hospitalizados en unidades de agudos, corta estancia y cuidados intermedios durante los años 2015-2021. Variables principales: valoraciones de riesgo de caída a través de la escala Stratify y caídas registradas en la historia clínica electrónica con terminología ATIC. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recogidos mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0

Resultados y Conclusiones

Resultados

Del 2015 al 2021 se analizaron 182.555 episodios de pacientes hospitalizados. La media de edad fue de 63,7 años (DE=11,7), siendo el 58% hombres y con una estancia media de 7,1 días. El 90,7% de los episodios tenían una valoración del riesgo y la incidencia de caídas fue del 0,86%. Durante el período de estudio los datos relativos a la valoración del riesgo y el número de caídas fueron: 2015; 94,46% (310), 2016; 94,86% (276), 2017; 95,06%(272), 2018; 92,67% (241)2019; 92,45% (190), 2020; 90,60% (144), 2021; 75,31% (150). Se observa una disminución progresiva del registro de valoraciones del riesgo de caídas que se acompaña también de un menor número de caídas. En los años de pandemia se observa un posible infraregistro justificado por la importante presión asistencial.

Conclusiones

El uso de la escala Stratify, inicialmente, no se asocia a una disminución del número de caídas. La complejidad de los pacientes ingresados en los hospitales de agudos y la naturaleza multifactorial de las caídas hace que la elección de la herramienta más precisa para los pacientes hospitalizados siga siendo un reto para las organizaciones. De esta manera se hacen necesarias enfermeras formadas y competentes en la prevención de caídas que a través de un juicio clínico preciso, sean capaces de identificar y comprender la combinación de factores cambiantes y establecer estrategias preventivas adecuadas y específicas. Futuros estudios analíticos deberían corroborar estos resultados.

IMPACTO DEL ANÁLISIS CONJUNTO DE INCIDENTES DE MEDICACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE FARMACIA Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS

ANDREA MORA CAPÍN; PATRICIA ARIAS BUESO-INCHAUSTI; CRISTINA CORRALIZA GONZÁLEZ; CECILIA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ-LLAMAZARES; SILVIA MANRIQUE RODRÍGUEZ; RAFAEL MARAÑÓN PARDILLO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15073

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La colaboración entre los servicios de Farmacia y Urgencias pediátricas (SUP) para analizar conjuntamente los incidentes de medicación notificados podría contribuir a mejorar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

El objetivo del estudio es analizar el impacto de las reuniones conjuntas Farmacia-SUP en la planificación y en la implantación de prácticas seguras para el uso seguro medicación.

Metodología

Estudio retrospectivo, de cohortes, observacional y unicéntrico realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyen incidentes de medicación notificados en CISEM (Centro Integrado de Seguridad y Emergencias) en dos periodos de tiempo: cohorte-1 (junio 2016-febrero 2019, análisis de incidentes por Farmacia) y cohorte-2 (marzo 2019-agosto 2022, análisis conjunto por Farmacia-SUP). Se analizan los incidentes clasificados en tres categorías (incidentes relacionados con los 5 correctos de medicación, almacenaje y otros) y las prácticas seguras propuestas e implementadas en ambas cohortes. El estudio comparativo entre ambas cohortes se realizó mediante los test de Chi-cuadrado y test exacto de Fisher. Se consideró significación estadística una $p < 0,05$

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados.

Se notificaron 305 incidentes de medicación, 155 (51%) en la cohorte-1 y 150 (49%) en la cohorte-2. De ellos, llegaron al paciente 46 (29.6%) en la cohorte-1, de los cuales 3 provocaron daño en el paciente (todos ellos con daño moderado que requirió aumento de la atención). En la cohorte-2, llegaron al paciente 52 (34.6%), de los cuales 8 provocaron daño (1 grave, 6 moderados, 1 leve).

Se clasificaron como incidentes de medicación relacionados con los 5 correctos 106 (68.3%) en la cohorte-1 frente a 96 (68.3%) en la cohorte-2 ($p=0.42$): dosis incorrecta 73 (47%) vs 64 (42.7%) ($p=0.44$), fármaco incorrecto 19 (12.2%) vs

18(12%) ($p=0.95$), vía incorrecta 10 (6.5%) vs 9(6%) ($p=0.87$), tiempo incorrecto 1 (0.7%) vs 2 (1.3%) ($p=0.62$) y paciente incorrecto 3 (2%) vs 4 (2%) ($p=1$), en el primer y segundo periodo respectivamente. Los errores de almacenaje en la cohorte-1 fueron 37 (24.8%) y en la cohorte-2, 45 (23.9%) ($p=0.33$).

En la cohorte-1 se propusieron 7 prácticas seguras, de las cuales se implantaron 3 (42,8%). En la cohorte-2 se propusieron 22 prácticas seguras de las cuales se implantaron 17 (77,3%), lo que supone un incremento del 214% y un incremento del 83% de las prácticas seguras implantadas ($p=0.086$).

Entre las limitaciones destaca el carácter retrospectivo del estudio, basado en los errores de medicación notificados, pudiendo existir otros errores que no se hayan notificado en el CISEM y que no es posible analizar el impacto de cada medida individual.

Conclusión

En el periodo de reuniones conjuntas entre Farmacia-SUP destacó un incremento de prácticas seguras propuestas e implantadas con respecto al periodo de análisis exclusivo por Farmacia. Sin embargo, a nivel global, no conseguimos reducir ni el número de incidentes ni el impacto de los mismos.

AÑADIENDO VALOR AL PROGRAMA CÁNCER DE CERVIX GRACIAS A LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE HALLAZGOS RELEVANTES Y PATOLÓGICOS

PATRICIA LARA MARCOS; SILVIA GARCIA DE GARAYO DIAZ; ANDREA PRIETO PORRAS; RAFAEL SANCHEZ BERNAL
OSI ARABA// PAÍS VASCO

ID: 15308

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La detección precoz de lesiones precancerosas o de carcinomas de forma sistemática consigue reducir la incidencia y mortalidad de la enfermedad.

A pesar de los esfuerzos, no siempre conseguimos una cita de resultados acorde a la gravedad del diagnóstico. Puede ocurrir que un hallazgo grave no se comunique con la suficiente celeridad o incluso que la muestra no pueda procesarse por lo que no se pueda gestionar una cita de comunicación de resultados con la premura que el caso requiere.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer circuito sistematizado y automático de comunicación entre ANATOMIA PATOLOGICA (A.PAT) y PATOLOGÍA CERVICAL (PCER) de los diagnósticos relevantes previamente acordados.

Optimizar el tiempo de los profesionales; agilizando el proceso de diagnóstico y seguimiento, asegurando una atención oportuna y de calidad.

Reducir el tiempo de comunicación a la paciente e inicio precoz del tratamiento.

Ámbito de estudio: Pacientes de la consulta de PCER, detectados en el programa de cribado de cérvix a las que se les ha realizado una citología o biopsia.

El servicio de A.PAT trabaja con un programa informático independiente al de la Historia Clínica, con integración parcial entre ambos.

Se acordó como códigos a notificar al servicio de PCER: Displasias severas en la citología además de los adenocarcinomas y carcinomas escamosos en biopsia.

Cada muestra se codifica según el diagnóstico y automáticamente se envía un e-mail a un correo electrónico genérico del Servicio de Ginecología.

Para elaborar el informe que les llega diariamente, se programa a través de SQL (lenguaje de programación) una consulta donde se extraen los datos que nos interesan y se cruzan con los datos de citación. (La fecha en la que se realiza la prueba, la fecha en la que A.PAT diagnostica la muestra y la fecha de la cita de resultados que ese paciente tiene adjudicada para informarle).

De este modo, identificamos diariamente qué pacientes han sido diagnosticados de la patología que nos interesa en las últimas 24 h y de esta forma reducimos los tiempos de espera y mejoramos la atención de los pacientes asegurándonos que se ha establecido un circuito de comunicación eficaz y en tiempo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La demora entre el diagnóstico oncológico y la comunicación al servicio ha pasado de una demora media de 13 días a menos de un día.

Esta reducción facilita la programación de las consultas de seguimiento correspondientes.

La comunicación precoz al paciente del diagnóstico y seguimiento, puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar su comprensión de los plazos esperados.

Nº de pruebas realizadas de enero a mayo de 2023=1263 Nº de biopsias con diagnósticos oncológicos=15

Mediante este sistema se reducen los tiempos de comunicación de los resultados a horas, esto permite una detección precoz de resultados anómalos y se garantiza mayor rapidez en la toma de decisiones terapéuticas. Consiguiendo una atención más eficiente y una reducción de la demora en las consultas de seguimiento.

"HA CAÍDO LA RED!" LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO Y (CIBER) SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿QUÉ PASA SI HAY QUE SACAR LOS PAPELES?

JOSÉ MANUEL EGEA-CAPARRÓS; CRISTINA ACEVEDO-ALCARAZ; ANA BELÉN MARTÍNEZ-GARCÍA; MARGARITA CÁMARA-SIMÓN; GINÉS AUÑÓN-CALLES; JOSÉ MARÍA GIMÉNEZ-GARCÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15580

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) son esenciales en la asistencia sanitaria. Ésta requiere un manejo seguro de la información: toda disfunción de los sistemas de Información (SSII) puede repercutir en demoras o errores que afectan al paciente.

La seguridad de las infraestructuras relativas a las TIC (*hardware* o *software*) es un punto clave. Cualquier amenaza externa (virus, sabotajes,...), avería (cortes eléctricos, caídas de red,...), operación de mantenimiento, etc., puede causar una parada prolongada de los SSII.

Los Laboratorios de Diagnóstico Clínico deben aportar información útil para el médico y el paciente. Hoy día los Sistemas de Información de Laboratorio (LIS) tienen una alta complejidad y conectividad con otros SSII, principalmente el Sistema de Información del Hospital (HIS), y soportan el proceso del Laboratorio, desde la entrada (recepción de peticiones y muestras) a la salida del mismo (envío de informes). Cuando fallan las TIC, el Laboratorio puede colapsar; pelagra la Seguridad del Paciente, mientras aumenta la presión para dar resultados rápidos y fiables.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general

Dotar al Laboratorio de un procedimiento para gestionar los diversos fallos de los SSII.

Objetivos específicos

- 1) Presentar la aportación del Laboratorio a los Planes de Contingencia, ante incidencias en los SSII;
- 2) Proponer un estándar para la gestión de incidentes de seguridad informática en los Laboratorios de Diagnóstico.

Métodos

Elaboración conjunta de un plan para determinar la acción a seguir desde el Laboratorio, según qué punto concreto de los SSII esté fallando, y determinación de los recursos necesarios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se presenta una propuesta del Laboratorio para un Plan de Contingencia ante paradas en los SSII. Se contemplan posibles fallos del HIS, del LIS o de la conexión entre ellos, o con otros sistemas. Se incluye un diagrama de flujo que permite saber en qué problema nos encontramos, para dar salida a la situación de manera consistente.

Alguna de las soluciones propuestas implican el uso del formulario en papel para la solicitud de análisis; o de un escáner e impresora con conexión local, que funcionen aunque falle la red;... Estas dotaciones serían necesarias para asegurar la continuidad de la asistencia, incluso en situaciones catastróficas.

Conclusiones

Dentro de la misión del Laboratorio, está la de cooperar con otros Servicios para resolver juntos situaciones graves, como fallos en las infraestructuras digitales. Es de esperar que las medidas de seguridad informática se normalizarán en un futuro inmediato. Este esquema se puede adaptar a distintos centros, ya que el proceso básico sigue una pauta común.

En Centros donde no todas las disciplinas están bajo el mismo LIS (SSII distintos en Microbiología, Inmunología, etc.), las vulnerabilidades se multiplican, y las opciones de solución ordenada se reducen. Éste sería otro motivo a favor de soluciones integradas (LIS unificados) para todo el ámbito del diagnóstico *in vitro*.

ESTRATÉGICAS TÁCTICAS PARA MEJORAS LAS NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS

MONICA GARCIA PEREZ¹; MARIA JOSE AVILES MARTINEZ²; ANA MARÍA HERRERO MIGUEL²; PILAR OLIVERT FUERTES²; MARINA PELLICER MAS²; MARIA DEL CARMEN BONET COSTA²

¹DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-SANT JOAN D´ALACANT, ²CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PUBLICA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17013

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Proporcionar una atención sanitaria segura sin lesiones atribuibles a dicha atención, implica la difusión y puesta en marcha de buenas prácticas y la gestión de riesgos sanitarios. A su vez, esta gestión de riesgos precisa de una herramienta eficaz de notificación que permita gestionarlos. La notificación voluntaria de los eventos adversos es el cauce fundamental para obtener información sobre los posibles fallos del sistema, y abordarlos tanto de forma preventiva, como de forma retrospectiva. La Comunidad Valenciana, dispone de un sistema de Información para el registro de Notificaciones de incidentes y eventos adversos propio (SINEA), siendo un elemento clave para mejorar la cultura de seguridad.

El uso de esta herramienta es fundamental para mejorar la seguridad de la asistencia sanitaria a partir de dicha notificación y posterior análisis de los sucesos declarados por los profesionales sanitarios. Desde el servicio de calidad asistencial se han establecido una serie de estrategias tácticas para fomentar el uso de esta herramienta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo ha sido impulsar y facilitar la notificación de los incidentes a los profesionales de los departamentos de salud implementando una serie de estrategias tácticas que se incorporan en los acuerdos de gestión de la conselleria, en el plan de calidad y seguridad del paciente de la CV así como en las funciones atribuidas a las unidades funcionales de calidad y seguridad del paciente.

- Facilitar la declaración a los profesionales en el ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria, incorporando en la historia clínica electrónica un enlace directo a la plataforma de notificación.
- Potenciar tanto la formación en materia SINEA a través de cursos facilitados desde la EVES como la información, mediante la elaboración de díptico SINEA con código QR que enlaza con el funcionamiento de la plataforma SINEA.
- Solicitar áreas de mejora a consecuencia del análisis del informe SINEA anual.
- Incorporar preguntas relacionadas con la notificación de eventos en las encuestas de satisfacción a pacientes.
- Implementar mejoras de la aplicación SINEA a través del referente funcional y de los coordinadores SINEA de todos los departamentos de salud.
- Incluir el Indicador SINEA dentro de los Acuerdos de gestión de los departamentos de salud, asociado al pago de la productividad de los profesionales sanitarios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. En el año 2022 se han notificado un total de 9357 casos, un 42% más respecto al año 2021. Se han recibido un total de 1905 análisis causa raíz.
2. Observamos una minoría de Eventos (causan un daño), frente a una mayoría de incidentes: en el año 2022 un 32.61% notificados eran incidentes sin daño respecto al 30,00% del año anterior. lo mismo ocurre con los efectos que no han ocurrido pero estuvieron a punto de ocurrir, en 2022 un 30,52% frente a un 29% del año anterior. en cuanto a los datos de los efectos ocurridos que han causado un daño temporal al paciente, se han notificado un 26,23% frente a un 30,24% del año anterior.

ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA INVERTIR LA TENDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD TRAS LA PANDEMIA

MIKEL LATORRE GUIASOLA; CRISTINA SANCHEZ SANCHEZ; MAIDER GARMENDIA ZALLO; VERÓNICA RUIZ PEREDA; NAGORE ZARRAONANDIA AYO; GASPAR LANTARÓN AMAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES// PAÍS VASCO

ID: 17072

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

De manera similar a los resultados de estudios en otras comunidades, las notificaciones en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri- Cruces han disminuido de manera notable durante la pandemia por COVID-19 (años 2020 y 2021). Entre los años 2015 a 2017, el número de notificaciones creció a un ritmo de 20 notificaciones anuales. En el bienio 2017 a 2019, aumentó a más de 100 notificaciones al año, mientras que en el periodo comprendido entre 2019 y 2021 las notificaciones disminuyeron a un ritmo de más de 140 cada año.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Diseñar una estrategia multimodal que permita recuperar la tendencia de notificación previa a la pandemia y mejorar los ratios de análisis y propuestas de mejora en el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente en los profesionales de la organización Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

La estrategia diseñada incluyó los siguientes elementos: 1-PERSONAS: Referentes de seguridad de la organización: médico y enfermera de la Unidad de Calidad. Direcciones asistenciales: médicas y de enfermería (hospitalarias y de Atención Primaria). Gestores de seguridad: jefes y jefas de servicio y supervisoras (en Hospital); jefes y jefas de unidades de Atención Primaria. Equipos de seguridad: profesionales asistenciales de los diferentes servicios y unidades. 2- HERRAMIENTAS: Se diseñaron dos aplicaciones, una dirigida a los responsables de seguridad que les permitiese monitorizar los incidentes de sus equipos de seguridad; y otra para las direcciones asistenciales, destinada a monitorizar la gestión de los incidentes de los servicios y unidades asignados a cada dirección, conocer la tipología de los incidentes notificados y los informes emitidos. 3- FUNCIONES: se asignaron funciones específicas para los equipos de seguridad (análisis de incidentes y propuesta de acciones de mejora), para los responsables de seguridad (monitorizar la gestión de los incidentes de seguridad de su equipo y remitir informe mensual a las direcciones asistenciales respectivas) y para las direcciones asistenciales (proporcionar retroalimentación periódica a los responsables de seguridad, conocer la tipología de los incidentes notificados y analizar los informes mensuales de los responsables de seguridad).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Número de notificaciones: en el ejercicio 2021-2022 aumentaron de 592 a 1029 notificaciones, recuperando el ritmo de crecimiento del bienio 2017-2019

Análisis de incidentes: el porcentaje de incidentes analizados alcanzó un "pico" en 2019, con un 17%, mantenido en el bienio 2019 a 2021. En 2022, el 28% de los incidentes tenían un análisis realizado

Propuesta de acciones de mejora: en 2019 se alcanzó el "pico" del porcentaje de propuestas de mejora en los incidentes analizados (88%). En 2022, este porcentaje ha sido del 81%

Informes mensuales: desde el inicio de la estrategia (junio - 2022), los responsables de seguridad han remitido 40 informes mensuales de seguridad (26% de los posibles). Los informes recogen un resumen cuantitativo y cualitativo de los incidentes originados.

ANÁLISIS DEL TIPO DE DISFUNCIONES EN LOS ÉXITOS HOSPITALARIOS CON PROCESO ASISTENCIAL INADECUADO Y PROPUESTAS DE MEJORA

ANDREU ALOY-DUCH; JOSÉ LUÍS JIMÉNEZ-ORTIZ; ROSA M^a SABATER-RAGA; LOURDES GABARRÓ-JULIÀ; SERGIO ARIÑO-BLASCO; JUAN JOSÉ MARTÍNEZ-RIVAS

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17181

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La comisión de mortalidad hospitalaria (CMH), coordinada por la Unidad de Calidad, es un grupo de trabajo multidisciplinar, que tiene por objetivo analizar aquellos éxitos con posibles disfunciones asistenciales. Hay pocas publicaciones respecto a las disfunciones asistenciales y muerte evitable. El NHS británico, desde 2007, refiere un 25% de deficiencias que influyen en la supervivencia y un 5% de muertes potencialmente evitables. Probablemente hay una infraestimación en términos de evitabilidad del fallecimiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Se han analizado y propuesto acciones de mejora sobre los casos de procesos asistenciales incorrectos y muertes evitables en los pacientes éxitos que se derivaban a la Comisión de Mortalidad institucional, dependiente de la Unidad de Calidad, desde 2018 hasta el año en curso 2023.

Metodología

Los casos vienen remitidos desde diferentes vías: 1., análisis previo de los comités de mortalidad de los servicios; 2., petición de profesionales; 3., a petición de familiares; 4., petición de las direcciones.

Tras el análisis, la comisión debe llegar a 3 conclusiones clave, por votación individualizada: 1., si el proceso asistencial ha sido incorrecto; 2., si la muerte ha sido evitable; 3., acciones de mejora a proponer.

Se han excluido del análisis los fallecimientos por COVID, los cuales fueron motivo de un análisis extraordinario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Entre 2018 y 2023, de los 2732 éxitos hospitalarios, se han remitido a la comisión 26 (1%) pacientes; atendiendo a la bibliografía, este número infraestima la dimensión real, pues se deberían haber derivado a la comisión un total de 137 pacientes en total (el 5% de los éxitos).

El motivo de revisión más frecuente fue por: 1., petición de los servicios asistenciales (58%); 2., muerte inesperada (25%); 3., petición familiar (17%). Los equipos más implicados fueron: urgencias (19%), medicina interna (19%), medicina intensiva (14%) y una miscelánea (48%).

Se detectó un proceso asistencial incorrecto en 12 pacientes (46,15%), con un 67% de hombres, y una media de edad de 71 años. Las disfunciones detectadas fueron: 1., valoraciones clínicas inadecuadas 4 (33%); 2., tratamiento incorrecto 4 (33%); 3. retrasos diagnóstico-terapéuticos 3 (25%); 4., aspectos médico-legales en 1 (9%).

Se consideró que la muerte era "no evitable" en 7 casos (58,3%) y "evitable" en 5 (41,7%).

Se aplicaron las siguientes acciones de mejora: 1., comentar los casos con las direcciones y los profesionales responsables (95%); 2., desarrollar cursos específicos o sesiones relacionadas con las disfunciones (25%); 3., actualizar la protocolización de ciertas patologías más prevalentes (50%); y, 4., mejorar algunos circuitos (35%).

Conclusiones

El trabajo de la comisión de mortalidad es fundamental para evaluar las posibles disfunciones, siendo relevante la necesidad de discutir la posible inadecuación del proceso, la evitabilidad de la muerte, y la implementación inmediata de acciones de mejora.

GESTIÓN DEL RIESGO EN EL PROCESO DE LABORATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS, RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA 2022

EULÀLIA ORIOL COLOMINAS; YOLANDA MENGIBAR GARCIA; EVA MARIA OYA GIRONA; IMMA HOSPITAL GUARDIOLA; MARIA PILAR ASTIER PEÑA; EUSEBI VIDAL MELGOSA

CAMP DE TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17186

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Calidad de la Dirección de Atención Primaria (UC_DAP) cuenta con 2 herramientas para la gestión del riesgo asistencial (GRA) que permite detectar las incidencias en los procesos de forma proactiva (listas de verificación) y reactiva (sistema de notificación de incidentes)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir los incidentes recogidos en las dos herramientas de gestión del riesgo asistencial relacionados con el proceso de laboratorio de los CS de nuestro territorio y las acciones de mejora en 2022.

Metodología

GRA Proactiva: Los profesionales de los CS realizan un briefing estructurado mediante la lista de verificación "Laboratorio: atención primaria" al final del proceso, se identifican y analizan incidentes y se realizan acciones de mejora. La lista se estructura en 3 fases: pre-analítica, analítica y post-analítica. GRA Reactiva: Los profesionales de los CS notifican incidentes del proceso en el sistema de notificación. La gestión se realiza por profesionales de los CS, la UC_DAP y la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de la DAP. Se dispone de un equipo de mejora de laboratorio permanente (EML) para priorizar y desplegar acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

GRA proactiva: en el año 2022 se han realizado 7265 LV con 1914 incidencias detectadas. En la fase preanalítica el 93.8% son problemas de citación incorrecta. En la analítica el 59% la incorrecta entrega muestras y 39% inadecuada preparación de pacientes. En la postanalítica 45,3% son muestras externas recibidas incorrectamente y 17.1% mal etiquetado. GRA reactivo se han notificado 209 incidentes de laboratorio (20,6%) del total de incidentes. Se observa un aumento en los incidentes 2021 (15.5%) a 2022 (20.6%). El 85% de riesgo bajo o muy bajo. El 33% no llega al paciente, 58% no produce daño, 9% son eventos adversos. Áreas de riesgo relacionadas con los cuidados (manejo inadecuado del procedimiento) comunicación (citación errónea) y la gestión. El EML ha generado acciones de mejora: revisión de 8 procedimientos territoriales; publicación de 2 Micropíldoras y del boletín de laboratorio 2022; Formación a los referentes de laboratorio de cada CS; Reuniones mensuales con el laboratorio central de referencia. Revisión del circuito de muestras de Anatomía Patológica.

Conclusiones

En la Atención Primaria, el proceso de laboratorio genera un gran número de incidentes, por lo que se identifica como una importante área de riesgo. La identificación de los incidentes a partir de las herramientas proactivas y reactivas, facilitan su análisis y la puesta en marcha de acciones de mejora bien dirigidas. La participación de los profesionales es fundamental, tanto para su identificación, análisis y gestión como para el diseño e implantación de las acciones de mejora. Las estrategias de comunicación son indispensables para la promoción de una cultura de seguridad entre los profesionales.

10 AÑOS APRENDIENDO DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS (ISPN) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (APS)

MONTserrat GENS BARBERÀ¹; Nuria HERNANDEZ VIDAL¹; YOLANDA MENGIBAR GARCIA¹; INMACULADA HOSPITAL GUARDIOLA²; EVA OYA GIRONA³; FERNANDO BEJARANO ROMERO⁴

¹UNIDAD DE CALIDAD TERRITORIAL DE LA GERENCIA DEL CAMP DE TARRAGONA, ²EAP VALLS, ³EAP SALOU, ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17301

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2013 nuestra comunidad autónoma (CA) implanta el proyecto de las unidades funcionales de seguridad del paciente (UFSP) en la APS que incluye el despliegue de un sistema de notificación de incidentes de SP (SNISP). La unidad de calidad (UC) de la dirección de atención primaria (DAP) valora como una oportunidad integrar este proyecto en el Plan de Calidad y en la estrategia de gestión del riesgo asistencial (GRA).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Compartir el aprendizaje a partir de los ISPN en el marco de una estrategia de GRA en la APS de un territorio.

Metodología

Se identifica el modelo organizativo y la estrategia reactiva de detección, notificación, gestión y aprendizaje de ISPN. Se diseñan estrategias relacionadas con el área de gestión del conocimiento (AGC) se define un plan de comunicación de la GRA reactivo y se potencian las alianzas con nuestra consejería. Como herramientas de planificación estratégica se utiliza la metodología Hoshin Hanri y balanced scorecare.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados. Estructura organizativa: A nivel de la DAP: una UFSP y tres UFSP con los diferentes hospitales del entorno y el servicio de emergencias médicas, un comité de calidad y seguridad del paciente (CySP), una comisión de CySP y 9 equipos de mejora (EdM) permanentes (atención urgente, pruebas cabecera del paciente, medicación, acogida profesional, control infección, gestión del material, vacunas, laboratorio y anticoagulación). Cada CS cuenta con: un responsable de CySP con nombramiento específico, una comisión de CySP integradora y multidisciplinar, un equipo de gestión de eventos adversos (EGEA). Estrategia ISPN: 10.523 ISPN, 35 Análisis causa raíz. Área de Gestión del Conocimiento: 13 actividades formativas con 5167 profesionales formados; Investigación e innovación: Reconocimiento como grupo de investigación en CySP_TAR, 8 publicaciones nacionales e internacionales, 2 proyectos FISS y 2 becas de innovación. Comunicación: Comunicación interna: 108 noticias a la intranet, 42 boletines, 6 alertas sanitarias, 11 micropindolas, 9 casos que enseñan; Comunicación externa: 130 presentaciones en congresos y jornadas; Reconocimiento: 10 premios en congresos y sociedades científicas. Alianzas estratégicas: convenio con la consejería en el diseño de la nueva plataforma tecnológica para la notificación de ISP.

Conclusiones. Las UFSP han sido un elemento estratégico para el impulso de la GRA. Los SNISP son claves para la detección de ISP. La estructura organizativa nos ha permitido implicar a la mayoría de profesionales del territorio. Los ISPN han permitido identificar diferentes áreas de mejora, a partir de las cuales se han rediseñado procesos, procedimientos y buenas prácticas. La GRA nos permite avanzar hacia un aprendizaje organizacional creando una dinámica de trabajo participativa y orientada a una atención de calidad y segura. Disponemos de un nuevo SNISP que nace del despliegue de una estrategia y se adapta a las necesidades actuales de la APS.

DE LA NOTIFICACIÓN A LA ACCIÓN: DESPLIEGUE DE LÍDERES CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS

CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; PABLO CAZALLO NAVARRO; MONTSERRAT SOLIS MUÑOZ; M^o CRISTINA ROLLE FERNÁNDEZ; LINA MARCELA PARRA RAMÍREZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17349

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del año 2021 se detectó un aumento en el número de notificaciones realizadas en CISEM relacionadas con bacteriemias (BCM) nosocomiales y endocarditis pasando de 3 notificaciones en 2019 (0,36% del total) a 9 de mayo a diciembre de 2021 (1,72%).

Dado que concebimos el liderazgo como un factor de éxito a la hora de desarrollar una cultura de seguridad en la organización y cualquier acción asociada a la misma, y tenemos identificada la figura del responsable de seguridad (RS), decidimos implicarles, junto con otros profesionales transversales, en el despliegue de la estrategia planteada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Desarrollar una estrategia multimodal en la prevención de BCM.
- Fomentar el liderazgo de los profesionales.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó un análisis de la situación detectando: falta de percepción del riesgo en pacientes con dispositivos implantados; infranotificación de bacteriemias; existencia de un protocolo de inserción y manejo de catéteres periféricos (CVP) de 2015 y desconocimiento generalizado del mismo; uso de bioconectores (BC) convencionales sin clorhexidina en las vías.

Se realizó una revisión de la evidencia científica en base a la cual se actualizó el protocolo de inserción y manejo de CVP, se elaboró material informativo sobre BCM (banner y bundle), se valoró el uso de BC con clorhexidina y el conocimiento del personal sobre desinfección de BC y manejo de vías, se mantuvo la vigilancia de BCM y se difundió todo lo anterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Acciones:

- Sustitución de tapones convencionales por BC con clorhexidina en vías centrales.
- Encuesta conocimiento: 97% profesionales conocían protocolo, la importancia desinfección y complicaciones; 25% desconoce antiséptico adecuado; 60,6% desconoce la frecuencia adecuada.
- Piloto de auditoría observacional sobre el manejo de vías. Pendiente de resultados.
- Sesión clínica sobre infecciones asociadas a cuidados sanitarios: 82 asistentes y 4 píldoras relacionadas con cuidados de las vías con 3328 visualizaciones.
- Difusión a RS en sesión formativa con 3 presentaciones sobre prevención de BCM. 56 asistentes con una satisfacción de 4,53 sobre 5.
- La tasa de incidencia BCM nosocomial de 2,3/1000 pacientes-día de julio a diciembre de 2021; 1,2/1000 pacientes-día en 2022. BCM primaria 1,2/1000 pacientes-día en 2021; 0,5/1000 pacientes-día en 2022. $P < 0,01$.

Conclusiones

Se ha reducido el número de BCM. No podemos asegurar que todas las estrategias desarrolladas hayan condicionado la disminución tanto en número de notificaciones como en número de bacteriemias, al contrario podríamos pensar que el haber dado tanta difusión se incrementarían las notificaciones. Sí creemos que esta estrategia multimodal ha servido para fomentar el liderazgo de los RS, otros líderes transversales (investigación, formación, calidad, recursos materiales, etc.) y de los responsables jerárquicos.

SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE: LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS GLOBAL COMO PRÁCTICA HABITUAL

MARIA LUISA ALCAZAR GONZALEZ; GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; INMACULADA MEDIAVILLA HERRERA; MARIA DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ; MERCEDES ALMAZÁN DEL POZO

GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17381

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En una Comunidad Autónoma se notifican, a través del sistema de notificación, en torno a 3.000 incidentes de seguridad (IS) anuales que se analizan en las unidades funcionales de seguridad del paciente, habitualmente de manera individual. Pero, además, el gran volumen de notificaciones es susceptible de análisis global, permitiendo tener una visión de las áreas en las que se concentran los IS pudiendo servir para priorizar actuaciones más eficientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Desarrollar e implantar acciones de mejora sobre los tipos de IS más frecuentes globalmente

Metodología

Análisis anual de las frecuencias de los tipos de IS notificados. Los % de los 5 tipos más frecuentes se mantienen aproximadamente estables:

- a) Errores de Medicación (EM) de administración por el propio paciente (15-20%)
- b) EM de prescripción (10-15%)
- c) IS/EM en continuidad asistencial (10-15%)
- d) IS en pruebas diagnósticas (5-10%)
- e) Errores de identificación de paciente (5-10%) Análisis de cada tipo
 - De los EM de administración por el paciente, se identificaron como problemas prioritarios por su frecuencia y gravedad la comunicación profesional-paciente sobre el tratamiento (información y verificación) y los despistes del paciente.
 - De los EM de prescripción, se identificaron como prioritarios aquellos con medicamentos de alto riesgo (anticoagulantes/antiagregantes, hipoglucemiantes, opioides potentes y benzodiazepinas).
 - De los IS/EM relacionados con Continuidad Asistencial, los problemas de seguridad más graves eran EM de prescripción en hospital y, en menor medida, de conciliación, sobre todo en relación con anticoagulantes y vitamina D. Se propusieron dos actuaciones: flash recomendando autochequeo al prescribir anticoagulantes o vitamina D y revisión por farmacéutico. Las sucesivas olas de COVID limitaron la puesta en marcha.
 - De los IS de Pruebas Diagnósticas, 25% eran demoras en la valoración de resultados (con daño grave cuando eran críticos).
 - De los IS/EM relacionados con Identificación de paciente, se encontró que no revestían gravedad con la excepción de los relacionados con pruebas diagnósticas con resultados críticos y con medicamentos de alto riesgo. Ambas líneas estaban previamente abordadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

-En EM del paciente, se desarrollaron e implantaron las siguientes acciones de mejora: Taller "Conoce tus medicamentos", Check list de botiquines caseros y Verificación del conocimiento del paciente de su medicación. La prevalencia de estos EM mediante revisión de HC con trigger tool se redujo: pre: 5,7‰-post: 1,8‰ ($p>0,05$)

-En EM de prescripción, se implantó el proyecto MAR en SAR (Medicamentos de Alto Riesgo en Situaciones de Alto Riesgo) basado en señalamientos y doble autochequeo. Se evitaron 1-2 EM graves por profesional y trimestre.

-En IS de pruebas diagnósticas, se establecieron sistemas de alertas ante resultados críticos de laboratorio, radiología y anatomía patológica con todos los hospitales. Además, se han implantado circuitos internos de alertas en todos los centros de salud.

RESPONSABLES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, VANGUARDIA DE LA CULTURA DE CALIDAD Y DEL LIDERAZGO TRANSVERSAL

DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; PABLO CAZALLO NAVARRO; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; ALMUDENA SANTANO MAGARIÑO; MIGUEL CUCHÍ ALFARO; JULIO GARCÍA PONDAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17461

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La transformación y dinamismo del ecosistema sanitario conlleva abordar y planificar nuevos retos. Con el horizonte en 2025, el hospital, se definió, entre otras, la línea estratégica (LE) "Cultura de Gestión homogénea".

Uno de los despliegues de esta LE se realizó desde el Programa de Seguridad del Paciente (PSP) a través de los responsables de seguridad (RS), 46 enfermeras y 50 médicos, nombrados en los diferentes servicios/unidades/áreas (56) y punto fuerte en la evaluación EFQM.

Con el fin de conocer las actividades de los RS y su alineación con la Propuesta de Valor del hospital, se le incluyó como nuevo objetivo a partir de 2022 la realización de una memoria anual.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos fueron, 1º Diseñar un instrumento de gestión homogéneo para canalizar los proyectos de Seguridad del Paciente (SP), 2º Conocer la difusión y despliegue del PSP del hospital, 3º Visibilizar el trabajo de los RS y 4º Contribuir al desarrollo de las líneas de actuación del Decreto de Seguridad y Estrategia de Seguridad 2027 del SERMAS

Se elaboró una ficha que contenía las Actividades Institucionales: 1-Auditoría Observacional, 2-Reuniones Generales de RS, 3-Sesiones Internas de SP (nº, acta), 4-Reuniones de Incidentes Prioritarios y 5-Rondas de Seguridad; y las Actividades Propias: 6-Proyectos de Mejora y 7-Otras Actividades.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recibieron 36 memorias, 15 de enfermeras y 21 de médicos, cubriendo 25 de las 56 áreas con RS (45%). De ellos participaron en la Auditoría Observacional 23 profesionales, en las Reuniones Generales la asistencia de 27 asistentes. Se realizaron 29 Sesiones Internas de SP, el 90% con actas, 18 Análisis de Incidentes Prioritarios y 12 Rondas de Seguridad.

Se presentaron 20 (56%) Proyectos de Mejora cuyas áreas abordadas, básicamente, fueron: Seguridad en la medicación; Práctica clínica, Protocolos y Procedimientos; Infecciones; Identificación segura y Listados de Verificación. De ellos 11 de 21 (52%) fueron multidisciplinarios y multiservicios.

Se presentaron 27 actuaciones en Otras Actividades que incluyeron la elaboración de videos y Boletines de Seguridad, implantación de buzones de sugerencias en el servicio/unidad, creación de grupos de seguridad internos, realización de la Semana de Seguridad Quirúrgica, formación intraservicio, prácticas del No Hacer, análisis de riesgos -AMFE y la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad clínica (ISO 9001).

Como conclusiones se destaca que, aunque hay que mejorar la tasa de respuesta, se dispone de un instrumento para recoger la actividad de los RS y de las unidades y servicios en los que trabajan. Ello ha permitido conocer y reconocer la contribución de los RS en el despliegue de la infraestructura SP al tiempo que se fortalece su liderazgo transversal tanto a nivel del servicio como del hospital. Finalmente, con la información se ha incrementado el alcance del PSP del hospital y mejorado la contribución del hospital a las líneas institucionales de SP del Servicio de Salud.

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA ANALIZAR EVENTOS ADVERSOS DE COORDINACIÓN E IMPLANTAR ACCIONES

VICTORIA SABATE CINTAS; ESTHER BADIA PERICH; NURIA EMILIANO GRIELL; M^a JOSE TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 17541

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El modelo sanitario actual, orientado a garantizar una excelente atención que integre la seguridad del paciente, requiere una adecuada interrelación entre los diferentes niveles asistenciales. Para ello es necesario desarrollar una metodología de trabajo, una adecuada gestión del riesgo y analizar los eventos adversos de coordinación, aprender de ellos y aplicar soluciones que eviten su repetición

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Principal: Mejorar la seguridad el paciente en relación a la coordinación asistencial. Específicos: Analizar los eventos adversos de coordinación, detectar riesgos en el proceso asistencial e implantar acciones de mejora para la seguridad del paciente.

Metodología

Creación de las Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente (UFTSP) entre Atención Primaria, Hospitales y SEM. Alcance: 66 EAP, 6 CUAP, 7 Hospitales y SEM. Población 1.500.000 hab. Eventos adversos de coordinación. Metodología: Intercambio de información sobre los EA, entre responsables de calidad diferentes ámbitos. Análisis específico en cada nivel asistencial siguiendo el Protocolo Londres y posterior análisis conjunto con los profesionales implicados de los diferentes dispositivos. Se realiza cronograma y técnica de causa-raíz. Propuesta de planes de acción de coordinación y para cada nivel asistencial. Presentación de planes de acción a los órganos directivos para su aprobación, implantación y seguimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Año 2022: 30 reuniones realizadas. 60 EA de coordinación investigados. Participación de más de 150 profesionales asistenciales.

Principales causas detectadas: Aplicación incorrecta procedimiento código ictus. Error de manejo del paciente código IAM. Falta de consenso carteras de servicio y criterios de derivación. Circuitos no definidos para patologías oncológicas y paciente en situación de final de vida. Deficientes alertas informáticas para resultados patológicos. Comunicación inadecuada entre profesionales de diferentes ámbitos. Déficits de calidad en informe alta hospitalaria.

Acciones de mejora implantadas: Formación y sensibilización sobre código ictus, código IAM a profesionales de todos los niveles asistenciales. Nuevos pactos en carteras de servicio y criterios de derivación. Definición procedimiento de coordinación atención paciente en situación de final de vida. Implantación circuitos de comunicación ante resultados anormales. Creación visitas virtuales entre niveles asistenciales para mejorar la coordinación. Informes de alta hospitalaria mejorados.

Conclusiones

Las UFTSP ayudan a mejorar la seguridad del paciente en la atención que recibe en su paso por los diferentes dispositivos asistenciales. La visión global ayuda a mejorar carencias en circuitos y problemas de comunicación.

Las UFTSP definen mejoras efectivas valoradas por las direcciones, que lideran su implantación. En algunos procesos hemos detectado la disminución de EA tras la implantación de las acciones de mejora.

EVOLUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E INFLUENCIA DEL COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA

NÚRIA EMILIANO GRIELL; ESTHER BADIA PERICH; VICTORIA SABATE CINTAS; M^a JOSE TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALA DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 17544

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria (AP), nivel asistencial más utilizado por la población, es básica para el buen funcionamiento del resto del sistema sanitario. Durante los últimos años ha tenido que adaptarse a la pandemia del Covid-19 y modificar su forma de trabajar. Este cambio organizativo ha influenciado en la gestión de los incidentes de seguridad del paciente, que es básica para poder ofrecer a la población una buena calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Identificar la evolución de los incidentes de seguridad del paciente que se derivan de la asistencia en AP y valorar la influencia que ha tenido la pandemia del Covid-19, tanto en el nivel notificación como de la calidad de la misma.

Metodología

Se evalúa mediante un sistema de notificación y gestión de incidencias interno territorial (5500 profesionales/ 1.500.000 hab). Nuestra organización está gestiona por procesos. El sistema de notificación tiene puerta única y es accesible a cualquier profesional a través de la intranet. Roles definidos: notificador (cualquier profesional), gestor (director y responsable de calidad) y líder de proceso transversal. El gestor puede realizar el análisis en el mismo aplicativo (factores contribuyentes, causas, acciones de mejora). Se analizan cuantitativa y cualitativamente todas las incidencias notificadas, los análisis y acciones de mejora. Se comparan los resultados obtenidos en los últimos 5 años.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Incidencias notificadas. 2018: 6000 (50% analizadas), 2019: 6800 (60% analizadas), 2020: 5100 (27% analizadas), 2021: 5500 (35% analizadas), 2022: 5800 (45% analizadas).

Procesos con mayor número de notificaciones: 2018: gestión de la demanda, farmacia, coordinación asistencial. 2019: coordinación asistencial, farmacia, gestión de la demanda. 2020: coordinación asistencial, laboratorio, gestión de la demanda. 2021: coordinación asistencial, gestión de la demanda, laboratorio. 2022: coordinación asistencial, gestión de la demanda, farmacia

Conclusiones

Frecuencia de incidencias en AP baja en proporción al número de visitas. Predominan incidencias sin daño a paciente. Disminución drástica del número de notificaciones y del porcentaje de análisis durante el 2020 con progresiva recuperación posterior. Proceso de coordinación asistencial siempre se sitúa entre los primeros, en época de pandemia la proporción se disparó debido al colapso de los hospitales y a la paralización de actividades. Durante la pandemia(2020-2021) han subido exponencialmente las incidencias laboratorio que reflejan el aumento también exponencial de la actividad por la gestión de PCR Covid. El resto de procesos se han mantenido similares a los años previos.

A pesar de la bajada transitoria, queda demostrado que la notificación y gestión de las incidencias está integrada en la cultura de seguridad de nuestra organización y refleja lo que realmente sucede en el territorio. Ayudando así a identificar los riesgos de los procesos asistenciales y a trabajar para la mejora continua.

RIESGO EN LAS TRANSFUSIONES: INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) I ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

MARTA BARTOLOMÉ CALDERÓN; MAGDA AGUT MOYA; EMMA FOLCH FERRÉ; NÚRIA MARTÍ TRIGUERO; PILAR PALMEIRO PABLO; ANA ZORNOZA SOLINÍS

HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ// CATALUÑA

ID: 17557

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Sistemas de Notificación de Incidentes (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 Y METODOLOGÍA

Objetivos

Análisis de los IN relacionados con la transfusión de componentes sanguíneos e implantación de acciones de mejora.

Material y Métodos

A partir de los IN recibidos durante el año 2022, en el SNI de nuestro centro, englobados en el tipo de incidente "Productos sanguíneos", la responsable de calidad y la líder de la Comisión de Transfusiones del centro gestionan y analizan los incidentes (evitabilidad y acciones de mejora).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Nº de Notificaciones: 2022(164), de los cuales 12 (7,3%) están relacionados con los productos sanguíneos. Está en cuarto lugar del tipo de incidente más notificado, por detrás de "Caídas", "Medicación" y "Documentación analógica y digital". Notificante: Enfermera (100%). Riesgo: Bajo (66,7%); Muy Bajo (25%); Alto (8,3%). Gravedad: Circunstancia notificable (25%); Casi incidente (8,3%); Incidente sin daño (66,7%); Evento adverso (0%). Factores contribuyentes: Profesional (78,6%); Organización (14,3%); Otros (7,1%). De los factores contribuyentes relacionados con el profesional: Error técnico, lapsus o distracciones (26%); Aplicación incorrecta de normas y protocolos (22,2%); Desconocimiento de información (11,1%); Comunicación verbal (11,1%); Evitabilidad: (100%). Acciones de mejora: Se planifican 13 acciones de mejora. Alertas (micropíldoras y difusión de información); Implantación check-list transfusional; Revisión del proceso transfusional: Diagrama de flujo y análisis de las mejoras del flujo; Elaboración del procedimiento para la capacitación de enfermería; Sesiones formativas; Capacitación de enfermería; Modificación del documento de notificación de reacción transfusional tardía; Creación de circuitos relacionados con el proceso transfusional (consentimiento informado, comprobación grupo ABO en cabecera, traspaso verbal de información); Implantación del sistema Rhesus.

Conclusiones

Enfermería es el notificante principal. La mayoría de incidentes son de riesgo bajo o muy bajo. Aunque no se ha notificado ningún evento adverso, dos de cada tres IN han llegado al paciente. Cuatro de cada cinco de los factores contribuyentes están relacionados con el profesional: aplicación incorrecta de normas y protocolos, distracciones, desconocimiento de información y problemas de comunicación. Las acciones de mejora principales están direccionadas en la mejora de estos factores: formación a los profesionales, acogida, informar a los servicios, elaborar alertas, sistema informático, revisión de documentos y grupos de mejora. Disponer de un sistema de gestión del riesgo es imprescindible en las organizaciones ya que hemos objetivado que la mayoría son evitables.

NOTIFICACIONES SiNASP RELACIONADAS CON EL MATERIAL UTILIZADO EN URGENCIAS VITALES: TIRANDO DEL HILO

MARIA LUZ FERNÁNDEZ NÚÑEZ¹; EMMA MARÍA MARTÍNEZ AGUEROS²; MÓNICA VIZCAÍNO CASTAÑO²; VÍCTOR MANUEL BALBÁS LIAÑO²; MARIA LUISA VALIENTE MILLÁN¹; CRISTINA EZQUERRA CARRERA¹

¹GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ÁREAS III-IV: HOSPITALES SIERRALLANA - TRES MARES, ²HOSPITAL SIERRALLANA//CANTABRIA

ID: 17574

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Una de las fortalezas de los sistemas de notificación es la identificación de factores contribuyentes ligados al sistema, que están detrás de incidentes, que a priori, pueden parecer triviales. La correcta atención dispensada en situaciones críticas no sólo depende de la formación y entrenamiento del personal que interviene, sino también de la disponibilidad del material necesario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir la gestión de notificaciones relacionadas con el equipamiento empleado en situaciones de urgencia vital.

Metodología

Investigación de eventos, lluvia de ideas, agrupación de causas según clasificación de factores contribuyentes (NPSA), revisión de intervenciones preventivas y puesta en marcha de acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados se exponen en base a la cronología de la recepción y gestión de notificaciones:

Fase 1 (reactiva): Servicio de Urgencias

El análisis de 2 notificaciones vinculadas con la desinfección de una tubuladura de respirador y la avería de un dispositivo de compresión torácica de uno de los Centros de la Gerencia permitió identificar 2 causas profundas latentes: disparidad entre Centros y exceso de equipamiento en los boxes de atención crítica e inexistencia de sistemática de revisión y comunicación de incidencias. La gestión y puesta en marcha de acciones de mejora duró 18 meses y supuso la estandarización y unificación del equipamiento del box de atención crítica en los 2 Centros de la Gerencia, la elaboración de un protocolo de revisión, comunicación y registro de incidencias, así como la documentación del proceso mediante formulario electrónico de chequeo.

Fase 2 (reactiva): Unidad de Cuidados Críticos

El análisis de otra notificación relacionada con la no disponibilidad de un tubo orotraqueal específico en el carro de Vía Aérea Dificil (VAD) permitió identificar los mismos factores contribuyentes. La gestión y puesta en marcha de las acciones de mejora fue más sencilla y ágil (2 meses), requiriendo únicamente algunas adaptaciones de las anteriores.

Fase 3 (proactiva): Área quirúrgica

La revisión de las evidencias relacionadas con la prevención de los eventos notificados reveló que el acceso a los recursos para el manejo de VAD es curiosamente comúnmente deficiente en Servicios de Urgencias, Cuidados Críticos y Áreas quirúrgicas, por lo que se aborda la estandarización del material y puesta en marcha de protocolo de revisión en esta última sin haber recibido ninguna notificación.

El esfuerzo invertido en el análisis y gestión de las causas profundas de los incidentes notificados en SiNASP es compensado por su rendimiento y repercusión directa en otras Áreas de la Organización.

El material empleado en una emergencia debe estar rápidamente accesible, seleccionado, ordenado y presentado en base a los algoritmos de actuación. La documentación del proceso de revisión y comunicación de incidencias favorece la familiarización de los profesionales y redundante en la mejora de la Seguridad del paciente.

MODELO DE FORMACIÓN EN CASCADA IMPLEMENTADO POR REFERENTES PARA FOMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y CULTURA DE SP

ALICIA FALCON ESCUDERO; EVA M^a LOPEZ ARELLANO; CAROLINA HERAS NICOLAS; ELENA LLORENTE FERNANDEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN PEDRO// LA RIOJA

ID: 17747

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Una cultura positiva de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se considera requisito esencial para evitar dentro de lo posible la producción de eventos adversos. Su consecución se considera como la primera de las «prácticas clínicas seguras» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente según organizaciones expertas. El plan de seguridad del paciente de nuestro servicio de salud, lo contempla como uno de sus dos objetivos generales. Este modelo de formación está basado en la Guía Curricular sobre seguridad del paciente de la OMS.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

O. Principales

1. Reclutar y formar líderes locales o referentes, prioritariamente en unidades y centros que prestan cuidados, para impulsar la cultura de seguridad del paciente. 2. Proporcionar un cuerpo de conocimientos básicos y habilidades fundamentales sobre seguridad del paciente para el mayor número posible de profesionales.

O. Secundarios

1. Fomentar la notificación de incidentes de seguridad, para poder aprender de ello y evitar que se repitan. 2. Mejorar la comprensión de la génesis de los incidentes de seguridad del paciente, analizando el error sin culpabilizar. 3. Dar a conocer la estructura, organización y funcionamiento de la gestión del riesgo en la organización.

Metodología

Se llevó a cabo una evaluación de las necesidades, identificando una infra notificación y escasa formación en seguridad del paciente. Nunca se habían llevado a cabo acciones para tener un grupo de profesionales formados, que conformasen una red básica para desplegar un plan de seguridad del paciente en la organización. El proyecto es una plataforma común para la formación en seguridad del paciente. Se planifica en dos fases: · La primera es la captación y formación de profesionales como líderes o referentes locales. · La segunda es un programa de formación en cascada de sesiones cortas formativas impartidas por estos referentes. Se han realizado cuatro cursos para formar referentes, consiguiendo formar un total de 46 profesionales de diferentes categorías. Tras su formación se les ha dotado de materiales necesarios para que lleven a cabo una formación uniforme y sistematizada. Transmitieron conocimientos y habilidades para notificar eventos adversos, el concepto de seguridad del paciente como actitud y definiciones relacionadas, así como la mostrar la organización de la gestión del riesgo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Incremento de incidentes notificados: De enero de 2018 a septiembre de 2022: se recogen 29 notificaciones. Desde esa fecha hasta ahora: 84 notificaciones. 2. Formación de 48 referentes. 3. Realizado 130 sesiones de formación. 4. Formado unos 1400 profesionales. 5. Génesis de grupos de trabajo en SP específicos, post formación.

Conclusiones

Formación muy accesible a los profesionales al realizarse en las propias unidades y centros. Proporciona un cuerpo de conocimientos básicos y habilidades, comunes para todos los profesionales. Se dirige a todas las categorías profesionales sanitarias y no sanitarias, incluidos los gestores.

CONSENSO Y FACTIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERIOPERATORIO EN EUROPA DEL PROYECTO SAFEST

ISMAEL MARTÍNEZ NICOLÁS¹; ANNA RODRÍGUEZ²; HILLY CALSBEEK³; YVETTE EMOND³; VÍCTOR SORIA ALEDO⁴; CAROLA ORREGO²

¹SISTEMA ESPAÑOL DE NOTIFICACIÓN EN SEGURIDAD EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN (SENSOR)// COMUNIDAD DE MADRID,

²AVEDIS DONABEDIAN UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA INSTITUTE// CATALUÑA, ³SCIENTIFIC CENTER FOR QUALITY OF HEALTHCARE, RADBOUD INSTITUTE FOR HEALTH SCIENCES, RADBOUD UNIVERSITY MEDICAL CENTER//NIJMEGEN,

⁴SURGERY SERVICE. UNIVERSITY HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15528

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Iniciativas anteriores han abordado la seguridad del paciente en la atención quirúrgica en Europa, pero la mayoría de ellas se han centrado en el periodo intraoperatorio. Nuestro estudio tiene como objetivo alcanzar un consenso a escala europea sobre las Recomendaciones de Seguridad del Paciente Perioperatorio como parte del proyecto Horizon Europe "Improving quality and patient SAFETY in surgical care through STandardisation and harmonisation of perioperative care in Europe (SAFEST)" (nº 101057825).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Reclutamos un panel de expertos que representaban organizaciones de 22 países de Europa y un participante de Estados Unidos, con representación de expertos clínicos y no clínicos, adecuadamente balanceado en género.

Se realizó una encuesta online Delphi modificada en dos rondas, basada en recomendaciones extraídas de una revisión sistemática previa de guías de práctica clínica (PROSPERO: CRD42022347449). Las recomendaciones fueron valoradas en función de su relevancia y factibilidad (ambas en una escala Likert de 9 puntos). Y posteriormente, se realizó una conferencia de consenso presencial en Bruselas.

El consenso se estableció como la existencia de al menos un 70% de respuestas en las tres valoraciones más altas (7-9, de "De acuerdo" a "Muy de acuerdo"). Sin embargo, esta comunicación se centra en los resultados cualitativos obtenidos a partir de los comentarios realizados durante las dos rondas del Delphi, así como de un taller de barreras y facilitadores que se llevó a cabo durante la conferencia.

En esta comunicación presentamos los resultados preliminares cuantitativos y cualitativos, haciendo especial énfasis en las barreras a las que se pueden enfrentar los hospitales que se quieran adherir a estas recomendaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se reclutaron 66 colaboradores clave, 35 (53,0%) eran mujeres, con representantes de: anestesia; cirugía; enfermería; rehabilitación; oncología y hematología; atención primaria; política sanitaria; industria sanitaria; gestión sanitaria y seguridad del paciente; y organizaciones de pacientes.

Recibimos 57 respuestas completas en la primera ronda y 53 en la segunda, siendo mujeres entre el 53-51% respectivamente. La edad media era de 53,0 años (DE 9,91). El grupo más representado fue el de los anesestesiólogos (35,1%), seguido de los cirujanos (12,3%).

Tras la segunda ronda, 102 de las 104 recomendaciones fueron valoradas de alta relevancia, y tras la conferencia 101 alcanzaron el consenso definitivo. En cuanto a la factibilidad, 85 fueron valoradas de alta factibilidad.

Un análisis por grupos de recomendaciones y tipo de barreras se mostrará en la comunicación, haciendo énfasis en facilitadores que se oponen a las barreras identificadas, poniendo ejemplos de recomendaciones específicas. Los expertos internacionales están de acuerdo en la relevancia de estas recomendaciones, al tiempo que identifican barreras y facilitadores de la adherencia a prácticas recomendadas por la literatura internacional.

IMPLEMENTACION DE LA VIA CLINICA RICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

JOSE LUIS RUIZ GOMEZ; VERONICA BRUGOS LLAMAZARES; MARIA CAYON DIAZ; SILVIA GARCIA ORALLO; JAVIER PI BARRIO; MARIANGELES MORENO DE LA HIDALGA

HOSPITAL SIERRALLANA// CANTABRIA

ID: 15629

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La complejidad del proceso quirúrgico y vulnerabilidad de los pacientes hace necesario disponer de medidas que favorezcan que se haga de forma segura. La Rehabilitación Multimodal en Cirugía enfoca el cuidado de los pacientes para que lleguen al quirófano en las mejores condiciones, tengan el mejor tratamiento y su recuperación sea la más eficaz. La Vía Clínica RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal), auspiciada por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ayuda a ello recomendando 139 medidas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Presentar el proceso de implementación RICA en nuestro centro (periodo 2020-2022).

Fase 1: Presentación a Dirección y creación Grupo de trabajo: cirujano, anestesista, nutricionista y enfermera. Selección de medidas: anemia, nutrición, rehabilitación, hábitos tóxicos y ansiedad. Estrategia para despliegue: reuniones con servicios, quirófano, unidades y comités de trabajo implicados para explicarles objetivos de la vía y consensuar escalas de medición y circuitos de derivación.

Fase 2: Ampliación del grupo de trabajo: enfermera, gestora de casos y medicina preventiva. Implementación de circuitos. Presentación de resultados a profesionales.

- 2.1) Preoperatorio: Consulta cirugía: Valoración. Aplicación de escalas de medición (test de must, valoración de la anemia). Entrega de información verbal y escrita. Consulta de rehabilitación: test de los 6 minutos, prescribir ejercicios físicos y respiratorios. Consulta de prehabilitación: coordinación interconsultas, resolución de dudas, valoración de ansiedad y depresión, test de dependencia del alcohol, hábito tabáquico. A la semana, consulta telefónica: "acompañamiento", confirmar asistencia a las consultas, reforzar abandono de hábitos tóxicos y estimular realización de ejercicios.
- 2.2) Ingreso: suplementos carbohidratados 2 horas antes de intervención, lista de verificación quirúrgica, acceso laparoscópico, justificación del uso de sondajes, fluidoterapia guiada por objetivos, tolerancia y deambulación precoz, encuesta de satisfacción. Hospitalización domiciliaria: protocolo alta precoz.
- 2.3) Posoperatorio: A la semana del alta la gestora de casos realiza consulta telefónica: estimular realización de actividad física, mantenimiento del abandono de hábitos tóxicos, dudas.
- 2.4) Base de datos: indicadores de proceso y resultados, feed-back y autoevaluación acorde a los estándares.
- 2.5) Presentación resultados a profesionales implicados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos aplicado las medidas a 61 pacientes operados de resección colorrectal observando una satisfacción alta en el 93%, una estancia media de 4 días y un bajo porcentaje de complicaciones por lo que creemos que mejora la seguridad de los pacientes. Claves para la implantación y mantenimiento: estrecha comunicación, trabajo en equipo, consensuar las escalas de medición con sus puntos de corte. Proporcionar feedback de resultados a los profesionales implicados.

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL PARA UNA CIRUGÍA SEGURA

OSCAR VALENCIA ORGAZ

CLINSA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15722

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Por infrecuente que sea la intubación/oxigenación imposible, los potenciales daños que ésta puede provocar justifican su desarrollo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

- Evaluar desde la consulta de preanestesia la vía aérea de los pacientes, pudiendo anticipar aquellos con potenciales problemas de intubación/ventilación: vía aérea difícil prevista.
- Desarrollar algoritmos de manejo de pacientes con vía aérea difícil que simplifique el manejo y asegure la calidad, en momentos con una importante sobrecarga cognitiva y de tarea.
- Poner a disposición de todos los facultativos implicados el material necesario para el manejo de vía aérea, clasificado por etapas (carro de intubación difícil)
- Promover la formación de enfermería y de especialistas alejados del área quirúrgica: urgencias, planta de medicina interna, uci, en manejo de vía aérea.
- Evitar cancelaciones quirúrgicas y daños a los pacientes, derivados de una mala planificación, falta de material o falta de formación de los especialistas y enfermería implicado en el manejo del paciente con vía aérea difícil.

Fases

- Elaboración de un plan de manejo del paciente con VAD, basado en las recomendaciones publicadas en las revistas científicas con mayor factor de impacto, así como las recomendaciones de las sociedades española e internacionales en manejo de vía aérea.
- Implantación: En la que se presentó el protocolo al servicio de Anestesiología, a la enfermería y auxiliares del área quirúrgica, se incorporaron los algoritmos de decisión a la práctica diaria y se dotaron de material los carros de vía aérea difícil.
- Evaluación: estableciéndose una revisión trimestral de historias clínicas de pacientes con problemas en manejo de vía aérea, donde se evaluaba el cumplimiento del protocolo según los indicadores establecidos.
- Formación a futuro: Desarrollo del plan de formación para otras especialidades (servicio de Urgencias, Medicina interna, Medicina intensiva) que permita establecer el concepto de Hospital seguro en manejo de pacientes con vía aérea difícil.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

	JULIO-AGOSTO 22#	SEP-OCT 22#	NOV-DIC 22#	ENE-FEB 23#
MASA SUSPENSIÓN CIRURJICA#	0%#	0%#	0%#	0%#
ACTIVACIÓN PROTOCOLO VAD PREVISTAS#	60%#	73%#	90%#	100%#
COMUNICACIÓN BASEO VAD INFORME INTUBACIÓN DIFÍCIL#	100%#	100%#	100%#	100%#

Conclusiones

- El desarrollo de un protocolo de manejo de pacientes con VAD, es necesario por los potenciales catastróficos resultados derivados de una mala actuación.
- El abordaje de la vía aérea difícil con un algoritmo por etapas, simplifica la actuación en un situación de crisis con importantes sobrecarga cognitiva.

- El almacenamiento de todo el material necesario en carros de vía aérea, es necesario para afrontar situaciones complejas de manejo de vía aérea.
- La implicación de enfermería: conocimiento de algoritmos y material.
- La predicción de vía aérea difícil desde la consulta preanestésica, evita suspensiones inadecuadas de pacientes, así como promueve un manejo seguro de los pacientes: VAD prevista: pacientes despierto o en ventilación espontánea.
- El informe de intubación difícil, así como su inclusión en la historia clínica electrónica, permiten un manejo posterior del paciente seguro y eficaz.

PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA TORÁCICA Y FACTORES ASOCIADOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS

JUAN CARLOS RUMBERO SÁNCHEZ¹; PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ; RAFAEL ROJO MARCOS¹; MAITANE PÉREZ URQUIZA¹; ODILE OJANGUREN MARTIARENA¹; BORJA SANTOS ZORROZUA¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES// PAÍS VASCO

ID: 17451

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En los diversos trabajos realizados en hospitales para la identificación de eventos adversos (EA), se ha detectado la presencia de estos al alta en el 3-16% de pacientes. Estudios específicos en pacientes quirúrgicos muestran porcentajes claramente superiores (hasta 30-40%).

Estos hechos justifican la necesidad de conocer la frecuencia de EA, su caracterización y los factores predisponentes como datos para definir medidas de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía Torácica durante I de octubre de 2018 a septiembre de 2019, sometidos a resección pulmonar (193 pacientes) para determinar la prevalencia de EA, sus características y factores asociados, como información para proponer un conjunto de medidas preventivas.

Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas para la identificación de triggers y de EA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identificaron EA en un 44 % de los pacientes, con una mortalidad del 1.5%. De todos los EA, se observó EA relevantes en un 29.5%. El grado de severidad de los EA fue: leve (35.15%), moderado (55.15%), grave (9.1%). El 53.33% se consideró evitable.

Los EA cardio-respiratorios fueron los más frecuentes (27.46% de los pacientes); la infección nosocomial (10.94%), el dolor postoperatorio agudo (9.84%), la anemia significativa (7.25%). La fuga aérea prolongada fue el EA más frecuente (13.52%) y las arritmias cardíacas fueron el EA cardiológico más frecuente (7.81%).

Los factores predictores de riesgo para EA relevantes fueron: en la fuga aérea prolongada: existencia de adherencias pleuro-pulmonares y lobectomía pulmonar; para la fibrilación auricular: mayor edad, y aunque no se observó significación estadística se apreció una clara tendencia en abordajes por toracotomía y resecciones pulmonares amplias; para el dolor no controlado: tratamiento analgésico previo, problemas con el catéter epidural; y para la anemia significativa: anemia preoperatoria.

Mejoras derivadas: 1) Programa de Patient Blood Management para mejorar los niveles de hemoglobina preoperatoria, 2) Modelo de screening y soporte nutricional, 3) Protocolo de evaluación de la función respiratoria de los valores del VEMS_{ppo} y DLCO_{ppo} estimados postresección pulmonar, 4) Programa de rehabilitación pulmonar y cese del hábito de fumar, 5) Promoción de técnicas mínimamente invasivas y del manejo de la fuga aérea intraoperatoria, 6) Medidas para combatir la fuga aérea prolongada, 7) Optimización del manejo del dolor agudo postoperatorio, 8) Capacitación de los miembros del Servicio en el manejo médico de las principales comorbilidades y EA, 9) Mejora de los sistemas de registro de información para la detección de EA, y 10) Creación de una Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos.

Este estudio ha mostrado un nivel alto de EA, si bien, los resultados se ajusta a la escalas de riesgo quirúrgico. Asimismo han permitido elaborar mejoras que han sido bien aceptadas por los profesionales implicados.

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO. ESTUDIO DE ÁMBITO NACIONAL

PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ; ANA PÉREZ ZAPATA¹; MARTA DE LA FUENTE BARTOLOMÉ²; ELÍAS RODRÍGUEZ CUÉLLAR³

¹HOSPITAL ROYO VILANOVA. ZARAGOZA// ARAGÓN, ²HOSPITAL INFANTA ELENA. VALDEMORO// MADRID, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// MADRID

ID: 17468

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La elevada incidencia de eventos adversos (EA) en los servicios quirúrgicos de hospitales de agudos (45-65% de todos los EA), ha sido puesta en evidencia por diversos autores. La frecuencia es muy variable, pudiendo observar cifras entre el

8-40% de las altas hospitalarias. Esto tiene una gran repercusión en aspectos clínicos y económicos. Se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios que utilizando la metodología trigger se detecta, en general, un número mayor de EA que con otras herramientas más convencionales.

Por ello, se planteó la necesidad de conocer la prevalencia de EA en los servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD) de nuestro país, utilizando como herramienta para su detección la metodología trigger.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico, para la identificación y caracterización de EA en los servicios CGAD utilizando para su identificación la documentación clínica de los pacientes.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas completas y cerradas.
- Pacientes \geq 18 años.
- Ingreso programado o urgente.
- Realización de un procedimiento quirúrgico, urgente o programado.

Criterios de exclusión

- Pacientes psiquiátricos
- Pacientes dados de alta desde el servicio de rehabilitación.
- Pacientes derivados de forma no programada de otros hospitales.
- Trasplante de víscera abdominal.

Tamaño muestral: 887. Etapas:

1. Elaboración de manual del proyecto.
2. Vídeo formativo para los revisores
3. Oferta de participación en el proyecto a hospitales nacionales
4. Diseño de base de datos (REDCap) para trabajo en red.
5. Asesoría.
6. Análisis de datos.
7. Informe y difusión de resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participación: 31 hospitales. Casos recopilados: 1132 La prevalencia de EA fue del 31,54%.

El grupo de EA más frecuente fue de tipo infeccioso, con un 35% del total (126 registros).

El EA más frecuente fue infección de localización quirúrgica (43 pacientes), seguido de mal control del dolor, absceso intra- abdominal, íleo parálítico, y fístula anastomótica.

Los pacientes con mayores grados de ASA, mayor complejidad y un tipo de ingreso urgente presentaron con mayor frecuencia EA, teniendo un poder discriminatorio (área bajo la curva ROC=0.741 (IC95%: 0.709-0.772)) y mostrando una sensibilidad del 68.39%, una especificidad del 67.24%, un valor predictivo positivo del 48.97% y valor predictivo negativo del 82.23%.

La mayoría de los EA se clasificaron con categoría de daño F ("daño temporal al paciente que requiere reingreso o prolongación de la estancia hospitalaria") registrando 352 casos (58,76%) del total. Hubo un total de 88 EA graves (categoría de daño G, H, I) lo que representó el 14,69% del total. El 34.22% de los EA se consideraron evitables.

Podemos concluir afirmando que la prevalencia de EA en los servicios de CGAD de nuestro país es elevada; que el tipo de EA más frecuente es el infeccioso; que el porcentaje mayor corresponde a EA no graves y que, aproximadamente, un tercio de los EA se consideran evitables.

“LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES RESPONSABILIDAD DE TODOS”, ROMPIENDO BARRERAS EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

PABLO CAZALLO NAVARRO; DOLORS MONTSERRAT CAPELLA; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES; JOSÉ ALBERTO SUÁREZ DEL ARCO; JUANA MONTERO ORTEGA; LAURA DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA HIERRO// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17488

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El quirófano es un área crítica, ocurriendo hasta un 50% de los efectos adversos en el ámbito hospitalario. Nuestro centro está comprometido en mejorar la seguridad del paciente en alineación con la estrategia de su servicio de salud, el plan de seguridad del hospital y su propuesta de valor. Por tanto, en 2020 se implantó un programa de formación con carácter anual: “semana de la seguridad quirúrgica”.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir el desarrollo de la jornada y evaluar la satisfacción de los asistentes.

Durante la semana se realizaron: sesiones plenarias, taller de seguridad para residentes de anestesia (ANR), simulación en quirófano y de accesos vasculares, taller de manejo de situaciones críticas (CRM), rondas de seguridad (RS), reuniones de análisis de incidentes prioritarios y simulación ad hoc para hospitalización/UCI post quirúrgica (UCPQ)/ CMA/Unidad de recuperación post-anestésica (URPA). Acreditadas por Formación Continuada.

En esta edición, como innovación, se incluyó a Farmacia y hospitalización quirúrgica en la coordinación del evento, con la finalidad de completar la trazabilidad del paciente.

Se diseñaron encuestas de satisfacción para los talleres, simulación y clausura, con una escala Likert (1: mínimo, 5: máximo). Se valoró: interés causado, orientación a práctica clínica, calidad del taller/sesión, adecuación de los asistentes, participación, interés en repetir la jornada y grado de recomendación mediante NPS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron:

-2 sesiones plenarias: una inaugural y otra de clausura, con una asistencia de 80 y 65 personas respectivamente. Se realizó una encuesta de satisfacción en la clausura, respondiendo 20 de los 65 asistentes. Puntuaron entre 4-5: 65% que la sesión fue interesante, 75% que estaba orientada a su práctica clínica, 45% que fue suficientemente participativa y 75% que volvería a participar en las jornadas. Un 45% valoró con 1-2 que la asistencia no fue la esperada. NPS: 75.

-6 jornadas de 4 sesiones de simulación y paralelamente 3 sesiones de accesos vasculares. Asistieron 89 profesionales con una tasa de respuesta a la encuesta del 67,5%, puntuando 4-5 en todos los ítems entre el 91,7% y 100%. NPS: 97.

-Un taller de residentes de ANR: 14 asistentes, tasa de respuesta a la encuesta del 37%. El 100% puntuó con 4-5 que estaba adaptado a su práctica, que fue interesante y que lo repetiría. NPS: 100.

-Un taller de CRM de 3,5 horas con 15 asistentes de todas las categorías. 2 RS: bloque quirúrgico y UCPQ, con participación de 25 profesionales.

-2 reuniones de análisis de incidentes prioritarios del AQ notificados (20 asistentes). En total, se contabilizaron 338 asistentes entre todas las actividades realizadas.

Conclusiones

Alta implicación de todos los profesionales del AQ, excepto de cirugía, cuya presencia fue menor que en jornadas anteriores. Alta tasa de respuesta en la encuesta de simulación.

Muy buena acogida por la mayoría de los profesionales objetivada por el grado de recomendación de la jornada en las encuestas.

OPTIMIZACIÓN DE LA HERRAMIENTA TRIGGER PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA TORÁCICA

JUAN CARLOS RUMBERO SÁNCHEZ¹; PEDRO MIGUEL RUIZ LÓPEZ; RAFAEL ROJO MARCOS¹; MAITANE PÉREZ URKIZA¹; ODILE OJANGUREN MARTIARENA¹; BORJA SANTOS ZORROZUA¹

¹HOSPITAL DE CRUCES// PAÍS VASCO

ID: 17496

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En la mayor parte de los estudios poblacionales llevados a cabo en hospitales de agudos se ha puesto de manifiesto la elevada frecuencia de eventos adversos (EA) en pacientes quirúrgicos. Este hecho se ha evidenciado igualmente en la especialidad de cirugía torácica, en la que algunos estudios han evidenciado hasta el 40% de pacientes con EA.

Por tanto, la correcta detección de los EA en estos pacientes es de gran relevancia. En muchos estudios, la herramienta trigger ha mostrado alta sensibilidad en la detección de EA, así como una especificidad adecuada, simplificando enormemente el trabajo de revisión de las historias clínicas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del presente trabajo es analizar un conjunto de triggers en la detección de EA en cirugía torácica, así como proponer un modelo con un número restringido de triggers suficientemente válido para el análisis de las historias clínicas.

Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Cruces (Oct-2018-Sep-2019), sometidos a resección pulmonar (193 pacientes). Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas electrónicas para la identificación de triggers y de EA. Se incluyeron triggers propuestos por el Institute for Healthcare Improvement (IHI), a los que se añadieron otros que, en estudios publicados anteriormente, mostraron buen rendimiento. Los triggers se clasificaron en los siguientes grupos: Generales (n=5), Cuidados (n= 9), Pruebas complementarias y otras valoraciones del paciente (n= 6).

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial para la selección de triggers individuales y generación de un conjunto óptimo seleccionando aquellos con mejor Índice de Youden (considera valores de sensibilidad y especificidad), y ajuste de un modelo de regresión logística.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez analizados los triggers de cada módulo por separado, se reunieron en un mismo modelo y se seleccionaron los de Índice de Youden más elevado. Estos fueron:

- Estancia >8 días, (IY=0,53). N= 65(33.68%); No EA= 11(16.02%), Si EA= 54 (83.08%), p<0.001
- Interconsultas de hospitalización no planificadas (IY=0.336). N=34(17.62%); No EA=3(8.82%), Si EA=31(91.18%) p<0.001
- Tratamiento al alta con antibióticos (IY=0,297). N=36(18.65%); No EA=6(16.7%), Si EA=30(83.33%) p<0.001
- Pruebas radiológicas no habituales (IY=0,235).
- Finalmente, se obtuvo un trigger combinado con estos cuatro seleccionados, cuya capacidad predictiva fue S: 86%, E: 86%, VPP: 83%, VPN: 89%, con AUC: 0.860 (0.810-0.910).

Así, un paciente que presente alguno de los triggers de este modelo tiene 37.7 veces más probabilidades de desarrollar EA que un paciente que no lo tenga. OR=37.7, 95% CI (17.3-89.4) p<0.001

Como conclusión, podemos considerar que se ha logrado diseñar un modelo de triggers, con una reducción suficiente de estos, que aporta buen valor predictivo de presencia de EA.

INTERVENCIÓN SOBRE LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS DE NITROFURANTOINA

ÁLVARO POUSADA FONSECA¹; IVÁN OTERINO MOREIRA²; GENMA M^a SILVA RIÁDIGOS²; CARMEN MARINA MESEGUER BARROS²; LUCÍA JAMART SANCHEZ²; SUSANA LORENZO MARTÍNEZ³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, ²DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17914

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2016 la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una alerta de seguridad restringiendo el uso de nitrofurantoina al tratamiento de cistitis en mujeres (> 3 meses de edad) durante un máximo de 7 días, debido al riesgo de reacciones adversas graves (especialmente pulmonares y hepáticas) asociadas a su uso prolongado.

Recientemente, la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios británica emitía una actualización de seguridad para recordar dichos riesgos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar la efectividad de una intervención de seguridad para reducir el número de prescripciones inadecuadas de nitrofurantoina.

Metodología

Estudio pre-post intervención realizado entre marzo y mayo de 2023 en un área sanitaria de Atención Primaria (AP) (747.995 tarjetas sanitarias individuales). Se identificaron los pacientes con prescripción activa de nitrofurantoina a fecha 23-03-2023 mediante el sistema de prescripción de recetas. Se incluyeron pacientes varones, así como mujeres con duración de tratamiento superior a 7 días.

Se seleccionaron las siguientes variables: sexo, fecha de nacimiento, código de identificación personal autonómico, código de identificación autonómica sanitaria, centro de salud (CS) y fechas de creación y fin de prescripción.

Desde el Servicio de Farmacia de AP se distribuyó un listado a los médicos de familia titulares para reevaluar el tratamiento. Transcurrido un mes, se evaluó la efectividad de la intervención analizando el porcentaje prescripciones suspendidas y consultándose las modificaciones antibióticas realizadas en la historia clínica (HC) de estos pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se identificaron 67 pacientes (7,5% hombres) con una mediana de edad de 67 años [IQI: 52-78], asociados a 58 médicos de familia distintos procedentes de 25 CS. La mediana de duración de tratamiento fue de 556 días [IQI: 118-1183].

A los 36 días de la intervención la nitrofurantoina se había suspendido en 23 pacientes (34,3%), el 100% eran mujeres con mediana de edad de 66 años [IQI: 48,5-76,5].

En 10 pacientes (10/23) se especificó el motivo de la suspensión del tratamiento en la HC: en 3 pacientes (3/23) se prescribió fosfomicina trometamol 3g cada 7-10 días; en 2 pacientes (2/23) se prescribió fosfomicina cálcica 500mg cada 8 horas; en una paciente (1/23) se prescribió ciprofloxacino 250mg cada 12 horas durante 7 días cada 2 meses; en 3 pacientes (3/23) se suspendió la nitrofurantoina haciendo referencia a la alerta sin prescripción antibiótica alternativa. Una paciente (1/23) fue exitus.

Conclusiones

El uso inapropiado de nitrofurantoina se suspendió en un tercio de los pacientes. Una segunda intervención indicando la alternativa antibiótica adecuada podría mejorar los resultados y disminuir la variabilidad en la práctica clínica, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente.

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

CARLOS ADÁN TOMÁS; GRACIA MUÑOZ MARÍN

HOSPITAL VITHAS VALENCIA CONSUELO// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15030

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El proceso de gestión farmacoterapéutica supone hasta 36 pasos distintos hasta que el paciente recibe un medicamento, y cada uno de estos pasos es vulnerable al error.

La Atención Farmacéutica (AF), se entiende como un proceso para la provisión responsable de la farmacoterapia, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente, mediante la identificación de PRM.

Los programas de AF necesitan de la normalización de los procedimientos que los integran. Para ello, existe metodología validada como el método IASER®.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar el impacto clínico y económico de la implantación de un programa de AF basado en la metodología IASER® en el Servicio de Farmacia del Hospital Vithas Valencia Consuelo.

Estudio descriptivo y retrospectivo de 1 año de duración (julio 2021 – junio 2022). Para la provisión de la AF se utilizó la metodología IASER®. Los procesos que incluye este método son: Identificación de pacientes con PRM, Actuación farmacéutica, Seguimiento farmacoterapéutico, Evaluación y Resultados. La fuente para la identificación de pacientes con PRM fue la validación de la prescripción médica. Los PRM identificados se clasificaron en 4 categorías: Indicación, Efectividad, Seguridad y Adherencia. El registro se realizó en una base de datos de diseño propio en Apache OpenOffice.

Como variables de impacto clínico se analizaron; % de PRM por categorías, % de PRM potenciales evitados, % de PRM reales identificados, % de aceptación de las actuaciones farmacéuticas y gravedad final del PRM en términos de MFT real en el paciente. Como variables de impacto económico se analizaron; los costes directos evitados o incrementados como consecuencia de las actuaciones farmacéuticas, los costes potencialmente evitados según el tipo de PRM, teniendo en cuenta los costes asociados a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y los costes indirectos asociados al tiempo de seguimiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio hubo una media de 359,6 ingresos/mes (IC95 344,5 – 374,7) y se identificaron una media de 7,3 PRM/mes (IC95% 5,5-9,2). Se aceptaron las recomendaciones farmacéuticas en el 88,9% (88/99) de los casos. Los PRM relacionados con la seguridad representaron el 42,6% (IC95 26,0 – 59,3) del total de PRM identificados. El 65,9% (58/88) de las actuaciones farmacéuticas previnieron un PRM potencial, mientras que en el 34,1% (30/88) resolvieron un PRM real. El 80,0% (24/30) de los PRM reales no provocaron daño o provocaron daño reversible sin aumento de la monitorización. El programa de AF resultó en un ahorro neto anual de 48.798,5€; con una media de ahorro de 3.571,0€/mes (IC95% 2,257,6 - 4.884,4).

Los programas de AF tienen un gran impacto tanto para el paciente, en términos de efectividad y seguridad, como en términos de eficiencia. La elevada aceptación de las recomendaciones farmacéuticas, refleja el gran valor asistencial del programa de AF así como el valor añadido de la integración del farmacéutico en el equipo asistencial.

EXPLORANDO APLICACIONES INNOVADORAS PARA OPTIMIZAR Y ADECUAR LA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

IRATI ERREGUERENA REDONDO¹; MARÍA DOLORES MARTINEZ GARCÍA²; RICARDO SAMPER OCHOTORENA³; CARMELA MOZO AVELLANED³; ELENA VALVERDE BILBAO³; ANE FULLAONDO ZABALA¹

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD BIOSISTEMAK, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA-OSI ARABA, ³OSAKIDETZA// PAÍS VASCO

ID: 15227

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los avances de las ciencias médicas hacen que, en una población en progresivo envejecimiento, las personas con enfermedades crónicas y polifarmacia vivan cada vez más tiempo. Los retos son hacer frente a la carga económica que suponen las enfermedades crónicas para los sistemas, mantener una vida independiente y de calidad del paciente, y trabajar hacia la transformación digital de los sistemas de asistencia sanitaria y social para garantizar su sostenibilidad. Las soluciones innovadoras se perfilan como una alternativa para afrontar estos retos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Explorar y evaluar la eficacia y experiencia del uso de una plataforma web (CheckTheMeds) basada en modelos de Inteligencia Artificial para optimizar la prescripción farmacológica, y promover el uso de una aplicación móvil (Mi Tratamiento) para mejorar la adherencia al tratamiento de personas con enfermedades crónicas y polifarmacia (proyecto Gatekeeper).

El estudio cuasi-experimental (no aleatorizado, concurrente y controlado) se ha desplegado en 11 Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Incluye la participación de 285 profesionales sanitarios (profesional de medicina, enfermería y farmacia) de Atención Primaria (AP). Más de 690 pacientes (mayores de 65 años, con 2 o más enfermedades crónicas y 9 o más medicamentos prescritos crónicos o a demanda) se incluyen en la intervención. Tras la firma del consentimiento informado, se han completado cuestionarios para medir el estado de salud (índice de Barthel) y la adherencia al tratamiento (test de Morisky Green). El farmacéutico de AP se encarga de revisar el tratamiento con CheckTheMeds. El pilotaje finaliza en junio de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La evaluación se realiza al inicio y tras 6-8 meses de seguimiento. Los datos preliminares extraídos de la base de datos de OAS (Oracle Analytics Services) de Osakidetza reflejan que, la edad media de los pacientes reclutados es de 77,9 años, y el 58% son varones. La prescripción media basal sonde 13,5 medicamentos y la prescripción media final de 11,7. El 49% de los usuarios son independientes (índice de Barthel) según datos basales (44% datos finales). El 82% de los pacientes son cumplidores (test de Morisky Green) en tiempo basal (89% dato final). Se están utilizando técnicas cualitativas para evaluar la experiencia de la intervención, mediante un taller y un grupo focal con los usuarios finales.

La potenciación del trabajo en equipo, la inclusión de nuevos roles y la mejora de la coordinación y comunicación entre los profesionales sanitarios son esenciales para impulsar sistemas sanitarios sostenibles centrados en la persona. Las tecnologías innovadoras pueden promover una prescripción adecuada, mejorar la adherencia a la medicación, prescribir tratamientos más eficaces y seguros, y reducir problemas relacionados con medicamentos y evitar complicaciones de salud del paciente.

ADHERENCIA AL USO SEGURO DE LAS TABLETS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: IDENTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DEL PACIENTE

ANDREA PRIETO PORRAS; PATRICIA LARA MARCOS; SILVIA GARCÍA DE GARAYO DÍAZ; JAIONE SANCHEZ ZUGAZUA; RAFAEL SANCHEZ BERNAL

OSI ARABA// PAÍS VASCO

ID: 15310

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores relacionados con la medicación siguen siendo un grave problema para la práctica clínica. Una solución ha sido implementar sistemas de seguridad basados en el desarrollo de tecnología, convirtiéndose en una barrera eficaz para reducir los eventos adversos relacionados.

En Osakidetza contamos con tablets que permiten identificar al paciente mediante la lectura del código de barras de la pulsera identificativa, a la vez que se accede al tratamiento y administra la medicación. Aun así, todavía sigue habiendo errores por falta de uso o un uso indebido.

Una de las estrategias que ha adoptado el equipo de Seguridad del Paciente es la impartición de acciones formativas para aumentar la adherencia en el uso correcto de estas tecnologías. El primer paso de este uso correcto es realizar la identificación del paciente a través de la lectura del código de barras, a pie de cama.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se plantean los siguientes objetivos:

1. Evaluar el impacto de una actividad formativa sobre el uso de tablets en la identificación segura de pacientes durante la administración de medicación en Pediatría.
2. Identificar el porcentaje de uso de firmas manuales frente a firmas automáticas.
3. Reflexionar sobre la idoneidad de la metodología empleada para potenciar el uso seguro de estos dispositivos.

Se realiza:

-Explotación retrospectiva de los datos mediante la aplicación Mugitzen (alojada dentro del sistema de información OBI/OAS). Se valora el indicador de número de accesos mediante identificación automática y manual en relación al número de accesos totales, además de porcentaje de avisos de identificación incorrecta.

-Se hace el análisis mensual de los datos del último bienio teniendo en cuenta la realización de una formación.

-Se obtiene la evaluación de la encuesta de satisfacción de dicha actividad para conocer el punto de vista de las enfermeras y se solicita un feedback al finalizar la sesión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque se ha visto aumentado exponencialmente el uso de tablets tras la formación (se multiplica por 8), la prevalencia de accesos manuales en los dos últimos años ha sido constante (2%).

El número de alertas de intentos de identificaciones erróneas es similar. En 2021 existe una prevalencia del 6,37% frente al 5,9% del 2022.

A pesar de que la valoración del curso fue notable, hay un ítem que mide la aplicación de la formación en el puesto de trabajo, donde la calificación se sitúa en 5 (siendo la más baja de los ítems evaluados).

Se deben establecer indicadores de seguimiento de forma regular para poder garantizar el uso óptimo de las tablets.

Parece que la formación impartida ha sido efectiva, pero se deben tener en cuenta factores como: duración de la sesión, la idoneidad de la metodología empleada y la resistencia al cambio en la precepción en cuanto a su aplicabilidad.

Estos resultados manifiestan la necesidad de seguir trabajando para conseguir que el registro manual se acerque al 0% con otra metodología de trabajo y así conseguir la máxima calidad asistencial.

MedicaMente: PROMOVRIENDO EL USO RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS

MARÍA ORO FERNÁNDEZ; PATRICIA CORRO MADRAZO; JOSÉ LUIS TEJA BARBERO; OSCAR FERNÁNDEZ TORRE
SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD// CANTABRIA

ID: 17242

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los problemas de salud mental (SM) y el consumo de ansiolíticos-hipnóticos, especialmente las benzodiazepinas, han aumentado.

Estos fármacos están disponibles en nuestro arsenal terapéutico y, utilizados de forma correcta, son seguros y eficaces. Existe controversia en tratamientos prolongados, pacientes de edad avanzada o antecedentes de conductas adictivas.

MedicaMente: es un proyecto que promueve el uso seguro de las benzodiazepinas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la situación sobre el uso de benzodiazepinas y diseñar una estrategia para promover su uso seguro entre nuestros profesionales y población.

Para analizar el uso de estos fármacos se realiza, por un lado, un análisis cuantitativo: con indicadores de consumo para monitorizar la evolución en un cuadro de mando. Se extraen datos por principio activo, edad, género y zona geográfica de Receta Electrónica y Tarjeta Sanitaria.

Por otro lado, se diseña un análisis cualitativo: "cuestionario de valoración de actitudes del profesional sanitario de Atención Primaria frente a la SM". Contiene 4 bloques: sociodemográficos, actitud, conocimientos y actividad asistencial. Consta de 30 preguntas obligatorias y algunas con respuesta múltiple. El cuestionario se envió por correo electrónico y permaneció activo 3semanas.

Tras el análisis se diseña el plan formativo multidisciplinar, basado en las necesidades de nuestros profesionales. El plan cuenta con un curso basado en simulación clínica como herramienta docente y mediante formación de formadores se difundieron los conocimientos al resto de profesionales. Se completó la formación teórica con un itinerario online.

La campaña informativa se desarrolla a través de jornadas, sesiones y redes sociales. Se diseña material de apoyo y de consulta sobre el uso seguro de estos medicamentos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis cuantitativo concluyó que el consumo de benzodiazepinas crecía con los años. Es mayor en edad avanzada y crece de forma considerable en los menores. El género femenino es el que, predominantemente, consume estos fármacos.

El análisis cualitativo aportó información útil: los profesionales consideran que están poco formados en el uso de psicofármacos y les gustaría formarse, consideran útil la deprescripción y además aportan herramientas para implantarla, prescriben benzodiazepinas puntualmente, pero en 1ª línea y opinan que el paciente, el tiempo y la retirada son factores que cronifican los tratamientos.

El plan formativo se inició en mayo-2022 desarrollándose 4 ediciones basadas en Simulación Clínica (40 profesionales). La campaña informativa se ha desarrollado en el 65% de los centros de salud. Además de visibilizarlo en Jornadas y en Redes Sociales (#MedicaMente) y la campaña de educación sanitaria, se difundirá una vez formados todos nuestros profesionales.

Según nuestros indicadores, la prevalencia de consumo en el año 2018 fue de un 15,4%, en 2019 de un 16,3%, en 2020 un 16,9%, en el 2021 un 17,9% y en el año 2022 fue de 17,8%, por lo que podemos afirmar que hemos frenado la curva.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS COMO HERRAMIENTA PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS

MARIA CARMEN MATOSES CHIRIVELLA; NURIA MARTINEZ DUCE; ANDRES NAVARRO RUIZ; SONIA BERENGUER CERDÁ; EVA VIVES SÁNCHEZ; ALEJANDRA DE JESÚS RODRIGUEZ ALVAREZ

DEPARTAMENTO DE SALUD ELCHE HOSPITAL GENERAL// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17276

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de las notificaciones de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) recibidos a través de la herramienta corporativa del sistema público de la Comunidad Valenciana SINEA (Sistema de Notificación de Eventos Adversos) realizadas por los profesionales que trabajan con el paciente hospitalizado, tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente y disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

Actualmente la aplicación SINEA está implantada en el Departamento de Salud Elche-Hospital General y permite el registro mediante un cuestionario estructurado del evento adverso, potencial o real, que ha dado lugar a un suceso no deseable en el paciente.

La gestión de estos incidentes es realizada por grupos de trabajo multidisciplinares (médicos, farmacéuticos, enfermería y celador) mediante la utilización de herramientas como análisis causa-raíz (ACR).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar los PRM e implementar actividades de mejora para aumentar la seguridad del paciente hospitalizado.

Estudio transversal realizado en un hospital terciario durante 9 años que evalúa los PRM, potenciales o reales, en pacientes hospitalizados y que han sido notificados través del SINEA, mediante la metodología ACR.

Se analizaron las causas de los PRM y se llevaron a cabo acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número total de PRM respecto al total de eventos adversos notificados durante los últimos 9 años fue: 2014 (89/572), 2015 (54/510), 2016 (52/485), 2017 (42/528), 2018 (50/524), 2019 (48/536), 2020 (55/345), 2021 (90/476) y 2022(112/659). Tipos de PRM analizados: Administración de medicamento en paciente equivocado, Prescripción o administración de medicamentos en pacientes con alergias, Omisión en la administración de un medicamento, Dosis excesiva manejo inadecuado de las bombas inteligentes de administración de la medicación intravenosa, Errores por isoapariencia y Errores en la prescripción, preparación y administración de la medicación. Actividades de mejora llevadas a cabo: Elaboración y difusión de recomendaciones de seguridad sobre cambios en la presentación de medicamentos, Implantación del registro electrónico de la administración de medicamentos, Configuración del programa de prescripción electrónica asistida para la reclamación de medicación no disponible en la Unidad de Hospitalización al Servicio de farmacia, Formación en el manejo de bombas de infusión inteligentes, Ampliación de la cartera de servicios de la Unidad de Mezclas Intravenosas del Servicio de Farmacia, pasando de 27.000 mezclas preparadas en 2018 a 34.000 en el año 2021 y Adquisición, siempre que sea posible, de medicamentos con envasado de apariencia similar a diferentes laboratorios para evitar que se confundan. Cuando no fue posible, se procedió al reetiquetado de los mismos.

La notificación de PRM mediante un registro corporativo, es una herramienta esencial en la seguridad del paciente ya que permite conocer la casuística de los mismos e implantar diferentes acciones de mejora.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

JOSÉ MARIANO MONTOYA EGEA; FERRAN BEJARANO ROMERO; CECÍLIA CAMPABADAL PRATS; CLARA SALOM GARRIGUES; MARÍA LIDÓN CASTILLO PALOMARES; NÚRIA MARCO BAS

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA CAMP DE TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17454

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La población ambulatoria presenta un creciente envejecimiento que conlleva un aumento de la polimedicación. Es importante revisar periódicamente el tratamiento farmacológico para mejorar su adecuación y evitar problemas relacionados con la medicación. El farmacéutico puede aportar un soporte asistencial al médico para conseguir estos objetivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar el impacto de un proyecto de integración del farmacéutico hospitalario en la revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes ambulatorios.

Metodología

Se elaboró un protocolo de intervención, aprobado por la dirección institucional, que contemplaba la integración del farmacéutico en la estructura de los equipos de atención primaria (EAP). La intervención se realizó durante el período marzo-diciembre de 2022. Se revisó el plan de medicación de los pacientes a intervenir y se propusieron cambios que posteriormente fueron valorados e implementados por el médico de familia (MF) a través de reuniones de consenso. Se priorizó la intervención sobre los pacientes tratados con los grupos terapéuticos de mayor impacto en atención primaria y sobre aquellos con potenciales incidencias de seguridad, identificadas a través de los indicadores de calidad y seguridad institucionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La intervención fue realizada por 6 farmacéuticos hospitalarios que intervinieron sobre 136 MF de 16 EAPs. Se realizaron un total de 4488 propuestas de intervención de las cuales fueron aceptadas 4.162 (92,74%) y se implementaron 2664 (64,01%). Respecto a los grupos terapéuticos de mayor impacto se intervino sobre los antidiabéticos (n=797; 17,76%), los hipolipemiantes (n=773; 17,22%), los inhibidores de la bomba de protones (n=549; 12,23%) y los inhibidores del eje renina-angiotensina (n=374; 8,33%). La implementación de las intervenciones por grupo terapéutico fue del 64,36% para los antidiabéticos, del 55,37% para los hipolipemiantes, del 59,19% para los inhibidores de la bomba de protones y del 39,84% para los inhibidores del eje renina-angiotensina. El tipo de propuestas realizadas fueron la suspensión del fármaco (n=2155; 48,01%), el cambio por equivalente terapéutico (n=874; 19,47%), la desintensificación posológica (n=555; 12,37%) y el cambio por una molécula de otro grupo terapéutico (n=460; 10,25%). En relación a los indicadores de seguridad se realizaron 643 (14,32%) intervenciones, de las cuales se implementaron 451 (76,96%).

Conclusiones

El papel del farmacéutico hospitalario integrado en los EAPs favorece la realización de cambios terapéuticos para mejorar la adecuación del tratamiento farmacológico de los pacientes ambulatorios.

SISTEMA ASISTIDO DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN PEDIATRÍA: ALERTA DE DOSIS INADECUADA

FLORA PÉREZ HERNÁNDEZ¹; JOSÉ LORENZO GUERRA DÍEZ²; LEONOR LATASA MICHEO²; DANIEL PILA RODRÍGUEZ³; MARIAN ÁNGELES LUMBRERAS DE NOGRAR⁴; ARIANA MARTÍNEZ SUAREZ⁵

¹CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CANTABRIA- IDIVAL VALDECILLA, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, ³SISTEMAS DE INFORMACIÓN - SCS, ⁴CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CANTABRIA, ⁵HOSPITAL DE LAREDO// CANTABRIA

ID: 17704

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), realizado en 2005 por el Ministerio de Sanidad, estableció que un 37,4% de los efectos adversos estaban directamente relacionados con la medicación y que un 34,8% de los mismos eran prevenibles.

La población pediátrica es especialmente vulnerable a sufrir errores de medicación. Las diferentes características farmacocinéticas y farmacodinámicas, el ajuste de dosis asociado a la vía de administración, la menor edad, y los cambios en el peso, multiplican por tres el riesgo frente a los adultos.

En este escenario, las nuevas tecnologías pueden incrementar la seguridad del paciente pediátrico, fundamentalmente en la prescripción y administración de los medicamentos. Sin embargo, su implantación en este ámbito resulta compleja.

La reciente extensión de la prescripción electrónica asistida, a las Unidades de pediatría hospitalarias, ha sido la oportunidad de desarrollar alertas que de manera proactiva avisen del uso de dosis inadecuadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Diseñar, desarrollar e implementar un sistema asistido de ayuda a la prescripción hospitalaria de medicamentos en la población pediátrica de la comunidad.

Metodología

Fase 1. Creación del grupo multidisciplinar de trabajo (pediatras, farmacia de hospital, enfermería pediátrica, responsables de sistemas, gestores).

Fase 2. Diseño de la herramienta electrónica, parametrizable por principio activo/vía/peso.

Fase 3. Elaboración de la base de datos maestra de posologías pediátricas: dosis recomendadas y dosis máximas. Fase 4. Diseño del algoritmo de ayuda.

Fase 5. Pruebas en preproducción.

Fase 6. Subida a producción, difusión y formación a profesionales sanitarios. Fase 7. Análisis de incidencias y áreas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El sistema de ayuda a la prescripción pediátrica está operativo desde el pasado 24 de mayo en los hospitales de la comunidad.

Permite al pediatra prescribir contando con el asistente electrónico que alerta de manera inmediata en caso de una dosis inadecuada para el peso del niño/a. Si se supera la dosis máxima, no deja continuar y solicita rectificación de la prescripción.

La alerta opera con independencia de la modalidad de prescripción utilizada: por Kg de peso, por mg, por toma, etc.

Adicionalmente, cuando el medicamento prescrito precisa ser diluido para su administración, el sistema informa al personal de enfermería del volumen a preparar, en función del medicamento y peso del paciente.

Para el dato del peso, el algoritmo utiliza la información registrada en la historia clínica digital. En caso de que hayan transcurrido más de tres días desde el último registro (24h en bebés con menos de 3 días de vida) solicita al facultativo/a que lo confirme de nuevo.

Como conclusión, el sistema aporta una garantía de seguridad en medicamentos pediátricos. La parametrización diseñada según el peso del paciente, a nivel de principio activo y vía, ha resultado sencilla de mantener por los propios profesionales a través de la base de datos maestra.

CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA DEPRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN PACIENTES ANCIANOS

IVÁN OTERINO MOREIRA¹; ALVARO BENITO POUSADA FONSECA²; MARÍA SOSA³; BEATRIZ RUBIO CEBRIÁN²; MARÍA CLAUDIA TELLEZ BARRAGÁN³; JUANA MARÍA MOLINA RAMOS²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES, ³ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17740

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Un medicamento potencialmente inapropiado (MPI) es aquel para el cual se dispone de una alternativa terapéutica igual de eficaz pero más segura. Los cambios fisiopatológicos y farmacodinámicos que suceden en el paciente anciano hacen que algunos fármacos presenten problemas de seguridad y aparezcan efectos adversos que no se observan o no son tan importantes en población más joven, convirtiéndose en MPI.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del proyecto es aumentar la seguridad de los pacientes ancianos mediante la deprescripción de MPI.

Para ello se constituye un grupo de trabajo entre atención hospitalaria (AH) y atención primaria (AP) amparado por la dirección de continuidad asistencial de un hospital terciario que atiende a una población de 176.795 personas. En el proyecto participan médicos de AP y AH y farmacéuticos de AP y AH

A través del sistema de prescripción de receta electrónica de la comunidad autónoma, se localiza a los pacientes mayores de 74 años que tienen prescrito un MPI. El farmacéutico de AP hace una revisión del tratamiento desde el punto de vista farmacoterapéutico y contacta con el médico de atención primaria para valorar la sustitución del MPI por una alternativa terapéutica. En algunos casos, es necesario contactar con el médico de atención hospitalaria correspondiente para valorar la idoneidad de la intervención. Si el paciente está ingresado, el farmacéutico de AH contacta con el médico responsable del ingreso.

Según los criterios BEERS, se han definido como MPI antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H1 sedantes, espasmolíticos urinarios y antiparkinsonianos con efecto anticolinérgicos; benzodiazepinas de vida media larga; sulfonilurias de vida media larga; los AINE indometacina, ketoprofeno y desketoprofeno; y el antidepresivo con metabolito de vida media larga fluoxetina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A fecha 31 de abril de 2023 el hospital atiende a una población 12.227 pacientes mayores de 74 años, lo que supone el 6,92% del total, siendo el 58,0% mujeres.

Se han identificado 944 pacientes mayores de 74 años con prescripción de algún MPI, lo que supone una prevalencia del 7,72% en esta población. En el 80,0% de los casos el MPI estaba firmado por médico de AP y es resto por AH.

En AH los MPI identificados son: dexketoprofeno (33,51%)> diazepam (22,87%)> amitriptilina (20,74%)> oxibutinina (9,04%)> dexclorfeniramina (4,26%)> hidroxizina (4,26%)> clorazepato (2,13%)> fluoxetina (1,60%)> biperideno (0,53%)=clobazam (0,53%)= impramina (0,53%) prescritos por los servicios de urgencias (34,8%)> neurología (17,7%)>traumatología (6,7%)> reumatología (6,1%)> geriatría (5,5%)> medicina interna (4,9%)> psiquiatría (3,7%).

En AP los MPI identificados fueron amitriptilina (25,7%)> diazepam (19,8%)> dexketoprofeno (19,2%)> fluoxetina (8,1%)> clorazepato (6,7%)> oxibutinina (4,9%)> dexclorfeniramina (4,44%)> hidroxizina (4,2%)

Como conclusión con la implantación del proyecto se espera disminuir al máximo el porcentaje de pacientes ancianos con prescripciones de MPI.

INCREMENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD MEDIANTE LA ACTUALIZACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS EN UN HACLE

MARIA JOSE MERINO PLAZA; ANA GARCÍA LLOPIS; PILAR GARCIA GASCÓ; VICENTA DE LA FUENTE BAILACH; AURORA HERRERO HERRERO; CESAR CATALN CAPACCIONI

HOSPITAL DOCTOR MOLINER// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 14493

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un reto para la asistencia sanitaria. EL MAPA DE RIEGOS es una herramienta que permite clasificar la información sobre los riesgos de la Organización, visualizar su magnitud y establecer estrategias para su manejo. Con el diseño e implementación del Mapa de Riesgos se promueve el trabajo en equipo y se incrementa la comprensión de los procesos analizados, creando un mayor nivel de responsabilidad y colaboración entre los participantes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Identificar los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente
- Identificar sus causas y proponer medidas para minimizar su recurrencia Actualizar el mapa de riesgos del hospital
- Priorizar su abordaje y elaborar Planes de mejora para su manejo

Metodología

- Realizar una encuesta a los profesionales del Centro para actualizar el catálogo de riesgos del hospital
- Construcción del Mapa de Riesgos Operativo, detallando la gravedad, causas y posibles acciones preventivas
- Relacionar los riesgos identificados con el Mapa de Procesos, priorizando los riesgos más frecuentes en cada uno de los procesos de la Organización
- Revisión y actualización del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) de nuestro mapa de riesgos para visualizar gráficamente la evolución y magnitud de los riesgos identificados en función de su Índice de Prioridad de Riesgo Análisis de los eventos adversos declarados en el sistema de notificación
- Elaboración de Planes de mejora para los principales riesgos identificados Realización de QFD's para priorizar la puesta en marcha de las acciones propuestas Presentación de los resultados a la Dirección y al personal del centro

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Actualización del catálogo de riesgos Actualización del mapa de riesgos operativo

Identificación y priorización de los riesgos más frecuentes en 15 de los procesos definidos en el mapa de procesos del hospital

Actualización de nuestro AMFE en el que se analizaron 31 modos de fallo, identificándose múltiples causas y acciones preventivas para cada uno de ellos

Propuesta de Planes de mejora con estrategias para el abordaje de los principales riesgos identificados

Puesta en marcha de las medidas preventivas prioritarias

Conclusiones

El conocimiento de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente es el primer paso para poder prevenirlos.

Los Mapas de Riesgo permiten orientar con eficiencia las acciones, al definir prioridades y al disponer de propuestas sobre las medidas para minimizar los riesgos.

La realización de este trabajo ha sido útil para averiguar la percepción que tienen los profesionales sobre cómo se trabaja en el Centro.

Con la realización de la encuesta para actualizar el mapa de riesgos, aumentó la concienciación sobre la importancia de la declaración EA relacionados con la seguridad del paciente, tal como lo demuestra el incremento de los EA declarados.

La elaboración de planes de mejora con la propuesta de medidas que ayuden a minimizar los riesgos permite mejorar su gestión.

MAPA DE RIESGO DE LA ATENCIÓN A LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

ASUNCIÓN COLOMER ROSA; ADRIANA PAOLA GIMÉNEZ CABRERA; NELVA GARCÍA GARCÍA; ARMANDO LÓPEZ PENALVA; ZITA QUINTELA GONZÁLEZ; MARÍA VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS

SUMMA112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14721

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial de los servicios de emergencias.

La información sobre magnitud, trascendencia e impacto de los riesgos asistenciales permite conocer los riesgos críticos y establecer intervenciones que disminuyan el daño evitable al paciente (P).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer los riesgos críticos del proceso de atención a la emergencia extrahospitalaria que permita establecer y priorizar intervenciones que mejoren la seguridad del paciente.

Grupo multidisciplinar, con experiencia en el proceso a analizar orientado por asesor experto en el AMFE y priorización de planes de mejora. Formación. Criterios para valorar impacto, probabilidad, detectabilidad de fallos y factibilidad para planes de acción. Análisis y plan de acción.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fases del proceso:

- Recepción de llamada por Operador (Op) del Servicio Coordinador de Urgencias (SCU)
- Codificación motivo de consulta por Op
- Regulación médica / triaje enfermero
- Solicitud de recursos al Locutor
- Gestión envío de recurso
- Recepción y desplazamiento del dispositivo móvil
- Intervención
- Traslado /transferencia a Hospital o alta en domicilio.

Modos de fallos relevantes:

Identificación / ubicación del P Activar recurso no idóneo Regulación / triaje inadecuado

No recepción de solicitud de recursos en pantalla de Locutores No realizar asignación de recurso

Retraso en entrada de llamada a sanitario Prolongado t⁰ hasta la intervención Inadecuada intervención

Transferencia inadecuada a hospital

Causas relevantes:

- No seguir procedimiento en identificación y ubicación de P
- Elevada rotación de Op.
- Falta de confianza en resolución del Op: retrasos en prioridad 0
- Solicitud de recursos a través de instrumento incorrecto
- Recursos humanos: distracciones, sobrecarga, etc.
- Falta de capacitación / entrenamiento adecuado en los perfiles reguladores / triaje por nueva incorporación

- Variabilidad de competencia y práctica clínica
- Comunicación inadecuada en el equipo y en la transferencia
- Variabilidad de procedimiento de transferencia según hospital

Se priorizaron acciones según riesgo y factibilidad, incluyendo:

- Procedimiento triplemente garantista para identificación y ubicación de paciente
- Tutorización de sanitarios incorporados al SCU. Formación por perfiles. Bolsa única SCU
- Pausas visuales (locutores) para disminuir sobrecargas.
- Modificación árbol lógico Op.
- Proyecto de transferencia telemática y acciones específicas
- Promover la toma de conciencia de los riesgos relevantes identificados

Mapear los riesgos es esencial para promover la toma de conciencia de los profesionales de los riesgos críticos, por frecuencia o gravedad, a través de formación, reiteración, difusión y centrar bien nuestro esfuerzo para optimizar que las intervenciones sean más efectivas para la seguridad del paciente.

¿HAN CAMBIADO LOS EVENTOS ADVERSOS TRAS LA PANDEMIA? COMPARACIÓN MEDIANTE REVISIÓN DE HISTORIAS CON TRIGGER TOOL

GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ¹; TAMARA ALONSO SAFONT²; ARANZAZÚ LUACES GAYÁN³; ESTER ZAMARRÓN FRAILE⁴; CRISTINA VILLANUEVA SANZ⁵; OSCAR AGUADO ARROYO⁶

¹UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ²DIRECCIÓN TÉCNICA SISTEMAS INFORMACIÓN. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ³CENTRO SALUD TORRELODONES. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ⁴CENTRO SALUD BAVIERA. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ⁵CENTRO SALUD VICENTE MUZAS. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, ⁶CENTRO SALUD FRANCIA. GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17060

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Con la pandemia, en Atención Primaria (AP) aparecieron nuevos modelos y canales de atención y nuevos sistemas de gestión del acceso que han permanecido. Además, el impacto en la disponibilidad de profesionales y en su motivación. Estos cambios pueden suponer nuevos riesgos y cambiar el perfil de ocurrencia de los Eventos Adversos (EA).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo. Comparar la prevalencia y características de EA prepandemia y pospandemia en AP, mediante revisión de historias clínicas (HC), utilizando trigger tool.

Diseño. Estudio descriptivo transversal en dos cortes.

Ámbito. Toda la AP de una Comunidad Autónoma. Cortes en 2018 y 2022

Participantes. Población atendida >18 años. Muestreo por conglomerados (centro de salud -CS-), oportunista de los CS y aleatoria de los pacientes de cada CS

Variables. Se recogieron de cada HC: edad, sexo, presencia de EA, en caso de presencia de EA evitabilidad, gravedad, lugar de ocurrencia y tipo de EA

Recogida de datos: Se realizó un "screening" electrónico previo de historias utilizando el conjunto de trigger TriggerPrim® validado en AP. Se revisaron las historias TriggerPrim®+ por parejas médico-enfermera.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Historias revisadas en total: Prepandemia 1.797 HC; Pospandemia 1.245 HC

Prevalencia de período (durante un trimestre) de EA: prepandemia 3,1% y pospandemia 1,1% ($p<0,05$)

Evitabilidad de los EA: 71,3% prepandemia y 46,1% pospandemia sin que la diferencia fuese significativa estadísticamente ($p=0,09$)

Gravedad del EA: Prepandemia 60,6% de los EA fueron leves, 31,9% moderados y 7,4% graves; Pospandemia 62% leves y 38% moderados, no se encontraron EA graves. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,9$)

El lugar de ocurrencia fue el ámbito de AP (centro de salud, domicilio del paciente o transiciones asistenciales) en: Prepandemia 76,6% de los EA, Pospandemia 61,5%; la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,18$)

Tipo de EA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Errores de Prescripción (29% vs 23%; $p=0,6$) ni en Errores de administración del propio Paciente (17% vs 15%; $p=0,6$)

Sin embargo se encontraron más errores diagnósticos pospandemia 38% que prepandemia 12% ($p<0,05$), así como EA relacionados con seguimiento y cuidados: pospandemia 38% prepandemia 10% ($p<0,05$)

Se ha encontrado un descenso inesperado de la prevalencia de EA tras la pandemia, aunque existen posibles explicaciones (comportamiento de trigger tool, muestreo oportunista por conglomerados, posible cambio de la forma de registrar en HC) por lo que nuevos estudios serían necesarios.

No se encontraron cambios tras la pandemia en la evitabilidad, gravedad o ubicación, ni en la mayor frecuencia de errores de medicación frente al resto.

Sin embargo, sí se han encontrado más errores diagnósticos y de seguimiento/cuidados. Este hallazgo podría estar relacionado con la situación asistencial de la atención primaria tras la pandemia.

Financiado por ISCIII (PI20/01012) y UE.

EVALUACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS PARA LA ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

VICTORIA SABATE CINTAS; ESTHER BADIA PERICH; NURIA EMILIANO GRIELL; M^a JOSE TORRES SEGURA; SERGI SERRANO FARGAS; ARNAU FUENTES ESTELLER

DIRECCION ATENCION PRIMARIA METROPOLITANA NORD. INSTITUT CATALA DE LA SALUT// CATALUÑA

ID: 17547

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad implantada a lo largo de estos últimos años ha sido clave para garantizar la notificación de los eventos adversos, situación que nos ha permitido definir el mapa de riesgos de nuestro territorio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar los riesgos más frecuentes de la Atención Primaria, a partir de un mapa de riesgos, para poder analizar sus causas e identificar los puntos débiles de la organización.

Metodología

Nuestra gerencia de Atención Primaria (AP) está formada por 6000 profesionales, distribuidos en 66 equipos, que asisten a 1.500.000 usuarios. Tenemos implantados dos sistemas de notificación y gestión de incidentes de seguridad: uno para incidentes sin daño (GesLin) y otro para eventos adversos (SNI SP Cat)

La unidad de calidad territorial realiza la evaluación de los EA analizados en territorio para detectar riesgos y trabajar las acciones de mejora propuestas en los equipos. Anualmente se evalúan los EA y se les asigna una puntuación entre 1 y 5 según gravedad y probabilidad de recurrencia. Se multiplican las dos puntuaciones y con el resultado se agrupan en: riesgo bajo (1-7), moderado (8-14) y grave (15-25). Se analizan en profundidad los eventos adversos identificados como graves y se definen acciones de mejora a implantar de forma transversal en el territorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Clasificación del riesgo año 2022: 20 riesgo bajo, 40 riesgo moderado, 150 riesgo grave. 75% de los EA analizados con Protocolo Londres completo.

75% EA pertenecen a los procesos: Farmacia, Atención aguda y coordinación asistencial. Farmacia: 90% EA relacionados con errores de vacunación. Atención aguda: falta correcto seguimiento procedimientos de urgencias y problemas de coordinación con el SEM. Coordinación asistencial: dificultades para acceder a las visitas de especialista del hospital y a pruebas complementarias, retraso diagnóstico y/o de tratamiento en patología grave.

Conclusiones

El nivel de notificación de EA disminuyó durante la pandemia, pero se va recuperando progresivamente. Al tener un aplicativo destinado sólo a la notificación de EA (SNI SP Cat), la mayoría de las notificaciones son de riesgo grave.

Farmacia presenta el mayor número de notificaciones, posiblemente por la sensibilización que se realizó en la notificación de errores de vacunación durante la campaña de vacunación poblacional del covid. Aun así, el porcentaje de EA respecto al número de vacunaciones es muy bajo. A nivel de Atención aguda, se están actualizando algunos protocolos de actuación internos y se está trabajando en colaboración con los hospitales de referencia y el SEM en análisis y propuestas de acciones de mejora. En cuanto a la coordinación asistencial, se mantienen las especialidades que históricamente presentan más EA: traumatología, dermatología y oftalmología. Se han creado comisiones de trabajo entre niveles asistenciales para mejorar la coordinación.

“YONOMBENZO”. UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA DE CINCO AÑOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS CIUDADANOS

JUAN FRANCISCO MENÁRGUEZ PUCHE¹; ANTONIO LLOR MUELAS¹; PEDRO GABRIEL GIL ESPALLARDO²; RAFAEL HERRERO DELICADO³; ANGELA VIDAL LÓPEZ¹; ADELA ESTHER GONZALEZ MORENO¹

¹CENTRO DE SALUD PROFESOR JESÚS MARÍN LÓPEZ (MOLINA SUR), ²FARMACIA GIL, ³SERVICIO DE GESTIÓN FARMACÉUTICA SMS// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14466

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

España es el país con más consumo de benzodiazepinas (BZD) del mundo. En 2015 y tras analizar datos propios, en nuestro municipio (M1) fue del 17% población/año con un uso inadecuado del 91%. Se identificaron como grupos de mayor riesgo mujeres y adultos mayores. Las BZD son fármacos con importantes efectos secundarios, sobre todo cuando se usan de forma crónica. Un balance riesgo beneficio valorado inadecuadamente puede afectar la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- *Prevenir el uso inadecuado de BZD en malestares menores e insomnio ofreciendo como alternativa recursos comunitarios y acciones de promoción de salud
- *Confirmar el impacto de las intervenciones del programa mediante criterios cuanti y cualitativos
- *Capacitar a los ciudadanos para asumir el control de su propia salud

Metodología

En el consejo de salud se acordó la creación de un Grupo de Trabajo multiprofesional municipal (sanitarios, farmacéuticos, ciudadanos...), que diseñó y desarrolló una estrategia comunitaria en dos fases: 1ª) sensibilización, 2ª) intervención. El programa se incorporó tras votarlo en pleno como estrategia municipal. El grupo se ha reunido 48 veces durante 7 años.

Para valorar el impacto de la estrategia se ha usado como criterio cuantitativo las dosis diarias definidas/1000 habitantes/día (DHD) de BZD. Se compararon resultados con otro municipio similar (M2) y totalidad de la comunidad autónoma (CA). Fuente de datos de facturación ofrecida por el servicio de gestión farmacéutica del SMS.

Como criterios cualitativos se utilizaron tres criterios explícitos y normativos de proceso: adecuación global (C1), por indicación basada en la guía de práctica clínica de ansiedad en atención primaria (C2) y por duración basado en criterios STOPP-START (C3). Fuente de datos programa OMI-AP. Se valoraron los criterios en 247 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Resultados Y Conclusiones

Resultados

Actividades desarrolladas de forma secuencial: programas en medios de comunicación, intervenciones sobre profesionales, página web "yonombenzo", talleres de habilidades para la vida, escuela y oficina municipal de sueño, mapeo de activos en salud (estrategia de promoción y prevención del ministerio de salud) y estrategia en farmacias comunitarias.

Tras cinco años de intervención las DHD se redujeron en M1 un 7% en >65 años y un 4% en adultos, incluso partiendo de niveles más bajos de consumo que los de M2 y CA. Los consumos aumentaron un 5% en M2 y un 7.8% en CA.

El cumplimiento de C1 pasó de 18.5% a 27.9%. C2 casi no se modificó (2015=50%, 2020=48.5%), mientras que se ha mostrado una clara mejoría en C2, que ha pasado del 9% n 2015 al 49% en 2020. La calidad de uso de BZD mejoró especialmente en mujeres de edad media ($p > 0.05$)

Conclusiones

- *Evolución favorable en el consumo de BZD
- *Importante mejora en la duración de uso
- *Prevención de uso inadecuado mediante una estrategia comunitaria que implica a distintos agentes y la comunidad
- *Probable mejora en la seguridad de los ciudadanos de un municipio

INTERVENCION EDUCATIVA EN DIABETES MELLITUS, UN PASO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD

ANTONIO ALBERTO LEON MARTIN¹; ISABEL MARÍA ARÉVALO FRUTOS²; ANA ISABEL GÓMEZ DE NOVA¹

¹GAI DE CIUDAD REAL, ²CENTRO DE SALUD CIUDAD REAL 1// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 14916

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas suponen un reto en el control de complicaciones asociadas a la seguridad del paciente. La alta prevalencia de algunas enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo II implica que el propio paciente tiene que asumir decisiones en relación a su proceso nosológico. La intervención educativa en el ámbito de atención primaria supone un escenario propicio para la adquisición de competencias y habilidades del propio paciente como paso previo a la intervención en su enfermedad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Implantar un proyecto de intervención educativa en pacientes con DM tipo II mal controlados y evaluar el impacto de dicha intervención en términos de control metabólico, conocimiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento.

Metodología

Se establecieron 3 fases en el proyecto: 2.1. Se constituyó un GdT multidisciplinar con representación de la Unidad de Calidad, facultativo atención primaria, farmacéutico de Atención Primaria, enfermería de atención primaria y dirección. 2.2. Se realizaron sesiones educativas. El grupo de pacientes fue de 24 personas que serán seleccionadas de manera consecutiva en las consultas de captación (pacientes con DM mal controlados que firmaron consentimiento informado). 2.3. Implantación y evaluación intervención educativa: Se realizaron 5 sesiones: SESIÓN 1. GENERALIDADES DMTIPO II. PRETEST. Se pasó el Test de adherencia al tratamiento de Morisky-Green y la Escala de conocimientos en Diabetes ECODI de Bueno y cols. SESIÓN 2. ALIMENTACIÓN. Se incluyó en Taller información sobre horario y tipos de suplementos, técnicas de elaboración de platos, contenido cesta de la compra y alimentos con hidratos de carbono. SESIÓN FARMACOS. Se informó sobre número de comprimidos y horario, efectos adversos y adherencia. SESIÓN 4. HIPOGLUCEMIAS. Se informa sobre el azúcar que debe llevar encima y síntomas/resolución de la hipoglucemia. SESIÓN 5. CIERRE INTERVENCIÓN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Participaron en el proyecto un total de 24 pacientes. La edad media fue de 67,8 años (ds 8,6). El 54% de los casos fueron mujeres (n=13). La Hb media inicial fue de 8,08 (ds 1,04). El 62,5% (n=15) acudieron a todas las sesiones del proyecto de intervención educativa. Al inicio del proyecto se detectó una correlación inversa entre el Test de Morisky-Green y la edad ($r=-0,11$; $p=0,2$.) La correlación entre la Escala de conocimientos en Diabetes ECODI de Bueno fue también negativa con la edad (menos conocimientos a mayor edad) ($r=0,49$; $p=0,02$). La diferencia en conocimiento mejoro tras la intervención en 2,12 puntos (IC al 95% 1,15-3,092) ($p=0,001$). La diferencia media entre hemoglobinas glicosiladas tras la intervención fue de 0,90 menos (IC -1,97-0,15).

Conclusiones

Las actividades de intervención educativa son efectivas para empoderar al paciente en el cuidado de su propia enfermedad. El impacto de nuestra intervención en Diabetes Mellitus ha sido favorable no sólo en la mejora de conocimientos de la enfermedad, sino también en resultados en salud.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE EN TERAPIA INTRAVESICAL PARA EL CÁNCER DE VEJIGA

ROSA MARIA MUÑOZ DE LA CORTE; MARIA ISABEL LÓPEZ SAAVEDRA; MIGUEL ÁNGEL ALCÁNTARA GARCÍA; MARIA DEL CARMEN DOMÍNGUEZ RUÍZ; ANTONIO ORTIZ GAMIZ; ESPERANZA MÚÑOZ ALAMOS

HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ// ANDALUCÍA

ID: 17608

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La instilación intravesical de agentes quimioterápicos o inmunoterápicos es una práctica frecuente tras la resección transuretral para la profilaxis de recurrencia del cáncer superficial de vejiga, siendo la Mitomicina y la BCG los más utilizados actualmente. La alta frecuencia de reacciones adversas, abandono del tratamiento, falta de comunicación entre prescriptor- enfermería y el alto coste de la medicación nos alertó sobre la necesidad de elaborar un protocolo de atención farmacéutica que mejorara la seguridad, eficiencia y rentabilidad de esta terapia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Proporcionar recomendaciones previas y posteriores a cada instilación para mejorar la eficiencia y seguridad del tratamiento. Elaborar una hoja de información al paciente.

Posicionarnos como contacto ante cualquier incidencia o duda del paciente sobre su terapia, gestionando la coordinación del resto de profesionales.

Seguimiento a través de entrevista semanal con cada paciente.

Asesorar a enfermería para evitar problemas relacionados con la administración (tipo de sonda, técnica según anatomía, tiempo de retención de la orina, etc).

Preparación sincronizada de medicación con la confirmación previa de los pacientes el mismo día de la instilación, evitando posibles pérdidas por la falta de estabilidad de las mezclas.

Reducción de costes asociados a la preparación.

Estudio observacional retrospectivo de 50 pacientes y 499 instilaciones administradas en el centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos atendido a un total de 50 pacientes y preparado 499 mezclas para instilación. Al 100% de los pacientes se les proporcionó la hoja de información. El 90% de ellos contactó durante su tratamiento para plantearnos alguna duda sobre los efectos adversos esperados del tratamiento. De ellos, el 7% sufrió, al menos una vez, infección o hematuria que contraindicaban la administración. Se entrevistó al 100% de los pacientes antes de cada administración, y en el 12% se detectó en alguna entrevista incidentes que nos obligaron a consultar con Urología sobre la conveniencia de la instilación. En 6 pacientes hubo que realizar cambios en las características de la sonda habitual, técnica de sondaje o asesorar a enfermería por alteraciones en la anatomía genitourinaria. Sólo en dos ocasiones hubo que desechar la mezcla preparada y en un solo caso no se pudo programar un paciente a la vez que el resto para ahorrar costes de preparación.

Las intervenciones realizadas ayudaron a controlar las variables que antes causaban abandono del tratamiento y pérdida de medicación. Se disminuyeron los tiempos de espera al coordinar la preparación con la confirmación de asistencia. Se redujo la incertidumbre del paciente sobre dónde dirigir sus dudas, aumentando la confianza en el tratamiento prescrito y garantizando la adherencia. Se resolvieron de manera más ágil los contratiempos médicos y administrativos, mejorando la satisfacción percibida con la atención proporcionada.

ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE UN SISTEMA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS Y LA DI DE IRAS EN UCI

SONIA DE LAS FUENTES GALÁ¹; ESTHER ARRIETA CERDÁN²; MARÍA SOLEDAD MONTERO ALONSO²; MONTSERRAT ALCALDE MARTÍN²; JOSEFA GONZÁLEZ PASTRANA²; TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, ²GERENCIA REGIONAL DE SALUD// CASTILLA Y LEÓN

ID: 15511

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Proyectos Zero (PZ): Bacteriemia-Zero, Neumonía-Zero, Resistencia-Zero e ITU-Zero, pretenden disminuir las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos y/o bacterias multirresistentes (BMR) en pacientes críticos, mediante la aplicación de un paquete de medidas. La Higiene de Manos (HM) es una práctica común en ellos.

La Estrategia de Reconocimiento al Compromiso (ERC) con la HM se basa en una red de líderes que contribuyen a mejorar esta práctica; a la vez que se reconoce a dichos líderes, organizaciones y unidades comprometidas con la HM. En todos los niveles (inicial, avanzado y de excelencia) se realiza una autoevaluación según los criterios de la Estrategia Multimodal de HM de la OMS. Además, en los dos niveles superiores se realiza una auditoría externa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es evaluar la asociación entre la ERC con la HM y la Densidad de Incidencia (DI) de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), estudiadas en los PZ en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de una comunidad.

Se extraen los datos de 2021 registrados en la plataforma del Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN), excluyéndose 3 UCI por no disponer de datos validados.

El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS. Se calcula la DI media de cada IRAS en cada nivel de compromiso con la HM y se analiza la asociación entre la DI de cada IRAS en las diferentes unidades y el nivel de compromiso en 2021 mediante la prueba t-Student. Para estudiar la asociación entre el consumo de PBA (litros por mil estancias) en 2021 y la DI de infecciones por BMR, se calcula el coeficiente de correlación de Pearson. Se establecen los intervalos de confianza al 95% y el nivel de significación es de 0,05.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las UCI con compromiso excelente tienen mayor consumo medio de PBA (137,49) que las que están en compromiso Inicial (110,51).

La DI media de bacteriemias asociadas a catéter vascular central, neumonías asociadas a ventilación mecánica, infecciones por BMR e infecciones del tracto urinario asociadas a sonda urinaria en las 5 UCI con compromiso inicial es de 3,02; 7,49; 1,57 y 4,89, respectivamente; frente a 1,83; 5,56; 1,61 y 2,08 en las 3 UCI con compromiso excelente (p- valor: 0,265;

0,256; 0,565 y 0,254; respectivamente).

En conclusión, un mayor nivel de compromiso con la HM está asociado con una menor DI de IRAS, a excepción de las infecciones por BMR. Sin embargo, sí existe una relación inversa (R-Pearson: -0,689) entre el consumo de PBA y la DI de infecciones por BMR ese mismo año (p-valor: 0,059).

Aunque las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, dado el pequeño tamaño muestral, sí que se evidencia que implantar la Estrategia de Reconocimiento al Compromiso con la HM tiene un efecto positivo en la reducción de las IRAS en UCI, aunque hay que valorar otros factores.

OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA-7VINCUT) EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL: REDUCCIÓN DE LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

JOSEP M^a BADIA-PÉREZ; ANDREU ALOY-DUCH; MARIA BATLLE-FIGUERAS; MONTSERRAT JUVANY-GÓMEZ; XAVIER MIRA-ALONSO; JORDI CUQUET-PEDRAGOSA

HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO// CATALUÑA

ID: 17143

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La duración excesiva del tratamiento con antibióticos aumenta la resistencia bacteriana a los antimicrobianos. Las sociedades científicas recomiendan antibioticoterapias <7 días post-control del foco, si bien aún se describen estudios con medias >14 días. Actualmente se aprecia un aumento del uso de antibióticos en los servicios quirúrgicos de Cataluña. Los "Programas de Optimización de uso de Antibióticos" (PROA) logran buenos resultados y optimizan el uso de la antibioticoterapia. El proyecto 7VINCut comenzó en 2019 para acortar la duración antibiótica en cirugía.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Se presentan los resultados del programa 7VINCut para promover la constitución de equipos multidisciplinares (cirujano, farmacólogo y infectólogos) y adaptar, no punitivamente, la antibioticoterapia a <7 días en el Servicio de Cirugía General (SCG).

Metodología

Entre mayo-2019 y febrero-2020 se analizaron, prospectiva y semanalmente, todos los pacientes hospitalizados en el SCG. Una alerta informatizada identificaba los pacientes con antibiótico > 7 días. El Equipo-7VINCut (E-7VC) analizaba estos casos, documentando una recomendación en la historia clínica electrónica (HCE) del paciente. Las recomendaciones se discutían el mismo día en la sesión del SCG y se implementaban a criterio. Su adherencia se registraba 48 horas después por el E-7VC. Los resultados comparados en dos periodos de 5 meses evaluaron: diagnóstico de infección, control del foco, antibióticos de amplio espectro, vía de administración, adecuación microbiológica, y % de pacientes con >7 días de antibióticos. Se usó la prueba Chi2 (valor $p < 0,05$ significativa).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De 1074 pacientes evaluados, 40% recibieron antibióticos. De estos, 97 (64 durante el primer período y 33 en el segundo período), se sometieron a tratamientos de más de 7 días (22%), por lo que se emitió una recomendación 7VINCut. Las recomendaciones fueron: mantener el tratamiento (30,2 %), retirar el tratamiento (46,9 %), ampliar el espectro (3,1 %), desescalar el tratamiento (8,3 %), cambiar la dosis (3,1 %), cambiar la vía de administración (3,1 %). Se siguieron las recomendaciones en 87 casos (90% de adherencia). Comparando ambos periodos no se observaron diferencias significativas en los diagnósticos, la consecución del control del foco (48% vs 45%, NS) ni el uso de antibioterapia de amplio espectro cubriendo *P. aeruginosa* o BLEE (72% vs 54%, $p = 0,08$), a pesar de que hubo una tendencia a disminuir el espectro. Se encontraron diferencias significativas en la disminución del porcentaje de pacientes con antibioterapia > 7 días: primer periodo 76/248 (31%) vs último periodo 37/197 (19%); $p = 0,026$.

Conclusiones

Este programa de optimización 7VINCut para la adecuación del tratamiento antibiótico ha conseguido reducir el consumo de antibióticos en un Servicio de Cirugía General. Un equipo multidisciplinar liderado por cirujanos podría ser más eficaz que otros formados por especialistas ajenos a los servicios quirúrgicos.

DESPLIEGUE DE UNA ESTRATEGIA CORPORATIVA DE RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS: SUMANDO MANOS SEGURAS

M^a SOLEDAD MONTERO ALONSO ; TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ ; MÓNICA ROBLES GARCÍA ; ALBERTO VEGAS MIGUEL; JOSEFA GONZALEZ PASTRANA; NOELIA DE MIGUEL GARCIA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD// CASTILLA Y LEÓN

ID: 17281

Tipo de comunicación: Oral Larga
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los resultados obtenidos en los últimos años en nuestro servicio de salud, tanto en las autoevaluaciones realizadas según el marco establecido por la OMS como en los indicadores de consumo de productos de base alcohólica (PBA) y porcentaje de adherencia a la higiene de manos (HM) obtenido mediante observación, hacían necesario adoptar nuevos enfoques para mejorar la práctica segura de la HM.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Crear una red de líderes que apoyen la HM y desarrollen la estrategia multimodal de la OMS.

Mejorar la adherencia a la HM y desarrollar una cultura de tolerancia Zero a la no HM en nuestra organización. Reconocer a las organizaciones y unidades comprometidas con la HM.

En 2019 se diseña e implanta una estrategia de reconocimiento al compromiso con la HM con tres niveles de progresión (inicial, avanzado y excelente), que se basa en la estrategia multimodal de la OMS. En cada nivel se ha establecido un baremo de cumplimiento de criterios y un tiempo máximo de permanencia. La evaluación es mixta, combinando la autoevaluación (nivel inicial) con las auditorías (niveles avanzado y excelente).

El compromiso puede adquirirse tanto a nivel de organización como de unidad, servicio o centro de salud e implica que, durante su vigencia, van a desarrollarse las actividades comprometidas.

Para comprobar la mejora, tanto en la autoevaluación de la OMS como en los indicadores de consumo y adherencia, se han comparado los resultados de los años 2018 y 2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente (2023) tienen vigente el reconocimiento por su compromiso con la HM: el 100% de los hospitales (36% inicial, 57% avanzado y 7% excelente) y de las áreas de atención primaria (73% inicial y 27% avanzado), el 60% de los servicios hospitalarios (55% inicial, 41% avanzado y 4% excelente) y el 75% de los centros de salud (82% inicial y 18% avanzado).

Las medias de las puntuaciones globales en la autoevaluación de los 5 componentes de la OMS, en 2018 y 2022, fueron, respectivamente: 322,0 y 375,1 en hospitales (incremento del 16,5%) y 163,8 y 292,2 en atención primaria (incremento del 78%).

Las medias de consumo de PBA en los años 2018 y 2022 fueron, respectivamente: 19,70 y 28,01 litros/1.000 estancias hospitalarias (incremento del 42,2%) y 1,72 y 6,50 litros/10.000 consultas en atención primaria (multiplicándose por 3,8).

La adherencia global a la HM en hospitales en 2018 y 2022 fue, respectivamente, de 57,5% y 68,03% (incremento de casi 11 puntos porcentuales).

La estrategia ha sido bien acogida tanto en las organizaciones como en las unidades y ha permitido crear una primera red de organizaciones y unidades líderes que han demostrado un alto despliegue de la estrategia de la OMS, actuando como modelos de referencia en el desarrollo de la cultura de tolerancia Zero que nos hemos propuesto.

Los resultados obtenidos en la monitorización de la estrategia (autoevaluación de la OMS e indicadores de HM) han experimentado una evidente mejoría, mucho más acentuada en atención primaria.

EFFECTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

JOAQUIM VALMAÑA RODRIGUEZ; MONICA ALIAGA MARSILLACH; ANDREA VALDES CASTIELLO; MARTA BERENGUER ALMUDAINA; SARA GRAELL SOLÉ; ELISABETH GONZALEZ LAO

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA// CATALUÑA

ID: 15196

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de la COVID 19 ha generado un gran impacto físico y emocional en el personal de enfermería de todas las instituciones sanitarias a causa de una sobrecarga asistencial, horarios de trabajo excesivos y una carga emocional elevada. Una situación, que generó un nivel de estrés elevado acompañado de la descompensación de mecanismos de resiliencia y resistencia emocional.

El estrés laboral de forma crónica puede conllevar el Síndrome de Burnout (SB), un síndrome que conlleva agotamiento emocional, despersonalización y bajos logros repercutiendo a nivel cognitivo-conductual del individuo y afectando sus funciones dentro de la organización, pudiendo generar un impacto negativo y repercutir en la calidad asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar la prevalencia y el efecto del síndrome de Burnout en el personal de enfermería en los servicios de urgencias y críticos tras la pandemia COVID 19.

Estudio analítico, observacional y longitudinal. Desarrollado en un único centro con dos cortes transversales entre el enero y febrero del 2019-23 en el servicio de urgencias y crítico.

La prevalencia del síndrome de Burnout (SB) se analizó mediante un cuestionario validado, el "Inventario de Burnout de Marlasch". Este cuestionario evalúa la prevalencia del SB en 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de asociación estadística de las diferentes variables mediante el software SPSS versión 21 de IBM.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La muestra total del estudio fue de 226 participantes, de los cuales se incluyeron 154 participantes con una representatividad del 63% y del 64,2% respectivamente.

La prevalencia del SB en el año 2019 fue de 6,89% respecto a un 37,2% en el 2023, con una distribución del 31% en crítico y 44,1% en urgencias.

En relación a las dimensiones del SB, observamos un incremento de valores de alto riesgo para el agotamiento emocional (29,4% - 55,8%), despersonalización (53,4%-65,1%) y bajos logros personales (19%-65,1%).

En relación a la asociación del síndrome de Burnout y sus dimensiones con las variables sociodemográficas, en el año 2019 se encontraron asociaciones entre los turnos laborales y las dimensiones del burnout y en el año 2023 entre las variables; años de experiencia, estado civil, personas a cargo y edad con el síndrome de burnout y sus dimensiones.

La prevalencia del SB en el personal de enfermería registró un aumento considerable respecto en los servicios de urgencias y críticos. La pandemia del COVID 19 incrementó el SB de nuestros profesionales, fundamentalmente en las dimensiones del agotamiento emocional y bajos logros personales.

Las condiciones laborales se asociaron en el período del 2019 con las dimensiones del SB y las variables sociodemográficas con el SB y sus dimensiones en 2023.

A partir de los resultados se deben considerar establecer acciones de mejora a partir de grupos focales en los profesionales de enfermería.

RONDAS DE SEGURIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS, CRECIENDO EN CULTURA DE SEGURIDAD

MANUEL BAEZA MIRETE; MARÍA DEL CARMEN ANTOLINO ESCRIBANO; JAVIER INIESTA ALCAZAR; PEDRO SOLER GALLEGO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 13548

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las rondas de seguridad se han convertido en una de las prácticas más recomendadas para incrementar la seguridad clínica, teniendo como componente fundamental el involucrar al personal sanitario y directivo en la cultura de seguridad institucional estableciendo una interacción directa entre el personal y los pacientes. Se pueden definir como la “visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área donde se realiza, con el fin de establecer una interacción directa entre el paciente y los profesionales, con actitud claramente no punitiva, dirigida a valorar la implantación de prácticas seguras” .

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Facilitar la mejora continua en relación a la seguridad del paciente.
- Fomentar la implicación del equipo directivo en los temas relacionados con la seguridad del paciente en la unidad de intensivos.
- Conocer la realidad de la organización e identificar oportunidades de mejora relacionadas con la seguridad del paciente crítico.

Metodología

Estudio observacional descriptivo longitudinal entre 2.018 y 2.023. La ronda de seguridad es realizada por miembros de la dirección médica y de enfermería, así como el Jefe de Servicio y la Supervisora de área y el Responsable de Calidad. Se ha utilizado una hoja de registro compuesta por 11 ítems que se han cumplimentado en las 13 rondas de seguridad que se han realizado en el periodo señalado, midiéndose el grado de cumplimiento y comparándolo entre las distintas tomas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de las rondas de seguridad se ha obtenido una mejora en el grado de cumplimiento de los diferentes indicadores, aumentando el uso de barandillas desde el 80% de cumplimiento en la 1ª evaluación hasta el 100% a partir de la 3ª evaluación. El indicador Escala Braden en las primeras 24 horas ha incrementado desde el 60% en la 1ª ronda hasta el 100% en 4ª ronda. El indicador revisión del carro de parada, ha mejorado desde el 25% en la 1ª ronda hasta el 100% en la 8ª. El manejo de las alarmas de monitorización que presentó en la primera medición un alto porcentaje, el 95%, también ha mejorado llegando hasta el 100%. La escala del riesgo de caídas al ingreso del paciente y cuando cambie su situación, ha mejorado desde el 30% al 65%. Los indicadores referentes al protocolo de neumonía Zero, también ha presentado variaciones de mejora como de empeoramiento durante los tres años observados.

Conclusiones

Las rondas de seguridad nos ayudan a poder tener una visión clara de lo que está ocurriendo en la Unidad de Cuidados Intensivos, tanto al personal que coordina la misma como al personal directivo del centro. Analizando los resultados podemos decir que aunque se han mejorado en varios indicadores aún queda un amplio campo de mejora en la seguridad del paciente crítico.

La intervención de los equipos directivos en las diferentes rondas de seguridad que se han llevado a cabo en la unidad favorece la comunicación entre el equipo directivo y el personal de la unidad.

KIT DE CONTINGENCIA, LA NAVAJA SUIZA ASISTENCIAL

JORGE LÓPEZ DÍAZ; M^a JOSÉ BLÁZQUEZ ÁLVAREZ; IRIS MUÑOZ GARCÍA; M^a ISABEL GARCÍA CORBALÁN; JUAN LUIS JIMÉNEZ MOLINA; JUAN JOSÉ VERA GUIRAO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14796

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Se pueden producir situaciones en las que no se disponga de alguna o todas las aplicaciones informáticas que apoyan la actividad asistencial, que por una parte aportan la información clínica pertinente, y por otra habilitan la circulación de los pacientes en situaciones específicas (ictus, infartos, trasplantes, etc.), el traspaso de información asociada y la solicitud y comunicación de resultados de pruebas diagnósticas.

Tal situación se puede dar por averías técnicas, por ciber-ataques, por actuaciones de mantenimiento, por errores humanos, por eventos naturales (inundaciones, terremotos, ...).

Así, se hace necesario disponer previamente de procedimientos y recursos para mitigar los efectos negativos sobre la actividad asistencial. Un Plan de Contingencia es la manera de coordinar todas las actividades y personas, ordenar los recursos habilitados y entrenar en el funcionamiento bajo circunstancias anómalas.

Se decide contar con un kit de contingencia, a modo de navaja suiza asistencial, en cada departamento o unidad. Es una carpeta física que contiene información, procedimientos generales y específicos, referencias y formularios que permiten la realización de la actividad asistencial con la máxima calidad y seguridad posibles ante la no disponibilidad parcial o total de aplicaciones informáticas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

1. Definición del KdC y de los tipos necesarios
2. Definición de los modelos o formularios a utilizar
3. Identificación, seguimiento y registro del estado de cada kit

Metodología

Desde el principio, el grupo de trabajo sobre el Plan de Contingencia del Hospital incorporó el concepto de carpeta de contingencia, que ya existía en diversas unidades.

Acordó las informaciones y tipos de los contenidos, así como trabajar en su normalización y definición formal. También se diseñó el formato físico de la carpeta y su identificación visual, así como la asignación de un identificador para registrar en una herramienta de la plataforma M365 la composición, ubicación y seguimiento de cada una.

Se recorren las unidades para formar sobre el uso en situaciones de contingencia, con la realización de algunas simulaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

- Más de 60 carpetas preparadas
- Identificados más de 20 formularios
- Identificación para seguimiento a cada carpeta
- Creación de BBDD en M365 con inventario de cada KdC
- Concienciación de los profesionales
- Mejor preparación de la organización ante circunstancias anómalas no previstas

Conclusiones

La elaboración de un PdC es un hito importante en la salvaguarda de la actividad asistencial, y el enfoque dado, que se apoya de la disponibilidad de kits de contingencia hace que sea más eficaz y que esté más presente en la percepción de los profesionales.

El siguiente reto es el de complementar los KdC físicos con sus equivalentes virtuales en la nube, que faciliten la consulta y uso de los mismos sin depender de la carpeta física, lo que forma parte de la necesaria transformación digital que el Hospital lleva acometiendo desde hace algún tiempo.

PLAN ANUAL OPERATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA NECESIDAD DE PASAR A LA ACCIÓN

ANTONIO ALBERTO LEON MARTIN; LAURA COLLADA FERNÁNDEZ; MARÍA ARMENTEROS LECHUGA; MARIA DEL MAR ALDANA MOYA; MARÍA DEL PILAR LÓPEZ MORA; GEMA VERDUGO MORENO

GAI DE CIUDAD REAL// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 14879

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los planes estratégicos en seguridad del paciente de los Servicios de Salud determinan los objetivos institucionales que deben desplegarse en las gerencias. En muchas ocasiones el diseño de dichos objetivos no consideran los recursos ni la viabilidad a nivel local. Dicha limitación compromete su implantación y determina que los objetivos estratégicos no acaben siendo operativos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Analizar el cumplimiento de las acciones propuestas en un Plan de Estratégico Autonómico en seguridad del paciente y priorizar aquellas que se pretenden implantar a nivel de las Gerencias asignando los recursos asociados y las responsabilidades de las tareas derivadas.

Metodología

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos se establecieron 3 fases: 1. Análisis de la “Estrategia de Seguridad del paciente” a nivel local en la Gerencia. 2. Priorización de las acciones a implantar. 3. Implantación y evaluación del PAO en Seguridad del Paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han implantado en nuestra Gerencia 78 de las 128 acciones (60%). Se han priorizado 15 acciones en base al impacto de la línea estratégica y la viabilidad de la implantación de la misma: acción 1- Realizar una encuesta de cultura de seguridad del paciente ;acción 2-Cumplimentar el Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales ;acción 3-Diseñar un manual breve de uso específico para Mambrino/Turriano en relación a alergias/intolerancias de la Historia Clínica; acción 4-Impulsar el uso del informe de alta de enfermería en el manejo postoperatorio del paciente ; acción 5-Diseñar e implantar los Protocolos de Caídas y Manejo y cuidados de sondas vesicales ; acción 6-Establecer un circuito de comunicación de resultados urgentes en pruebas de radiodiagnóstico y laboratorio; acción 7-Establecer un protocolo de identificación específico en el Recién Nacido; acción 8- Establecer un circuito interno de atención a segundas/terceras víctimas para eventos de seguridad graves; acción 9- Implantar un proyecto de intervención educativa en pacientes con DM tipo II; acción 10- Adecuar el Consentimiento Informado para pacientes de Centros Sociosanitario; acción 11- Implantar el Protocolo de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado; acción 12-Revisar los pacientes con alta carga colinérgica en Atención Primaria; acción 13-Implantar un listado de verificación prequirúrgico ; acción 14-Diseñar un díptico informativo a pacientes con información de seguridad clínica; acción 15-Implantar un protocolo de contención mecánica. El 70 % de las acciones previstas en el plan de acción han sido implantadas, considerándose en vía de implantación las 4 restantes. Desde la UFGR se han monitorizado todos los indicadores del Plan realizándose una monitorización trimestral de los mismos.

Conclusiones

El Plan Anual Operativo, liderado desde la UFGR, es una herramienta que facilita el despliegue de las líneas estratégicas en seguridad del paciente a nivel de las Gerencias.

PLAN DE CONTINGENCIA DEL ÁREA I, EL SALVAVIDAS DE PAPEL

MARIA JOSÉ BLÁZQUEZ ÁLVAREZ; IRIS MUÑOZ GARCÍA; JORGE LÓPEZ DÍAZ; JUAN JOSÉ VERA GUIRAO; JUAN LUIS JIMÉNEZ MOLINA; MARÍA ISABEL GARCÍA CORBALÁN

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14937

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Contingencia del Área I se ha elaborado como una herramienta útil en el caso de fallo de alguno de los sistemas de información clínica habituales, fundamentalmente la aplicación de historia clínica SELENE, la aplicación de prescripción farmacéutica MIRA o cualquiera de aplicaciones departamentales operativas en el área.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En el año 2020 se constituyó el Comité de Contingencia. Se trata de un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de Servicios asistenciales y de gestión, estando, entre otros: Farmacia, Informática, Sistemas de información, Enfermería, Admisión y Documentación, Unidad de Calidad, Atención Primaria (médicos y enfermería), Informática del Servicio Murciano de Salud, Dirección médica y Dirección de Enfermería.

El comité se reúne quincenalmente para revisar la situación de las tareas pendientes y abordar temas emergentes.

En todas las plantas del hospital se ha habilitado un ordenador de “contingencia” que será el que se utilice en caso de caída del sistema de información clínica. Este equipo está debidamente identificado.

De forma automatizada, en estos equipos se descarga cada 2 hrs el listado de los pacientes ingresados, la situación clínica de los mismos y el tratamiento actualizado de cada uno de ellos.

Todos los controles de enfermería de las plantas disponen de una “Carpeta de contingencia” donde disponen de modelaje en papel de determinados documentos esenciales de la historia clínica (solicitudes de analítica, RX, anatomía patológica, hojas de tratamiento, hojas de evolución clínica, consentimiento informado, solicitud de transporte sanitario, etc).

Durante el periodo 2021-2023 se han realizado varios simulacros para evaluar y mejorar el funcionamiento del Plan.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha elaborado un plan de actuación paralelo a los sistemas de información asistencial habituales para que en caso de fallo de los mismos la actividad asistencial pueda seguir desarrollándose en las mejores condiciones de calidad y, sobre todo, seguridad para los pacientes.

Esquemáticamente, incluye los siguientes apartados:

- Criterios de activación.
- Protocolo de aviso a los profesionales implicados.
- Impresión de listados de pacientes, incluyendo el tratamiento actualizado.
- Circuitos de solicitud de las distintas pruebas o interconsultas.
- Criterios de desactivación del Plan.
- Formación previa y difusión a los profesionales.

Conclusiones

La existencia de este Plan aporta seguridad y garantiza la continuidad a la asistencia de los pacientes ingresados en el hospital en el caso de fallo de las aplicaciones informáticas en las que se apoya dicha actividad asistencial.

Por otra parte, la existencia de protocolos de actuación en casos de emergencia, como puede ser el fallo del sistema que soporta la Historia Clínica, quita ansiedad a los profesionales afectados y les da seguridad, puesto que les permite realizar sus tareas clínicas, aunque en otros formatos y con otros circuitos de tramitación.

DESPLIEGUE NORMATIVO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

NELVA GARCÍA GARCÍA; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA; ARMANDO LÓPEZ PENALVA; M^a LUISA DOMÍNGUEZ PÉREZ; CARMEN MENDOZA SÁNCHEZ; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS

SUMMA112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15049

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente (SP) es un factor clave en la calidad y legitimidad de los servicios sanitarios por lo que está en el centro de sus preocupaciones generado cambios en la estrategia, gestión y normativas.

En nuestra Comunidad Autónoma (CA) en el año 2021 promulgó una norma que impulsaba la estructura funcional de la SP de los centros sanitarios. Tras dos años de vigencia nos proponemos valorar su despliegue en nuestro servicio de emergencias (SE) extrahospitalaria

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Despliegue de las medidas de SP en un SE tras la promulgación de una norma específica en nuestra CA.

Grupo de trabajo mixto: alta dirección, calidad, expertos en SP del SE constituido en junio de 2021. Revisión de la norma.

Análisis de situación: Análisis de contexto, cuadro de mando del sistema de información, evaluación de la estrategia de SP de paciente previa, evaluación de resultados de los objetivos de SP los tres años previos.

Diseño de implantación: Planificación: Recursos. Cronograma. Hitos. Difusión. Evaluación

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1º.- Nombramiento de un Responsable de Seguridad del SE (noviembre 2021).

2º.- Nombramiento de Responsables de Seguridad asistenciales (noviembre 2021) para cada una de las unidades del servicio. Oferta de formación en base a perfil de competencia en seguridad previo.

3º.- Elaboración de documento con definición de funciones y tareas de los Responsables de Seguridad y actualización del reglamento de funcionamiento de la comisión de seguridad clínica en base a la norma.

4º.-Renovación de la Comisión de SP con incorporación de nuevos vocales e inclusión en la actividad formativa. 2º trimestre 2021.

5º.- Constitución (noviembre 2021) de un Comité de Adecuación de la Práctica Clínica integrado por miembros de la Comisión de SP, coordinadores de Comisiones Clínicas de nuestro SE y expertos en búsqueda bibliográfica. Reglamento de funcionamiento.

Método: constitución de grupos de trabajo (inicio en 1er trimestre 2022 y continúa):

o 2022 Arritmias y trauma: finalizadas tres Prácticas de No hacer y una Buena Práctica.

o 2023 Arritmias, Farmacia y Atención al Dolor: En desarrollo tres prácticas de no hacer.

6º.- Elaboración de un Plan de Seguridad 2022-2027 con participación de la Dirección, Calidad, Responsables y Comisión de SP (entre marzo 2021 y noviembre de 2022). Cronograma de actividades y tareas.

En nuestra experiencia la regulación normativa promueve y sistematiza las actuaciones en SP constituyendo un impulso para establecer organizadamente nuevas actuaciones y generando un punto de reflexión estratégica al analizar lo realizado previamente, la situación de partida, los recursos y las prioridades.

En nuestro SE partíamos de plan de seguridad previo que se ha evaluado y servido como entrada al actual y como base de conocimiento para los nuevos vocales y para los grupos de trabajo del comité de adecuación de la práctica clínica que da un marco y enfoca sus actuaciones

SEGURIDAD DEL PACIENTE: DE LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES AL DESARROLLO DE LAS IDEAS DE CAMBIO

VÍCTOR GARCÍA-ALVAREZ; MONTSE OLIVERAS GIL; LYDIA MARTÍN GONZALEZ

HOSPITAL DE VILADECANS// CATALUÑA

ID: 15077

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Para desarrollar el proceso de mejora continua, el Hospital establece la calidad asistencial como una línea de actuación estratégica fundamental y reconoce a la Seguridad de Paciente (SdP) como uno de sus elementos clave.

A partir del seguimiento de los proyectos en SdP implantados y el retroceso en el trabajo realizado, se decide un abordaje transversal para mejorar la coordinación y comunicación entre equipos y estimular la reflexión de los profesionales sobre la importancia que tiene en la SdP su actividad diaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Sensibilizar, motivar y hacer reflexionar sobre la SdP.
- Alinear estrategias de gestión con estrategias de mejora de la práctica clínica.

Estrategia:

- Coordinación: Unidad de Calidad y Dirección de centro.
- Base del proyecto:
- Revisión bibliográfica.
- Alineamiento de estrategias mediante el Driver Diagram, identificando y clasificando los drivers (primarios, secundarios y terciarios).
- Selección de las ideas de cambio a desarrollar (sinérgicas).
- Selección y adecuación de los indicadores con impacto a evaluar.

Abordaje:

- Despliegue PDCA (*Plan Do Check Act*)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

P. Plan & D. Do

Fomentar la implicación de los profesionales en SdP.

Ø Campaña de sensibilización *ad hoc*.

-Material: Aspectos legales y sensibilización en SdP. Casos prácticos.

-Cómo?

*Talleres en Urgencias: 6 sesiones (3 turnos, 48 profesionales).

*Jornadas Equipos asistenciales: 4 sesiones (2 UH, 88 profesionales).

Asegurar recursos en SdP.

Ø Implementar Rondas SdP.

-Material: Procedimiento RSdP. Actividades “antes de”, “durante” y “después de”; enfoque híbrido: checklist con pool de indicadores -SdP, cuidados, control de la infección, etc.-) y campo abierto; encuesta (adaptada del Cuestionario sobre SdP: versión española del Hospital Survey on Patient Safety).

-Cómo?

-Proyecto Rondas SdP 2022: 8 sesiones (3 equipos, 12 profesionales) (incentivación a través de la Dirección Por Objetivos).

C. Check & A. Act

§ Evaluación con los profesionales, staff y Responsables.

§ Seguimiento por la Dirección y *feedback* a: C. Asistencial, Núcleo de SdP y C. Calidad.

§ Informe Rondas SdP 2022.

o Plan de acción: oportunidades identificadas (10) / medidas implantadas (5).

o Encuesta. Grado de SdP: 7. Percepción abordaje en “positivo” por la organización; necesidad de mejorar traspasos / cambios de turno y “reconocimiento” de infra notificación de incidentes y uso del *checklist* quirúrgico.

Con la vista puesta en la expansión asociada a la apertura del nuevo Hospital, la propuesta de intervención representa una oportunidad para adoptar una actitud más proactiva en el área de la SdP y trabajar por una cultura de SdP “resiliente” sobre una base más sólida. Además, representa una oportunidad para mostrar que el compromiso de la organización con la “construcción” de una cultura de seguridad es una prioridad estratégica.

CONCIENCIACIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN SEGURA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE MEDIOS AUDIOVISUALES

ELENA CORRAL LUMBRERAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO VITHAS MADRID ARAVACA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15246

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La identificación incorrecta de pacientes conduce a errores médicos, de transfusiones, de pruebas complementarias y de procedimientos a personas incorrectas. Una de las recomendaciones principales es la concienciación de los profesionales de la necesidad de verificación de la identidad de los pacientes ante cada paso del proceso diagnóstico-terapéutico.

En el hospital Vithas Madrid Aravaca el 13,5% de los incidentes de seguridad notificados son errores de identificación del paciente, de los cuales el 36,9% no llegaron al paciente debido a la existencia de barreras para impedirlo. Sin embargo, el riesgo potencial de que un error pueda llegar al paciente es elevado.

Por todo esto el aumento de la cultura de seguridad “intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia”, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Aumentar la concienciación de los profesionales del hospital Vithas Madrid Aravaca en la importancia de realizar una correcta identificación de los pacientes.

Objetivos secundarios

Aumentar la identificación activa del paciente con los dos identificadores inequívocos, realizar un uso correcto de la pulsera identificativa, aumentar la identificación de paciente frente a procedimientos invasivos.

En la revisión de Incidentes se detectan varios incidentes de seguridad relacionados con la identificación del paciente. Tras ser analizados llegamos a la conclusión de que su causa era la no realización del protocolo de identificación, bien por desconocimiento del mismo o bien por falta de concienciación de los profesionales de la necesidad de aplicarlo. Se decidió fusionar la realización de un concurso en el que se pudieran visualizar videos demostrativos de prácticas que contenían identificación ejecutadas correctamente y comparadas con algunas incorrectas. Los servicios elegidos para la grabación de los videos fueron seleccionados cuidadosamente entre aquellos en los que se habían notificado más incidentes de seguridad de identificación.

Posteriormente se realizó un estudio comparativo longitudinal y descriptivo de los indicadores de identificación, con los resultados antes y después de la realización de la práctica educativa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha obtenido un aumento significativo en la identificación del paciente durante la administración de la medicación, comparando el primer trimestre 0,0% de cumplimiento al 75% del 4º trimestre. Aumento de la identificación frente a pruebas diagnósticas del 2º trimestre y el ultimo. Recuperación de la notificación de incidentes de seguridad tras la bajada del 3º trimestre.

Las lecciones aprendidas: Es eficaz implicar a los profesionales del centro en la formación de prácticas seguras en el hospital, la implicación aumenta la concienciación en materia de seguridad del paciente y a pesar de todo esto existe una baja participación que debe atajarse para poder hacer partícipe a todos los profesionales.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE LAS CAIDAS CON CONSECUENCIA GRAVE Y CAIDAS DE REPETICIÓN EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

SUSANA MALGRAT CABALLERO; MAITE FRANCO ROMERO; ANA M^a DE ANDRÉS LÁZARO; ANNA CORBALAN RUIZ; MARTA RUIZ FUGUERAS; M BELEN SENDRA CRIADO

PARC SANITARI PERE VIRGILI// CATALUÑA

ID: 15331

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las caídas son un evento adverso habitual en las instituciones sanitarias y representan un importante riesgo de salud para la población, pudiendo producir fracturas, traumatismos, heridas y secuelas posteriores. Las personas que sufren caídas pueden tener una estancia media de 4 a 11 días más larga que aquellas que no caen, aumentando el riesgo de otros eventos relacionados con la asistencia sanitaria.

La edad avanzada, alteración cognitiva y física, la fragilidad, enfermedades crónicas o la polimedicación, características habituales en los pacientes ingresados en centros de Atención Intermedia, los hace más vulnerables a sufrir problemas de seguridad en su estancia hospitalaria, entre ellos las caídas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir los Análisis Causa Raíz (ACR) realizados en el 2022 y 2023 para las caídas con consecuencias graves y las caídas recurrentes en un hospital de Atención Intermedia.

Metodología

El ACR es una herramienta ampliamente utilizada para investigar eventos adversos retrospectivamente, incluyendo las caídas. Permite identificar los factores subyacentes que contribuyen a la caída, centrándose en el análisis de sistemas y procesos con el fin de identificar mejoras potenciales para reducir la probabilidad de que estos eventos se repitan en el futuro.

Tras la detección de una caída grave (con fractura, sutura o derivación a otro hospital) o un paciente con caídas recurrentes (a partir de 2 caídas) durante el periodo de estudio, la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en caídas y el Referente de Calidad se reunieron con el equipo asistencial para identificar los factores que contribuyeron a la caída. Una vez analizados los casos, se informó al paciente para fomentar su participación en el proceso. Posteriormente, los datos de los casos analizados se compartieron internamente para que todos los profesionales del centro pudieran aprender de ellos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Durante el 2022 se realizaron 5 ACR de los cuales 3 de ellos el factor de riesgo principal era modificable. Durante el primer trimestre de 2023 se ha realizado 5 ACR de los cuales 1 su principal factor de riesgo era modificable. En todos ellos se han implantado medidas correctoras y preventivas para minimizar el riesgo.

Conclusiones

El ACR incrementa la sensibilización de los profesionales en relación a las caídas y la aplicación de medidas preventivas.

MEJORA DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN NUEVAS UNIDADES A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN

MONTserrat ALCALDE MARTÍN; TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ; NOELIA DE MIGUEL GARCÍA; ESTHER ARRIETA CERDÁN; SOLEDAD MONTERO ALONSO; JOSEFA GONZÁLEZ PASTRANA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD// CASTILLA Y LEÓN

ID: 15366

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La implantación del sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente se realiza en las nuevas unidades comenzando por la formación de los gestores. Pero el éxito de esta implantación está marcado por muchos más factores. La nueva gestión del curso de gestores de riesgos mediante formación de formadores intenta reducir algunas de estas barreras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es aumentar el éxito de la implantación del sistema de notificación de incidentes en las unidades en las que sus gestores reciben la formación de formadores en gestión de riesgos.

Esta formación incluye evaluación de satisfacción (con una encuesta al finalizar el curso), de aprendizaje (a través de un mismo test pre y post curso), de transferencia (con el análisis de un incidente e impartir una sesión de formación en las propias unidades) e impacto (valorando las notificaciones y mejoras en el semestre posterior al curso). Al valorar las dificultades para la implantación como la falta de seguimiento, apoyo y continuidad, se introdujo en la formación del año 2022 unas sesiones on line sincrónicas para minimizar estas barreras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comparan los datos del curso de formación realizado en el año 2018 con el realizado en el año 2022, al ser los años con similar metodología, salvo las sesiones on line sincrónicas de apoyo a la implantación que se introdujeron en 2022. El número de profesionales formados fueron 111 en 2018 y 102 en 2022.

En la evaluación de satisfacción, la satisfacción global fue mejor en 2022 (8,9/10) con respecto a 2018 (8,5/10).

En la evaluación del aprendizaje, en ambos años el porcentaje de puntuación post-test ha sido mayor que el pre-test (2018: 98% vs 84%, 2022: 98% vs 91%) y también se produjo un aumento de los post-test con todas las respuestas correctas (2018: 40% vs 22%; 2022: 39% vs 12%).

Al valorar la evaluación de transferencia del conocimiento observamos un aumento de los porcentajes en todos los items gestores que ha realizado la sesión de formación en los centros (2018: 61%; 2022: 83%); análisis de un incidente con el Protocolo de Londres (2018: 56%; 2022: 83%); y en el total de profesionales que han superado la evaluación final del curso (2018: 50%; 2022: 82%).

Si valoramos el impacto, vemos que en el año 2022 se ha producido un aumento de las notificaciones en número absoluto (2018: 393; 2022: 431) y especialmente de mejoras (2018: 234; 2022: 455) en el semestre siguiente al curso.

Por lo tanto, la ampliación de la formación al ámbito de la implantación del proyecto con las sesiones sincrónicas ha resultado determinante para lograr unos mejores resultados en los objetivos de implantación del proyecto.

LA PIEDRA ROSETTA: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARTA MACÍAS MAROTO; GEMA BALDOMINOS UTRILLA; MARÍA CONSUELO PINTADO DELGADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15409

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de buscar estrategias de mejora de la seguridad del paciente ha estimulado a los países a desarrollar herramientas para el mejor conocimiento de los eventos adversos. Los sistemas de notificación son los protagonistas para identificar riesgos, analizar y desarrollar intervenciones para reducir daños en el ámbito sanitario. Implican beneficios, ya que involucran oportunidades de modelización de los efectos, monitorización, aumento de la concienciación de los problemas y un uso más eficiente de recursos. Por ello, nuestro centro inició ya en 2006 un proyecto muy ambicioso de mejora de la seguridad del paciente apostando por los sistemas de notificación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos fueron implementar un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje y mejorar la cultura de seguridad.

La metodología utilizada fue:

1. Elaborar una Política de Seguridad del Paciente no punitiva.
2. Desarrollo de una Estrategia para la creación de una estructura en seguridad del paciente liderado por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, e implementación de un sistema de notificación de incidentes.
3. Creación de una *Red de Responsables de Seguridad del Paciente* por servicio para promover la gestión de los incidentes, desarrollando objetivos anuales. Diseño de un plan formativo y de sensibilización centrado en los sistemas de notificación.
4. Elaboración de un cuadro de mandos para monitorizar el sistema y entregar el feed-back periódico de los resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado tras la implementación del proyecto ha sido:

1. Política de seguridad del paciente aprobada y difundida.
2. Sistema de notificación implementado con resultados muy destacables, tanto en la notificación, con un incremento del 460% (periodo 2010-2022); como en la gestión con un 150% más, y 3.409 acciones de mejora identificadas (periodo 2016-2022).
3. Red de Responsables de Seguridad creada con 95 profesionales. En 2022 se definieron 94 objetivos de seguridad del paciente con un 80% de cumplimiento, y se impartieron 96 acciones formativas del sistema de notificación con la participación de 1.192 profesionales, un 48% del total.
4. Disponibilidad de un cuadro de mandos de resultados de la gestión de las notificaciones que se comunican trimestralmente a los profesionales.

El desarrollo de una Estrategia de Seguridad del Paciente que guía las actuaciones pivotando en el Sistema de Notificación permite generar un conocimiento y sensibilización sobre la seguridad en toda la organización que impacta en mejores resultados en salud para los pacientes.

La clave está en disponer de una estructura funcional transversal con el mayor número de profesionales implicados. La notificación ayuda a situar la seguridad en el foco de atención siempre que se acompañe de mejoras visibles y sostenibles. En este sentido, una cultura de seguridad más positiva se asocia con una mejor gestión de la notificación, y así parece confirmarse con la presente experiencia.

CONSUMO DE DISPOSITIVOS DE MANEJO VÍA AÉREA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS ¿MEDIDA INDIRECTA DE LA HABILIDAD PROFESIONAL?

MARÍA VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS; CARLOS EDUARDO POLO PORTES; PATRICIA BLANCO HERMO; ANA MARÍA GUERRA PÉREZ; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS; ALMUDENA CRESPO RUÍZ

SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS DE MADRID SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15484

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El manejo óptimo de la vía aérea (VA) y la ventilación de pacientes críticos en el medio extrahospitalario, es un pilar básico para su supervivencia, evolución y pronóstico. La intubación orotraqueal (IOT) se considera el patrón de oro en el sellado de la VA. Los dispositivos supraglóticos, como la mascarilla laríngea (ML), se usan como alternativa ante una IOT fallida o difícil. La decisión de usar un dispositivo supraglótico como intervención prehospitalaria primaria o secundaria depende de varios factores, entre ellos las habilidades clínicas, destreza y experiencia del profesional para la IOT. Según la bibliografía sobre 3% de todos los intentos de IOT se consideran VA difícil.

En nuestro Servicio de Emergencia (SE) la introducción plena de los dispositivos supraglóticos es anterior al 2018. Analizar su uso es relevante para conocer el manejo de la VA de los profesionales e implantar acciones que mejoren su destreza.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar evolución del consumo de tubos convencionales de IOT frente a la de dispositivos supraglóticos (tubos de ML).

Método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Ámbito: SE de una Comunidad Autónoma.

Periodo de estudio 2018-2022. Se selecciona un periodo de 5 años para evitar el sesgo del consumo por caducidad, todos los dispositivos estudiados tienen una caducidad de 5 años.

Dispositivos estudiados: tubos convencionales IOT adulto (con balón nº 6-6´5-7-7´5-8) y tubos ML adulto (nº 6-6´5-7-7´5-8). Datos de consumo de los dispositivos: programa NEXUS-SAP

Análisis de la evolución de consumo de ambos tipos de dispositivos y sus tamaños. Se compara para cada número de tubo el porcentaje que corresponde al tubo convencional IOT frente al de ML.

Revisión bibliográfica de la casuística de utilización de ambos tipos en el medio extrahospitalario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El consumo en sus distintos tamaños, de tubos IOT fue el triple que el de tubos ML (13.266 vs 4.329), del total de tubos el 75% fueron tubos IOT y 25 % tubos ML.

Evolución de la media anual de porcentaje de uso de los tubos ML (frente a convencionales): nº 6=46%, nº 6,5=40%, nº 7=30%, nº 7,5=18%, nº 8=15%. No se encuentran diferencias significativas ($p \leq 0,05$) de consumo interanual para los distintos dispositivos estudiados.

El consumo de ML es algo superior al esperado, considerando que aproximadamente el 3% de todos los intentos de IOT se consideran difíciles. Esta sobreutilización se observa sobre todo en adulto pequeño (tubos 6 y 6,5). A medida que aumenta el tamaño del paciente (tubos 7, 7,5 y 8) aumenta el uso del tubo convencional.

Conclusiones

Es necesario estudiar en profundidad el manejo de la VA en nuestro SE para confirmar los motivos por los que existe una mayor utilización de los dispositivos supraglóticos de la encontrada en la literatura.

El manejo óptimo para el sellado de la VA requiere formación para fomentar y mantener la destreza de los profesionales mediante el entrenamiento en la técnica de IOT. Nuestro estudio refuerza dicha necesidad en nuestro medio.

GTT: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y SUS BARRERAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS GERIÁTRICO

MARÍA DOLORES MENÉNDEZ FRAGA¹; CARMEN M^a GONZÁLEZ GONZÁLEZ¹; PILAR RUIZ CRESPO¹; LORETO ÁLVAREZ-CUERVO SUÁREZ¹; EVA FERNÁNDEZ TAMARGO¹; FERNANDO VÁZQUEZ VALDÉS²

¹HOSPITAL MONTE NARANCO, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS// PRINCIPADO DE ASTURIAS

ID: 15630

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

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 Y METODOLOGÍA

Objetivos

Como implementar la herramienta del GTT y evaluar los criterios facilitadores y obstáculos en el proceso de implementación del GTT que sirva de modelo para cualquier hospital.

Metodología

Periodo de estudio: 2007-2023.

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.

Criterios facilitadores y obstáculos de acuerdo a Brösterhaus M et al. PLOS One.2022; 17: e0272853.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

1. Proceso de implementación: Gestión, Formación del equipo, Entrenamiento de los revisores, Proceso de los revisores y Notificación (ya establecido en trabajos previos).
2. Criterios facilitadores y obstáculos: A) Recursos y disponibilidad para gestionar e implementar el GTT (Ítems de nivel de dificultad o retos: 2 de nivel bajo y 3 moderados); B) Disponibilidad de historias clínicas y características de la muestra (Ítems de nivel de dificultad: 3 bajos, 2 moderados, 1 alto); C) Reclutamiento del revisor y capacitación (Ítems de nivel de dificultad: 4 bajos y 1 moderado); D) Procedimiento de recogida de datos e indicadores (Ítems de nivel de dificultad: 3 moderados); E) Implementación del GTT (Ítems de nivel de dificultad: 2 bajos y 1 moderado).

Conclusiones

1) Facilidad de implementación, 2A) Óptima capacidad de realizar el GTT con la HCE y bajo coste utilizado en la implementación frente a otras herramientas, 2B) El problema inherente a la revisión de historias clínicas y la calidad de la información en la misma, 2C) Destaca la experiencia y la estabilidad en el tiempo de los revisores, 2D) La historia clínica electrónica y la estabilidad de los revisores permite hacer un seguimiento de indicadores sin variabilidad, y 2E) Ha habido un progresivo refinamiento de la herramienta incorporando el IHI Skilled Nursing Facility Trigger Tool que clarifican o complementan las “pistas” del GTT. Los criterios facilitadores y obstáculos permiten evaluar todo el proceso de implementación de la herramienta del GTT. Queda por demostrar, a pesar del tiempo que lleva implantado, el impacto sobre la seguridad del paciente, aunque esto es inherente a otras herramientas.

COMO AUMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES EN UNA UNIDAD. CREACIÓN DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN INTERNO

BELÉN GARCÍA BARRAJÓN; MÓNICA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ; CRISTINA SÁNCHEZ GONZÁLEZ; REYES IRANZO VALERO; PABLO CAZALLO NAVARRO; CAROLINA RUIZ ENTRECANALES

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15665

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La unidad adopta el sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 como decisión estratégica para mejorar su desempeño global, controlar y reducir la variabilidad de la práctica clínica y prevenir los eventos adversos y no deseados derivados de esta. Dicha norma obliga a tener un sistema de notificación y gestión de incidentes, unido al escaso número de notificaciones en el sistema de notificación de incidencias autonómico (SNA), y su bajo impacto en la consecución del aumento de la calidad asistencial del paciente, hacen que se ponga en marcha un sistema propio que facilita a los profesionales la comunicación de los incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) detectados.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Fomentar la cultura de la notificación de IS y EM.

Proporcionar al personal un sistema de notificación de IS y EM más accesible, fácil y rápido.

- Enero 2023: se diseña una plataforma digital (PD) con una clave de acceso genérica, a disposición de todo el personal sanitario, para notificar el IS y EM y proponer soluciones de mejora.
- Marzo 2023: se crea un QR, y se coloca de manera accesible y visible en las zonas de trabajo. Permite rellenar un breve formulario que consta de 5 campos (fecha, turno, tipo de incidencia, descripción y datos de contacto). Cumple con las características requeridas por los sistemas de notificación y gestión de incidentes: voluntario, anónimo y no punitivo.
- Comisión de Incidencias, creada durante el proceso de consecución de la norma. Encargada de hacer el análisis, dar respuesta y comunicar acciones de mejora, transferir al SNA y realizar su seguimiento. Como criterio general se notifican al SNA todos los IS y EM salvo los relacionados con la organización interna de la unidad. El trabajo se desarrolla mediante comunicación diaria vía telemática y una vez al mes presencial para puesta en común y seguimiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realiza la recogida de datos desde enero hasta abril de 2023. El número total de IS y EM notificadas es de 49; Siendo en enero notificadas 5, las 5 a través de la PD, en febrero 8, 7 a través de la PD y 1 a través del SNA, en marzo 12, 9 a través de la PD y 3 a través del SNA y en abril 17, 3 a través de la PD, 1 a través del SNA y 13 a través del QR. Del total de notificaciones se transfieren al SNA el 85%, el 15% restante cumple el criterio antes mencionado de no notificación al SNA.

Desde la implantación del sistema de notificación interno se produce un aumento significativo en el número de notificaciones con respecto a años anteriores, con una clara tendencia ascendente, siendo el QR el sistema elegido en más ocasiones por los trabajadores. Se comienza a ver un trabajo diario más crítico y exigente.

VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: GESTIÓN DE LOS INCIDENTES PARA MEJORAR EL PROCESO DE VACUNACIÓN

CRISTINA PIÑOL USÓN¹; MARISA FORÉS PALACIOS²; LAIA GENE HUGUET³; MARIA JESUS SANTAMARIA MORENO³; SONIA DE LA TORRE LUCEÑO⁴; LAURA ANGLES TARRECH⁵

CAP LES BORGES DEL CAMP, ²CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4, ³EAP LES BORGES DEL CAMP,⁴EAP LLLIBERTAT, ⁵EAP JAUME I// CATALUÑA

ID: 17010

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El proceso de vacunación está considerado como uno de los más importantes que se realiza en Atención Primaria (AP). Es un proceso complejo y de riesgo para la seguridad del paciente, hecho que se confirma por el elevado número de notificaciones de errores que se producen en la práctica asistencial a nivel Reactivo (SNI SP) y Proactivo (PROSCat)

Los errores de medicación con vacunas supone un riesgo para la seguridad del paciente (SP). Identificar las condiciones en que ocurren contribuye a mejorar la cultura y seguridad en el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

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 SNI P (Julio 2022 a Mayo 2023). Se analizaron los EMV de calendario infantil y de adulto en el año de estudio en un centro rural

Se describirán las variables a nivel reactivo (SNI SP) : n° total incidentes mayo 2022 a mayo 2023 , tipos de incidente , factores contribuyentes relacionados con el profesional, factores contribuyentes del entorno , factores contribuyentes de la organización ,factores contribuyentes externos y acciones de mejora .

Se describirán las variables a nivel proactivo (PROSCat) : Número total ,de listas de verificación planificadas ,% realizadas,

% realizadas con incidencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el año 2022 se notificaron 32 incidentes y en el 2023 19 incidentes, 14 de los cuales estaban relacionados con las vacunas.

De Julio del 2022 a mayo del 2023 se han notificado a nivel reactivo, un 34,0% relacionados con el proceso de vacunación y a nivel proactivo PROSP CAT:

Temperatura control: número total de LV 9592, 94,71 % realizadas, 2,22 % realizadas con incidencias.
Temperatura: Revisión de la evolución TEP: número total de LV 1584, 91,86 % realizadas, 3,91% realizadas con incidencias.

Para avanzar en la seguridad del paciente son necesarios mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema. Las notificaciones permiten conocer los puntos débiles del sistema, los factores que contribuyen a la falta de seguridad y establecer medidas de mejora que eviten, en lo posible, que se vuelvan a producir.

Gracias a la utilización de sistemas de notificación de incidentes podemos desarrollar acciones de mejora que disminuyan los errores derivados del proceso de vacunación.

¿LAS RONDAS MEJORAN LA CULTURA DE SEGURIDAD?: ASOCIACIÓN RONDAS-CULTURA EN ASISTENCIALES Y DIRECTIVOS EN ATEN. PRIMARIA

GERARDO GARZÓN GONZÁLEZ; M^a LUISA ALCÁZAR GONZÁLEZ; NURIA DOMÍNGUEZ PÉREZ; AURORA BARBERÁ MARTÍN; M^a DOLORES MARTÍNEZ PATIÑO; ASUNCIÓN CAÑADA DORADO

UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17064

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las rondas de seguridad tienen como objetivos, entre otros, mejorar la cultura de seguridad en asistenciales y en directivos y transmitir el compromiso de la dirección.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo. Estimar si las Rondas de Seguridad mejoran la Cultura de Seguridad de profesionales y directivos, así como la percepción de compromiso de la dirección, en Atención Primaria (AP)

Diseño. Estudio transversal mediante encuesta Ámbito. Toda la AP de una Comunidad Autónoma

Participantes. a) Muestra de profesionales. Profesionales con el perfil que se convoca a las rondas de seguridad (equipo directivo del centro de salud, responsables de seguridad, vacunas, botiquín y TCAE -auxiliar enfermería-). La encuesta se lanza a todo el universo no se hace muestreo. b) Muestra de directivos. Directivos del ámbito asistencial pero sin actividad asistencial directa. La encuesta se lanza a todo el universo no se hace muestreo.

VARIABLES. Se recogió: a) participación en rondas (SI/NO y número), b) cultura de seguridad (puntuación en cuestionario validado: MOSPS reducido en profesionales y Adaptación del cuestionario de Giménez-Aibar-Gutierrez en directivos) c) percepción de compromiso de la dirección (minicuestionario)

Recogida de datos. Cuestionario online. Escrito de lanzamiento y dos recordatorios.

Análisis. Test de contraste utilizados: Comparación de proporciones: Fisher, Comparación de medianas/medias: U de Mann-Whitney, Asociación entre dos cuantitativas: coeficiente de correlación de Spearman y su significación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Participación: n=237 profesionales y n=39 directivos

Asociación rondas-cultura en profesionales. Puntuación POSITIVA en el MOSPS 82% profesionales que NO habían acudido a rondas vs. 95% profesionales que SÍ (p=0.007).

En los profesionales que SÍ habían acudido a rondas, NO se encontró asociación entre la puntuación en el MOSPS y el número de rondas (r=0.025, p=0.77)

Asociación rondas-cultura en directivos. Puntuación POSITIVA en el cuestionario de cultura 70% directivos que NO habían acudido a sus rondas previstas vs. 90% directivos que SÍ (p=0.025).

En los que SÍ, existía asociación entre la puntuación en el cuestionario y el número de rondas (r=0.56, p=0.002)

En los asistenciales, no se encontró asociación entre la asistencia a rondas y la percepción de compromiso de la dirección (OR ajustada 1,7; IC95%: 0,6-4,7)

En profesionales, existe asociación entre la realización de rondas y la cultura de seguridad. Pero no puede establecerse si la asistencia a rondas mejora la cultura o la cultura facilita la asistencia a rondas o ambas. Estudios longitudinales tipo pre-post serían útiles para confirmarlo.

En directivos, es muy probable que la asistencia a rondas la que mejore la cultura de seguridad ya que aumenta con el número de rondas realizadas en aquellos que asisten a todas las previstas.

No se ha encontrado que la asistencia a rondas mejore la percepción de compromiso de la dirección en consonancia con otros estudios.

APRENDER DE LOS ERRORES: ACCIONES DE MEJORA EN LA VACUNACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARISA FORÉS PALACIOS¹; CRISTINA PIÑOL USÓN²; MARTA MARTÍNEZ MIGALLÓN¹; SONIA DE LA TORRE LUCEÑO³; MARTA FRIGOLA DOMENECH¹; JOANNA MORROS NAVARRO¹

¹CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4, ²CAP LES BORGES DEL CAMP, ³CAP LLIBERTAT// CATALUÑA

ID: 17096

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que las vacunas salvan millones de vidas cada año en todo el mundo. Los errores de medicación más comunes están relacionados con la programación y planificación de las vacunas, su almacenamiento y dispensación, con el tipo de vacuna y con su administración.

La detección de estos errores a través de un sistema de notificación y gestión de incidentes, promueve la cultura de la seguridad del paciente, nos ayuda a aprender de los errores y a encontrar nuevas estrategias que favorezcan una mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria .

Instituciones y organismos expertos en Seguridad de los Pacientes (nacionales e internacionales) recomiendan la implantación de sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes y eventos adversos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer las causas principales de los errores de medicación relacionados con el proceso de vacunación. Elaborar acciones de mejora derivadas de la notificación de incidentes.

Material y Método

Estudio descriptivo de los incidentes notificados a través de un sistema de notificación relacionado con la seguridad del paciente, utilizado en un centro de salud urbano

Se describirán las variables: n° total incidentes enero 2022 hasta junio 2023, factores contribuyentes y atenuantes, acciones de mejora

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el año 2022 se notificaron 46 incidentes, 6 de los cuales estaban relacionados con las vacunas. De enero a junio del 2023 se han notificado 47, 14 relacionados con el proceso de vacunación.

Factores contribuyentes:

78,57% relacionados con el profesional, 14,29% factores externos (entorno, productos, tecnología e infraestructura), 7,14% relacionados con la organización (disponibilidad de personal, organización de los equipos)

Los factores atenuantes han sido: actitud o cultura de seguridad (83%)y el trabajo en equipo (17%)

La mayoría de los errores detectados se relacionan con la discrepancia entre el estoc de vacunas real y el que consta en el programa utilizado, y se relacionan con su registro. (10 incidentes)

Los errores más comunes en la administración se producen con las vacunas que tienen que reconstituirse y las que tienen diferentes concentraciones (1 incidentes)

Los errores relacionados con la organización derivan de la mala citación de los pacientes, en días en los que no se disponía de la vacuna en estoc, produciendo molestias a los pacientes y un retraso en la vacunación. (2)

En cuanto a los factores externos, se producen por problemas informáticos (1)

Las acciones de mejora según tipología: 53,82% cultura de seguridad, 15,38% sistema informático, 15,38% informar al equipo/servicio, 15,38% formación.

Se han establecido reuniones trimestrales a cargo de la referente de vacunas, en las que se revisan todos los incidentes de seguridad, la manera en que se pueden evitar y se repasan las vacunas disponibles en el centro, su conservación, administración y registro.

Señalización de las vacunas en la nevera y aviso visual de las que necesitan ser reconstituídas.

APLICACIÓN DE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE PARA DETECTAR LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA

PATRICIA BONACHELA SOLÁS; ANTONIO CERVERA BARAJAS; DÉBORA MORENO BORREGO; ERNESTO PÉREZ FERNÁNDEZ; ELENA VILCHEZ CABAÑERO; ROSA M ROMERO RUÍZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO// ANDALUCÍA

ID: 17113

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la cirugía pediátrica, se ha buscado mejorar la calidad asistencial a través de innovar en tratamientos, técnicas quirúrgicas y cuidados perioperatorios. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este paciente se ve sometido a otros procesos que también tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y de salud.

La asistencia a pacientes pediátricos quirúrgicos requiere una atención especializada y protocolizada en términos de seguridad. Los incidentes de seguridad pueden ocurrir en cualquier etapa del proceso quirúrgico y tener consecuencias importantes en los resultados clínicos, por lo que tener controlado estos puntos críticos, es esencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Identificar los eventos de seguridad en el área quirúrgica pediátrica mediante metodología Lean.

Metodología

Mediante Lean Healthcare y usando la herramienta "Pulse Point Arrow", se describen cuatro pasos:

- Definir el proceso del circuito: mapear el flujo del proceso y determinar los indicadores para representar los puntos críticos.
- Identificar los puntos críticos: Mediante observación, se identifican los puntos críticos donde surgen los problemas en el proceso.
- Visualizar los puntos críticos: Visualización clara y rápida de los puntos problemáticos.
- Mejorar los puntos críticos: Mediante técnicas Lean (flujo continuo, eliminación de desperdicios y estandarización), se buscan soluciones para eliminar o reducir los obstáculos identificados.

Se implementó una hoja de ruta en el circuito quirúrgico para recopilar información sobre los puntos críticos

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En 44 días, se recopilaron datos de 521 pacientes.

El 8.06% de los pacientes provenían de la planta de hospitalización, mientras que el 90.21% de los pacientes provenían de su domicilio directamente.

El 96.93% de los pacientes tenían su pulsera identificativa en buen estado, mientras que el 2.11% de los pacientes presentaban deterioro en la misma. El 98.66% de los pacientes mostraron una concordancia adecuada entre la pulsera y la pegatina identificativa, mientras que el 0.77% de los pacientes presentaron discrepancias.

En relación a la asignación de camas, se evidenció que el 97.7% de los pacientes fueron asignados correctamente a su cama, mientras que un 0.77% tuvieron asignaciones erróneas.

En un 87.72% de los casos estaba identificada correctamente la alergia, mientras que un 9.98% se detectó en el mismo momento.

El 95.97% cumplieron adecuadamente con el ayuno preoperatorio, mientras que el 1.92% no cumplieron con esta indicación.

El 94.43% de los pacientes recibieron el tratamiento indicado previo a la intervención quirúrgica, mientras que el 2.11% no lo recibieron.

Conclusiones

Es fundamental implementar medidas que eviten posibles errores de identificación y buscar soluciones que garanticen una identificación efectiva en todo momento.

Es importante fortalecer los protocolos de detección y notificación de alergias.

Hay que abordar mejoras que aseguren la administración del tratamiento preoperatorio

GESTIÓN DE INCIDENCIAS PREANALÍTICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ; LAURA CRIADO GOMEZ; SANTIAGO VILLANUEVA CURTO; JUANA MARIA MOLINA RAMOS; CARMELO TAFALLA BORDONADA; RAQUEL FERNÁNDEZ GARCÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17139

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El estudio APEAS (seguridad del paciente en atención primaria) del año 2008, concluyó que se producen alrededor de un 17.4% de errores en el diagnóstico, y un 84.2% son evitables. Es por eso que dado que el laboratorio es un servicio clave en el diagnóstico clínico debe ser capaz de medir sus errores e intervenir en ellos. Se considera que el 70% de los errores del laboratorio se producen en la fase pre analítica, repercutiendo en la demora de los resultados, sobrecarga asistencial y encarecimiento de recursos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El laboratorio se propuso como objetivo cuantificar los errores preanalíticos producidos en los centros de atención primaria que envían muestras de suero y orina al laboratorio, con el fin de conocer la situación de cada centro respecto al resto, ofrecer una herramienta para mejorar y controlar la seguridad del paciente y contribuir a la formación del personal en este aspecto.

Para ello recogemos los siguientes errores de los 7 centros de salud durante el año 2022:

- % de errores de identificación (1)
- % de muestras de suero no recibido (2)
- % de muestras de suero insuficiente (3)
- % de muestras de orina no recibida (4)
- % de muestras hemolizadas (5)

Los 3 primeros se registraban en el laboratorio de manera manual, el resto de manera automática a través del sistema informático de laboratorio (SIL).

Después se siguieron las especificaciones de calidad de la Sociedad Española de Química Clínica (SEQC) para ver el grado de cumplimiento. Se muestran a continuación:

(1): 0.03, (2) 0.328, (3):0.098, (4):1.351, (5): 1.673.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 7 centros de salud, 2 cumplieron con todos los indicadores. 4 obtuvieron resultados por encima en el 4 indicador (1.83, 1.48, 1.82 y 1.57). 2 de los centros mostraron un porcentaje por encima de especificación en suero no recibido (0.43 y 0.34). Todos los centros mostraron buenos resultados en cuantos errores de identificación, suero insuficiente y muestras hemolizadas.

Se realizó un informe a cada centro de salud. En él aparecía la siguiente información: resultados de sus indicadores comparados con los recomendados por la SEQC, comparativas gráficas de cada ítem medido en los 7 centros, y finalmente unas recomendaciones personalizadas para la mejora continua. Además, se enviaron dípticos informativos de calidad preanalítica sobre la correcta recogida de las muestras de orina, como minimizar esa incidencia, y como evitar las muestras hemolizadas.

Con todo ello se ha estandarizado y armonizado la fase preanalítica, se ha mejorado la comunicación con los centros de AP y se han minimizado los riesgos, mejorando la seguridad del paciente.

Una limitación de nuestro estudio es el registro de incidencias de manera manual, que puede infravalorar alguna de ellas, se intentará la automatización con el SIL en el futuro, además cabe hacer extensible esta mejora al resto de puntos extractores de analíticas como son el centro de especialidades y extracciones hospitalarias.

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE A LOS PROFESIONALES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

RAQUEL FERNANDEZ GARCÍA; LAURA CRIADO GÓMEZ; MIREYA MAÑES SEVILLA; CARMEN GOMEZ HORMIGOS; MARIA SEGURA BEDMAR; CARMELO TAFALLA BORDONADA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17173

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad del paciente (SP) es el conjunto de creencias, valores, costumbres, percepciones, normas, competencias, y prácticas presentes en el clima organizacional de los profesionales de la salud.

La identificación del nivel de cultura de SP es esencial para la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada.

Es necesario promover la cultura de la seguridad (CS) en un ambiente no punible donde se pueda hablar de los errores abiertamente para trabajar en su prevención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios (UFGRS) del hospital se plantea conocer el nivel de la cultura de SP entre los profesionales del centro.

Se realiza una encuesta anónima en Microsoft forms, con 15 preguntas cerradas, orientadas a conocer el grado de información e interés en SP. Se difunde a través de correo electrónico corporativo, grupos de trabajo y códigos QR disponibles en las zonas de trabajo. El plazo de contestación ha sido del 5 mayo a 5 junio de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La encuesta ha sido contestada por 283 profesionales del hospital, lo que supone un 13,5% de los trabajadores.

La distribución de las respuestas por categoría profesional ha sido la siguiente: 105 facultativos (37,2%), 56 celadores (19,8%), 55 enfermeras (19,4%), residentes 19 (6,7%), 15 técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (5,3%), 13auxiliares administrativos (4,6%), 10 técnicos superiores (3,5%), y otros 10 (3,5%).

El 98,5% (279) indican que la SP es algo importante dentro de su trabajo y el 95% (269) afirman saber lo que es la SP. El 85,1% (241) cree que en el hospital se producen incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM), y un 82% (232) considera que son prevenibles. El 57,2% (162) conoce lo que es la Unidad funcional de Riesgos del Hospital y 62,1% (176) identifica la plataforma CISEM como la herramienta de comunicación de IS y EM.

Un 32,2% (91) ha notificado IS/EM, y el 74,6% considera que el incidente no se ha resuelto favorablemente y/o no obtuvo feed back.

Un 47,7% desconoce lo que es un suceso centinela, y un 28,6% conoce lo que es una segunda o tercera víctima.

Estos resultados también se han analizado por categoría profesional.

Por los resultados obtenidos, se deduce una baja cultura de SP entre los trabajadores del centro. A destacar la baja respuesta por parte de los residentes (19) y enfermería (55) y la escasa notificación por parte de los profesionales.

Como líneas de trabajo para mejorar en cultura de SP, la UFGRS ha establecido:

-Mejoras en la difusión y comunicación de la información de SP a través de la publicación de un boletín trimestral que incluya prácticas seguras, incidentes notificados, alertas de seguridad y tutoriales informativos.

-Formación de los profesionales mediante la realización de al menos 2 cursos anuales de SP.

Sirva esta encuesta como punto de partida para emprender las acciones necesarias con el objetivo de mejorar la cultura de SP del hospital.

GESTIÓN DEL RIESGO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS, RESULTADOS Y ACCIONES DE MEJORA 2022

ANNA RIBES ALCOVER¹; EULALIA ORIOL COLOMINAS²; DAVID AYALA VILLUENDAS³; NÚRIA MANSERGAS COLLADO²; EVA LÓPEZ SANZ²; ANGEL VILA ROVIRA²

¹SEGIV. CATALUÑA, ²UNIDAD DE CALIDAD CAMP DE TARRAGON, ³GERENCIA CAMP DE TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17188

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Calidad de la Dirección de Atención Primaria (UC_DAP) cuenta con 2 herramientas para la gestión del riesgo asistencial (GRA) que permiten detectar los incidentes de forma proactiva (listas de verificación) y reactiva (sistema de notificación de incidentes).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir los incidentes recogidos mediante la herramienta proactiva y reactiva en los centros de salud (CS) de nuestro territorio y las acciones de mejora en 2022.

Metodología

GRA Proactiva: Los profesionales de los CS realizan 4 listas de verificación (LV) relacionadas con recepción, almacenaje y control de la cadena del frío. GRA Reactiva: Los profesionales de los CS notifican incidentes en el sistema de notificación. La gestión de los incidentes se realiza por parte del referente territorial de vacunas, de los profesionales de los CS, la UC_DAP y la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de la DAP. Se dispone de un equipo de mejora de vacunas permanente (EMV) para priorizar y desplegar acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

GRA proactiva: en el año 2022 se han realizado 26.011 LV, que han permitido detectar 826 incidencias. En el control de la cadena del frío las incidencias se relacionan mayoritariamente con temperaturas por encima de rango. En el proceso de recepción de las vacunas las incidencias están relacionadas con el registro en la estación clínica y la verificación del albarán. En la revisión de las neveras, se detecta un elevado número de incidencias con problemas con el termómetro, stock de vacunas y condiciones de la nevera (uso exclusivo de vacunas, acumulación de hielo). GRA reactivo: El proceso de vacunación genera el 4% del total de incidentes. El 85% son de riesgo bajo o muy bajo. Según la gravedad el 27% no llega al paciente, el 53 % llega al paciente pero no causa daño y el 19% son eventos adversos. Ocurren mayoritariamente en la consulta (40%) pero también en Residencias (10%) y escuelas (10%). La Covid-19 es la vacuna que ha registrado más incidentes (29,27%). Las áreas de riesgo se identifican en el proceso de administración, registro y preparación. EMV ha generado las siguientes acciones de mejora: actualización de 3 procedimientos territoriales; publicación del boletín de vacunas del 2021 y una micropíldora informativa; Creación alerta nevera; Formación a los referentes de vacunas de cada CS; Creación de 3 nuevas LV.

Conclusiones

En la Atención Primaria, el proceso de vacunación se identifica como una importante área de riesgo. La identificación de los incidentes a partir de las herramientas proactivas i reactivas, facilitan su análisis y la puesta en marcha de acciones de mejora bien dirigidas. La participación de los profesionales es fundamental, tanto para su identificación, análisis y gestión como para el diseño e implantación de las acciones de mejora. Las estrategias de comunicación son indispensables para la promoción de una cultura de seguridad entre los profesionales.

REALITYCARE: UN PROYECTO PARA ABORDAR UNA LABOR SEGURA DE LOS CUIDADORES EN EL HOGAR

EVA GIL HERNÁNDEZ¹; ALICIA SÁNCHEZ GARCÍA¹; DANIEL GARCÍA TORRES²; MERCEDES GUILABERT MORA²; PURA BALLESTER²; JOSÉ JOAQUÍN MIRA SOLVES³

¹FUNDACION FISABIO, ²UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE, ³FUNDACIÓN FISABIO Y UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SAN ANTONIO DE MURCIA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 17200

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El incremento de la esperanza de vida trae consigo el aumento de las enfermedades crónicas, y de las personas polimedicadas. Cada vez son más las personas que requieren cuidados complejos, y desean, además, permanecer en casa. Los cuidadores, bien familiares o personas contratadas por las familias, necesitan una formación cada vez más específica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio aborda la situación de los cuidadores en el hogar en España, analizando cómo aumentar la seguridad de pacientes a su cuidado. Se realizó un estudio transversal de abril a junio de 2022, utilizando una base de datos central de cuidadores a nivel nacional. Mediante un cuestionario online (49 preguntas) se recolectó información de los cuidadores (por ej., tipo y cantidad de medicamentos administrados, errores más frecuentes cometidos durante el pasado año, ...).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Respondieron 742 cuidadores (n= 399 no han recibido más de 20 horas de formación para desarrollar su labor). La mayoría, mujeres adultas de mediana edad. Nivel de estudios, ser o no un cuidador informal, y que hubiera más de un cuidador se asociaron a un mayor número de errores de medicación en el hogar. Específicamente, hubo una mayor probabilidad de cometer un error de dosis al administrar la medicación por parte de los cuidadores con escasa formación, o por familiares. Se requiere más apoyo para los cuidadores del hogar, para reducir los errores y mejorar la calidad de sus cuidados.

TRAZABILIDAD Y GESTIÓN COMÚN DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES ENTRE NIVELES ASISTENCIALES: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

ROSA M^a SABATER-RAGA¹; ANDREU ALOY-DUCH¹; LAURA LAHUERTA-VALLS¹; LOURDES GABARRÓ-JULIÀ¹; ESTHER BADIA-PERICH²; VICTÒRIA SABATÉ-CINTAS²

¹HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS - HOSPITAL UNIVERSITARIO, ²DIRECCIÓ ATENCIÓ PRIMÀRIA METROPOLITANA NORD. BARCELONA// CATALUÑA

ID: 17220

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La coordinación asistencial es prioritaria para el sistema de salud y, especialmente, para la gestión de los incidentes y eventos adversos de seguridad clínica. Las estrategias requieren de una sistematización que ayude a proponer conjuntamente acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar y gestionar conjuntamente la seguridad de los pacientes atendidos en cualquiera de los dispositivos de los equipos de Atención Primaria (AP) del territorio y Atención Especializada (AE) del hospital de referencia de los mismos, en aquellos pacientes con incidentes relacionados y que requieren de la coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Metodología

En 2019 se creó la Unidad Funcional Transversal de Seguridad de Pacientes (UFTSP) multicéntrica compuesta por dos grupos con funciones diferenciadas:

1. *Grupo operativo.* Formado por las Unidades de Calidad de ambos ámbitos y profesionales implicados en cada incidente. Se reúne cada 3 meses y comparte los casos notificados a través del SNI SP.Cat (plataforma común de declaración) en cualquiera de los dos niveles asistenciales.

Se trabaja con la metodología de mejora continua. Los casos se analizan separadamente finalizando con un análisis conjunto “causa-raíz” con detalles del incidente, el “diagrama de pez” (causas), y las posibles acciones de mejora.

2. *Comité Directivo.* Para evaluar los planes de acción propuestos y decidir cómo integrarlos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Desde 2019 hasta 2023 se han realizado 10 reuniones (presenciales y virtuales), y analizado 36 casos notificados por los 13 centros de AP y por la AE del hospital de referencia.

Se han detectado 15 eventos adversos (4 úlceras nosocomiales, 2 por la no retirada de la vía venosa al alta, 1 shock séptico, 2 errores diagnósticos, 3 demoras diagnósticas, y 3 éxitus).

Las causas de las incidencias fueron: 1., demoras en pruebas diagnósticas o visitas especialistas; 2., falta de registro escrito del incidente y de las actividades; 3., dificultades en el circuito “código suicidio”; 4., criterios de derivación poco definidos; 5., descoordinación con centros residenciales; 6., falta de informes de pre-alta; y, 7., sistemas de comunicación entre AP y AE.

Las acciones de mejora implementadas fueron: 1., sensibilización a los profesionales en la importancia de los registros en la HC; 2., creación y difusión de diferentes criterios de derivación; 3., aplicación de planes de choque (quirúrgicos y de pruebas complementarias); 4., mejora de la coordinación con las residencias; 5., mejoras en la comunicación entre niveles; y, 6., grupo de trabajo conjunto para mejorar el seguimiento y tratamiento de las úlceras.

Conclusiones

El análisis y gestión de los casos compartidos son una herramienta para mejorar la seguridad de los pacientes que nos ayuda a identificar efectos adversos en la actividad asistencial. Las causas son siempre multifactoriales. La visión de los diferentes niveles asistenciales ayuda a detectar aquellas acciones de mejora necesarias para minimizarlos.

IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: REVISIÓN RETROSPECTIVA SEGÚN LA METODOLOGÍA TRIGGERS T

VERONICA DELGADO CASTEL; MONICA SEISDEDOS COELLO; LURDES SOLER GONZALEZ; MARIA PILAR VILLANUEVA CHIVA; RAQUEL LARIOS CONEJERO; CARMEN MORENO GÓMEZ

BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS// CATALUÑA

ID: 17298

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente necesita mecanismos para la detección de eventos adversos (EA). Su identificación se ha desarrollado en el ámbito hospitalario y atención primaria (AP), en cambio existen pocas experiencias en el ámbito de atención domiciliaria, donde la atención al paciente anciano, frágil y pluripatológico puede llevar a una mayor incidencia. La herramienta Trigger Tool validada por Lindblad et al para detectar EA en el domicilio, define los Triggers desencadenantes según módulos de atención para facilitar su identificación. Pretendemos utilizar esta herramienta para identificar EA en la atención domiciliaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Analizar el número de EA en un programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) y así establecer un plan de actuación para reducir o erradicar los EA más prevalentes mediante la utilización de un modelo de Trigger Tool.

Metodología

Estudio piloto observacional, analítico y retrospectivo (12 meses) donde se analizaban los Triggers positivos a través de la revisión de historias clínicas para detectar la presencia de EA y/o incidentes de seguridad del paciente en ATDOM. Los Triggers fueron clasificados por módulos según metodología Lindblad et al: Cuidados, laboratorio, medicación, continuidad y transición. La evitabilidad se evaluó según el método ENEAS 2005.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron 26 pacientes, en su mayoría mujeres (69%) con una edad media de 85 años, un 81% tenían dependencia moderada para AVDs y un 57.5% estaban incluidos en Gestión de Casos. Los diagnósticos principales fueron Deterioro Cognitivo (31%) e Insuficiencia Cardíaca (15%). El tiempo medio de ingreso en ATDOM fue de 30 meses, con una media anual por paciente de 2,70 consultas a urgencias, 69 visitas domiciliarias y un 15% tuvo al menos un ingreso hospitalario.

Los Triggers positivos (4,8 por paciente) más prevalentes fueron: Módulo cuidados: UPP (46%), caídas (34%), dolor (19%). Módulo laboratorio: Alteración glucosa (19%). Módulo medicación: Polifarmacia (80%), fármaco que precisa control analítico (42%) y conciliación farmacológica (23%). Módulo continuidad y transición: Contacto no planificado con ATDOM (73%).

Se detectaron a raíz de los Triggers positivos 14 incidentes/EA: Caídas (n=6), errores medicación (n=4), errores coordinación/comunicación (n=2), UPP (n=1) y atragantamiento (n=1). El 57% tuvieron su origen en el domicilio.

De los 14 incidentes/EA 7 requirieron monitorización en AP, 2 derivación a Urgencias, 3 un nivel elevado de observación y 2 necesitaron pruebas adicionales o atención especializada. La posibilidad de prevención: Ligera (6), moderada (2) y elevada (6).

Conclusiones

Podría ser útil la identificación de Triggers en la HC de pacientes ATDOM, para detectar incidentes/EA que afectan a la seguridad del paciente. El alto porcentaje de evitabilidad (>50%) a través de este método, facilitaría la prevención de posibles incidentes/EA. Es necesario ampliar el número de pacientes incluidos en el estudio, para obtener resultados estadísticamente significativos.

YO, NO SOY, ESTE PACIENTE

MARIA ROSA AZNAR PANISELLO; MARIA DEL CARME CAUDET BAIGES; MARICEL VIÑA VALLESPI; OSCAR FORCADELL CASTELL; RAMÓN JOSE ESCURRIOLA NAVARRO

CLÍNICA TERRES DE L'EBRE// CATALUÑA

ID: 17320

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El 11.01.23, se notificó un incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP) en la plataforma SNISPCat (sistema de notificación de incidentes relacionados en la seguridad del paciente (SP) de Cataluña).

Se analizó por el grupo de trabajo ANEA (análisis de notificaciones de eventos adversos) y nos planteamos acciones de mejora para evitar futuros incidentes, basados en el aprendizaje de esta experiencia.

Resumen

El paciente acudió al centro para una visita en urgencias, el 22.12.22. Se registra en el sistema informático por parte de admisiones, pasa por el triaje, se le realizan pruebas complementarias en el servicio de RX y se decide su ingreso en planta, previo paso por admisiones para formalizar el ingreso.

Permanece ingresado hasta el día 29.12.22, durante su estancia en planta se le realiza la acogida de enfermería, se le administra medicación, se le realizan procedimientos invasivos, pase de visita médica, curas de enfermería, cuidados higiénicos y nutricionales y pruebas complementarias que precisan el traslado a otro servicio.

En el momento que el paciente es dado de alta, se le entrega la documentación, informe de alta médica i de enfermería, pasa por el servicio de admisión y por atención al usuario para planificar futuras visitas.

Cuando llega a su casa y revisa la documentación, se da cuenta que no le corresponde, se pone en contacto con el centro y les avisa de dicho error.

Esta incidencia que afecta a la SP, se da porque en todo el proceso asistencial no se le realiza una correcta identificación activa del paciente (IAP).

Brechas de seguridad

Admisión en URG Triage de URG

Atención del personal sanitario de URG

Procedimientos invasivos y no invasivos durante la estancia en servicio, medicación, curas y atención medica Traslado a otro servicio para realizar pruebas complementarias

Entrada en el servicio de RX Admisión en planta

Acogida por parte del personal sanitario en planta

Procedimientos invasivos y no invasivos durante la estancia, medicación, curas y atención medica Traslado a otro servicio para realizar pruebas complementarias

Entrada en el servicio de RX

Entrega de documentación en el alta Próxima visita al especialista

Alta administrativa en el sistema

Se ha producido una combinación de incidentes que han afectado a la SP.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar los fallos de seguridad según el modelo Reason.

Realizar la IAP correcta durante todo el proceso asistencial.

Actuaciones realizadas

En el momento que el paciente notifica el error, la administrativa realiza la notificación del incidente en el SNISPCat Se analiza el caso y se realizan las siguientes acciones de mejora:

Formación de IAP a un total de 91 profesionales en diferentes horarios.

Se hacen carteles informativos para cada área, de cómo realizar una IAP correcta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se comprobó en la formación, que es un tema de interés.

A partir de estas acciones se realiza una correcta IAP, preguntando el nombre completo y la fecha de nacimiento. Se espera tener menos IRSP y si hay, que se notifiquen al SNISPCat.

NOS PARAMOS ANTE UNA PARADA, ACR Y PLAN DE MEJORA

RAQUEL GIRONA REAL; GEORGINA VIDAL MANSILLA; CARME GRAU PÉREZ; JOSE JOAQUÍN GERONA ALARCÓN; ANNA BALAUDER CARRERA; JOSEP AGUILAR URPI

ALT CAMP EST// CATALUÑA

ID: 17424

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Nuestro equipo está situado en un área geográfica con 44km de dispersión, dispone de un Centro de Atención Primaria (CAP) y 16 consultorios locales. El EAP está integrado por 11 médicas de familia, 14 enfermeras y 6 profesionales de administración. Los 6 profesionales se concentran en el CAP y en uno de los consultorios locales, que por población justifica su presencia, a diferencia del resto de consultorios que no disponen de un servicio de administración. Esta característica hace que la recepción de la demanda telefónica se gestione directamente por los profesionales sanitarios, en algunos casos y otros, desde el CAP. Es de suma importancia que la comunicación interprofesional sea ágil y los protocolos en este sentido de comunicación interna estén muy claros, para que en situaciones vitales donde el tiempo es un factor importante, todo fluya de manera correcta. En el caso que analizaremos, un caso centinela notificado por las profesionales implicadas en el mismo, el tiempo podría haberse optimizado, puesto que sabemos que, en una parada cardiorrespiratoria (PCR), cuanto antes se inicien las maniobras de reanimación, mejor es la supervivencia.

En este contexto, se notifica un caso centinela relacionado con la comunicación entre 061, CAP y consultorio local.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Mejorar la comunicación y coordinación entre diferentes ámbitos asistenciales

Metodología

Realización de un análisis causa-raíz (ACR), interviniendo en la misma profesionales de todos los ámbitos implicados: Responsable de Calidad Territorial (Gerencia correspondiente), Responsable Calidad del equipo, Dirección del equipo y representantes del SEM (Servicio de Emergencias Médicas).

Revisión del procedimiento de activación de Urgencias y Emergencias en nuestro territorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

ACR realizado donde se objetiva la activación de una PCR por parte de los familiares a las 8:03, no se llega al domicilio de este, hasta las 8:22, cuando los profesionales de Atención Primaria están en el consultorio, ubicado a menos de 3 minutos del paciente, des de las 8:00h. Además, la presencia de los profesionales hubiera optimizado la gestión de recursos.

Se ha realizado una actualización del procedimiento de activación de Urgencias y Emergencias en nuestro territorio.

Conclusiones

El ACR ha llevado a revisar el Procedimiento de activación de Urgencias y Emergencias, no sólo de nuestro equipo, sino el de la Dirección de Atención Primaria al que pertenecemos. Se ha revisado la trazabilidad del "Teléfono rojo", y se ha compartido con el SEM la importancia de acceder al historial clínico del paciente para preservar las voluntades de este en la decisión de impartir maniobras de reanimación o no.

ANÁLISIS DE LAS DISCORDANCIAS DE LATERALIDAD EN CIRUGÍA EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

JOAQUIM VALMAÑA RODRIGUEZ; LAURA GARCIA GONZALEZ; JOSEP TOST VALLS; CARMEN VARO ALBALA; BEATRIZ URRUTIA CASADO; ELISABETH GONZALEZ LAO

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA// CATALUÑA

ID: 17446

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos son incidentes que se pueden ocasionar en la atención sanitaria, pudiendo generar un impacto clínicamente negativo en la salud de los pacientes. Es necesario establecer sistemas de notificación y evaluación que nos permitan generar acciones de mejora que eviten que se vuelvan a producir.

Los errores de lateralidad se consideran un grave problema de seguridad para los pacientes y los profesionales sanitarios por su potencial capacidad de generar segundas víctimas. Dentro de las complicaciones quirúrgicas se catalogan como eventos centinela por su potencial gravedad y por ello, toda organización sanitaria debe disponer de un procedimiento para gestionar estos incidentes de forma precoz y eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar las características de las discordancias de lateralidad detectadas para promover acciones de mejora dirigidas a su prevención.

Se incluyeron en el estudio todas las notificaciones de discordancias de lateralidad recibidas a través del notificador vigente (Sistema de Notificació de Incidents de Seguretat de Pacients a Catalunya. SNISP-Cat) en el periodo de 1.23 a 5.23 con una muestra total de 154 incidencias notificadas.

Todas las incidencias en el bloque quirúrgico detectadas por enfermería a partir del check-list quirúrgico se envían diariamente de forma automática al departamento de Calidad donde son gestionadas por el mismo equipo de profesionales.

Se recogieron variables de filiación del paciente (edad, sexo), tipo de intervención, gravedad, causa del error y propuestas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se objetivaron 9 discordancias de lateralidad en el periodo de estudio, suponiendo un 5,8% del total de incidencias notificadas y un 8% de las mismas en la línea de atención especializada.

Las franjas de edad de los pacientes fueron de 71-80 años en un 33%, el resto de las franjas fueron homogéneas con un 55% de género masculino por un 45% de femenino.

El 77% de los incidentes se produjeron en la hospitalización del paciente y un 22,3% en el proceso de petición de intervención en el centro de atención primaria y consultas externas. De ellos, el 100% no tuvo un impacto sobre la salud del paciente al identificar la discordancia la enfermera en el check list del quirófano.

La distribución por mayor tasa en relación a la especialidad médica fue de un 45% en traumatología, un 33% en oftalmología y un 11% en urología y cirugía general.

En el análisis causa-raíz se identificaron al médico especialista como factor causal, y la identificación de la discordancia se produjo en el momento del registro del desplegable de solicitud.

Las discordancias de lateralidad en cirugía representan una parte significativa de los incidentes hospitalarios.

Aunque existan herramientas para minimizar la probabilidad y el riesgo de producir un evento de gran magnitud se necesita evaluar el proceso asistencial del paciente desde la petición de intervención hasta la mesa quirúrgica, para establecer acciones de mejora dirigidas a las causas de las incidencias.

EVOLUCIÓN DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) RELACIONADOS CON MEDICACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA (CAI)

MARIA LORETO VECIANA BALSEBRE; EMMA FOLCH FERRÉ; MONTSERRAT GUARDIA FACI; EUGENIA SOPENA BERT; MARTA BARTOLOME CALDERON; ANA ZORNOZA SOLINIS

HOSPITAL SOCIOSANITARIO FRANCOLÍ// CATALUÑA

ID: 17486

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Sistemas de Notificación de Incidentes (SNI) son claves para la creación de cultura de seguridad. Las aportaciones de los profesionales permiten a los gestores el análisis de estos incidentes y la definición e implantación de acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis, comparativa y acciones de mejora de los IN en el período de 2021-2022.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Material y Métodos

A partir de los IN en el SNI, la responsable de calidad y farmacéutica del CAI los gestionan y analizan (evitabilidad y acciones de mejora).

Resultados

Nº de Notificaciones: 2021(53), 2022(39). El 34% y 24% respectivamente del total de los IN. Las IN de medicación de 2022 han descendido al segundo lugar respecto a 2021. Notificante: Enfermería(70%-67%); Farmacéutica(17%-23%); Médicos(11%-10%). Riesgo: Bajo(51%-64%); Muy Bajo(28%-20%); Moderado(17%-15%); Alto (4%-0%). Gravedad: Sin daño(28%-49%); Circunstancia notificable (32%-28%); Evento adverso(26%-20%); Casi incidente(13%-3%). Factores contribuyentes: Profesional (49%-60%); Organización(17%-14%); Externos(7%-10%); Entorno físico(6%-6%); Paciente(7%-2%). Factores contribuyentes relacionados con el profesional: Distracción o falta de atención (35%-46%); Cansancio o agotamiento(7%-15%); Exceso de confianza (7%-5%); Interpretación errónea de la información(11%-3%); Incumplimiento de normas(23%-16%); Problemas de comunicación con otro profesional(3%-2%); Desconocimiento de información específica(5%-2%). Medicamentos implicados con mayor frecuencia: Heparina, Insulina, Corticoterapia, Opioides, Sueroterapia, Furosemida, Paracetamol, Omeprazol (entre el 10% y el 5%). Puntos críticos del uso del medicamento: Administración (47%-36%); Dispensación (19%-23%); Prescripción (17%-25%). Tipos de problemas de seguridad: Dosi (28%-23%); Frecuencia de administración (15%-14%); Medicamento erróneo(11%-14%); Paciente erróneo(7%-14%); Vía de administración errónea(0%-5%). Evitables(90%-85%). Acciones de mejora: Alertas (micropíldoras y difusión de recordatorios por correo corporativo); Formación interna; Coordinación con otros servicios; Mejora de equipamiento; Revisión de documentación. Acciones como favorecer la comunicación y el trabajo en equipo se promocionan para mejorar la seguridad.

Conclusiones

Los IN relacionados con la medicación han disminuido. Enfermería es el notificante principal. La mayoría de incidentes son de riesgo bajo. Han aumentado los incidentes que llegan al paciente, aunque los eventos adversos han disminuido ligeramente. Más de la mitad de los factores contribuyentes están relacionados con el profesional, principalmente por distracciones e incumplimiento de normas. Las acciones de mejora principales están direccionadas a informar y formar sobre medicamentos y puntos críticos, coordinación, elaborar alertas, cultura de seguridad, sistema informático, revisión de documentos y grupos de mejora. Las organizaciones deben disponer de un sistema de gestión del riesgo para conseguir reducir los incidentes que son evitables.

RIESGO EN LA DISFAGIA OROFARÍNGEA: INCIDENTES NOTIFICADOS (IN) Y ACCIONES DE MEJORA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA

NÚRIA NAVARRO CASALS; PILAR AMIGÓ CORREIG; MARTA BARTOLOMÉ CALDERÓN; EMMA FOLCH FERRÉ; ANA ZORNOZA SOLINÍS; EULÀLIA PELL FONTS

HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA FRANCOLÍ// CATALUÑA

ID: 17495

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Justificación

Los Sistemas de Notificación de Incidentes (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 Y METODOLOGÍA

Objetivos

Análisis de los IN relacionados con la disfagia orofaríngea e implantación de acciones de mejora.

Material y Métodos

A partir de los IN en el SNI relacionados con la disfagia orofaríngea durante 2022 (englobados en incidentes de “Nutrición” y “Gestión Clínica y Procedimientos”), la responsable de calidad y el equipo de disfagia del centro gestionan y analizan los incidentes (evitabilidad y acciones de mejora).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Nº de Notificaciones: 2022(164), de los cuales 22 (13,4%) están relacionados con la disfagia orofaríngea. Está en cuarto lugar de las incidencias más notificadas, por detrás de “Caídas”, “Medicación” y “Documentación analógica y digital”. Notificante: Logopeda (45,5%); Nutricionista (27,3%); Enfermera (22,7%); TCAI (4,5%). Riesgo: Bajo (77,3%);

Moderado (13,6%); Muy Bajo (9,1%); Alto (0%). Gravedad: Incidente sin daño (72,7%); Circunstancia notificable (18,3%);

Casi incidente (4,5%); Evento adverso (4,5%). Factores contribuyentes: Profesional (76,2%); Organización (19%); Externos (4,8%). De los factores contribuyentes relacionados con el profesional: Aplicación incorrecta de normas y protocolos (66,7%); Desconocimiento de información (28,6%); Distracción o falta de atención (14,3%); Comunicación en papel o verbal (3%). Evitabilidad: 100%. Acciones de mejora: Se planifican un total de 12 acciones de mejora. Alertas (micropíldoras y difusión de recordatorios por correo corporativo); Formación interna obligatoria (2 sesiones); Elaboración, difusión y distribución de un tríptico informativo; Auditorias de disfagia (aplicación del protocolo e información al cuidador); Implementación pendiente del programa informático de petición de dietas; Introducción pendiente de nuevos triturados comerciales de mayor aceptación organoléptica y textura más homogénea y segura para los pacientes.

Conclusiones

El equipo de disfagia es el notificante principal. La mayoría de incidentes son de riesgo bajo, seguido de los de riesgo moderado. Aunque se han notificado pocos eventos adversos, cuatro de cada cinco han llegado al paciente. Tres de cada cuatro factores contribuyentes están relacionados con el profesional: aplicación incorrecta de normas y protocolos, desconocimiento de información, distracciones y problemas de comunicación. Las acciones de mejora principales están direccionadas en la mejora de estos factores: informar a los servicios, formación a los profesionales, elaborar alertas, cultura de seguridad, sistema informático, revisión de documentos y grupos de mejora. Disponer de un sistema de gestión del riesgo es imprescindible en las organizaciones ya que hemos objetivado que la mayoría son evitables.

IMPLICACIÓN DE LA RED DE REFERENTES DE SEGURIDAD PARA LIDERAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

ALEJANDRO RODRÍGUEZ QUIRÓS; ALICIA DÍAZ REDONDO; ISABEL ALMENDRO MARTÍNEZ; ALBA RAPELA FREIRE; ANA GARZÓN SÁNCHEZ; RAFAEL JOSÉ MARAÑÓN PARDILLO

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17546

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Resulta trascendental que los profesionales no solo conozcan la existencia del sistema, sino que, además, presenten la suficiente sensibilidad para tomar consciencia de los riesgos que involucra la actividad asistencial y de este modo poder detectar los diferentes incidentes que puedan ocurrir.

Por este motivo, en 2016 la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) del hospital, coincidiendo con el cambio de sistema de notificación en papel a notificación electrónica a partir de la aplicación de la comunidad, propone un nuevo enfoque para implicar a la Red de Referentes de Seguridad en el centro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Desarrollar una red de referentes de seguridad que impliquen a todos los profesionales del centro Potenciar el uso del sistema de notificación para la identificación de (Incidente de Seguridad) IS, (Errores de Medicación) EM y riesgos para la seguridad del paciente
- Implicar a los profesionales en el análisis e implantación de acciones de mejora derivadas del propio análisis

Metodología

Se promovió una transformación organizacional con el objetivo de reforzar la red de referentes de seguridad, potenciando la incorporación de nuevos profesionales teniendo en cuenta su categoría laboral, turno de trabajo o ámbito asistencial. Se establecieron cursos de formación acreditada en Seguridad del Paciente, talleres de herramientas de análisis de IS y EM.

Los referentes de la red realizan sesiones formativas dentro de su ámbito para desplegar la formación al resto de profesionales. Se organizan jornadas a lo largo del año para Referentes de Seguridad, donde se difunde a toda la red el resultado de los objetivos y la planificación para el próximo año, además, se realiza la comparación interna de medidas para su implantación entre servicios. Se establecen convocatorias de reconocimiento de buenas prácticas que se difunde a todo el hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A través del Cuestionario de seguridad de los pacientes: validado por Ministerio de Sanidad, se objetiva una mejora en el grado de seguridad percibido (6,65vs7,44), además de aumentar la notificación referida por los encuestados (62,7% habían notificado 0 incidentes en el último año en 2016vs30,4% en 2022).

En cuanto a la notificación el fomento de la red aumentó notablemente el número de IS y EM registrados en el sistema (2016:751, 2022:1766). La formación y la transferencia de responsabilidades a la red, aumentó la implicación con el análisis y validación de IS y EM, que ha permitido mejorar la respuesta a las notificaciones incluso aunque haya aumentado el número de notificaciones a lo largo de los años (Análisis 2022:72,31% Validación 2022:72,25%).

Se han conseguido desplegar una importante batería de medidas, algunas como elementos formativos que transfieren los referentes a los profesionales (diversas herramientas y material formativo), acciones que fomentan un cambio en la organización y en la realización de procedimientos asistenciales (adecuación de circuitos asistenciales, protocolos transversales y específicos, etc.).

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD TRAS ALCANZAR LA CERTIFICACIÓN JOINT COMISSION

ANDREA MORA CAPÍN; CLARA FERRERO GARCÍA-LOYGORRI; BLANCA COLLADO; MARÍA ESCOBAR CASTELLANOS; MARÍA SALVADOR; PAULA VÁZQUEZ LÓPEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17714

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios es clave para minimizar los eventos adversos en el entorno sanitario. El análisis de dicha cultura nos permite conocer la situación basal de nuestra unidad, planificar y priorizar el desarrollo de acciones de mejora. La repetición periódica de este análisis permite valorar el impacto de dichas acciones y replantear estrategias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Comparar la cultura de seguridad del personal sanitario de la Urgencia Pediátrica (UP) de un hospital de tercer nivel antes y después de obtener la acreditación Joint Commission International (JCI).

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental longitudinal antes-después utilizando como instrumento la versión en castellano de la encuesta validada Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), que consta de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Se incluyó como población de estudio todos los profesionales de la UP (sanitarios y no sanitarios). La encuesta se realizó de forma anónima y voluntaria en septiembre de 2016 (post-certificación Norma UNE 179003) y en diciembre de 2022 (tras conseguir la acreditación JCI).

Se analizaron las respuestas positivas y negativas descartando las intermedias, considerándose fortalezas aquellas con > 75% de respuestas positivas y debilidades aquellas con > 50% de respuestas negativas.

Se compararon los resultados obtenidos en ambas encuestas mediante el método chi cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En el primer periodo se recogieron 54 encuestas; en el segundo periodo 70.

En el periodo post-acreditación JCI mejoró la percepción de los profesionales en las siguientes dimensiones: “aprendizaje organizacional/mejora continua” [Dif. positivas IC95%: 25,0 (33 a 16);p<0,001; Dif. negativas IC95%: -9,1 (-31 a-15);p<0,001], “frecuencia de eventos notificados” [Dif. positivas IC95%: 25,2 (16,1-34,3);p<0,001; Dif. negativas IC95%:

-7,3 (-1,6 a -1,2);p=0,004], “feed-back / comunicación de errores” [Dif. positivas IC95%: 22,3 (31,5 a 13,1);p<0,001; Dif. negativas IC95%: -11,7 (-5 a -18,4); p<0,001], “apoyo de la Gerencia” [Dif. negativas IC95%: -9,9 (-0,5 a -19,4);p=0,039] y “respuesta no punitiva a los errores” [Dif. negativas IC95%: -9,4 (-0,6 a -18,2);p=0,031]; manteniendo como fortaleza el “trabajo en equipo en la unidad” (Respuestas positivas: 78%). En el periodo post-acreditación JCI empeoró la percepción de los profesionales en relación a la dimensión “dotación de recursos humanos” [Dif. positivas IC95%: -18,1 (-11,2 a -25,1);p<0,001; Dif. negativas IC95%: 20,9 (28,8 a 13);p<0,001].

Conclusiones

En base a estos resultados, se puede concluir que la implantación de un sistema de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente basado en la JCI, ha mejorado la percepción de los profesionales en dimensiones clave para la Seguridad del paciente, potenciando como fortalezas el espíritu de mejora continua y el trabajo en equipo en la Unidad. La principal debilidad identificada por los profesionales fue la dotación de recursos humanos.

CIRCUITO DE CORTA ESTANCIA PARA BIOPSIA HEPÁTICA ECOGUIADA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. VALOR DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR

RAQUEL CRESPO CALVO; SILVIA LAHOZ GARCÍA; SILVIA FALIP SAGUÉS; CAROLINA BONILLA SERRANO; ARIADNA DOMENECH BACHILLER; CARMEN JURADO GARCÍA

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA// CATALUÑA

ID: 15220

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La incidencia de complicaciones del procedimiento de biopsia hepática percutánea (BHP) ecoguiada en pacientes sin factores de riesgo es baja (<1%). Los pacientes, se pueden beneficiar de una estancia corta (EC) en dispositivos ambulatorios (DA) aportando eficiencia al sistema sanitario. El éxito del proceso está relacionado con la correcta selección de pacientes, la planificación y preparación así como el manejo posterior y seguimiento adecuados. Un enfoque multidisciplinar incrementa la calidad y seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal

Analizar el proceso asistencial de la BHP ecoguiada en régimen de CE en pacientes oncológicos de un hospital de tercer nivel. Objetivo Específico: Identificar la idoneidad del paciente. Gestionar incidencias. Detectar complicaciones. Monitorizar algias relacionadas con el intervencionismo. Identificar las causas de anulaciones/reprogramaciones. Identificar las BHP exitosas. Conocer la percepción del paciente y detectar áreas de mejora.

Material y Métodos

Estudio descriptivo prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes oncológicos que no presentaron contraindicaciones clínicas desde el inicio del circuito. Se elaboró un procedimiento normalizado de trabajo liderado por la enfermera clínica, una valoración integral por la enfermera de práctica avanzada (EPA) de radiodiagnóstico; la gestión de los DA a cargo de la gestora de pacientes (GP). Se monitorizaron las algias relacionadas con el peri-procedimiento.

VARIABLES: sociodemográficas, incidencias previas detectadas, monitorización EVN del paciente, escala Barthel, cumplimentación del consentimiento informado (CI), detección de complicaciones a las 24h, cumplimiento de recomendaciones al alta, visitas a urgencias, reprogramaciones, número de BHP con óptimo diagnóstico y valoraciones del paciente en relación al proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La n total fué de 18 pacientes. Media 58.05 años. El 63.15% fué género femenino y un 36.84% masculino. El 94.74% presentaba un Barthel de 100. Un 47.36% no consta el CI en la historia clínica electrónica. Se detectó 1 caso sin criterios para el intervencionismo. El cumplimiento de las recomendaciones fué del 100%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la monitorización del dolor, $p=0.120$. No hubieron complicaciones inmediatas. En el 100% de los casos, la anatomía patológica fueron óptimas. Hubo 1 reprogramación. En ningún caso los pacientes acudieron a urgencias. El 100% de pacientes valoraron de manera positiva el circuito.

Conclusiones

El trabajo multidisciplinar en la puesta en marcha del circuito, incrementa la eficiencia de los recursos y la seguridad del proceso, al detectar y gestionar las incidencias, evitando anulaciones y mejorando la calidad asistencial.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y que se trata de un circuito de nueva creación, nos permitirá incorporar las mejoras detectadas para incrementar la calidad y seguridad en el proceso asistencial, demostrando el liderazgo enfermero.

REVISIÓN DE LA CADUCIDAD DE LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

EMILIANA SABUCO TÉBAR; GEMA MARÍA BALLESTER SÁNCHEZ; VANESA GIL MARTÍNEZ; MIGUEL MARTIN RODRÍGUEZ; ELENA SÁNCHEZ-MERENCIANO JUÁREZ; SHIRLEY BEATRIZ PÉREZ ROMERO

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15343

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las normas UNE EN ISO 11607 partes 1 y 2 y la UNE EN 868 definen los requisitos que deben cumplir los envases destinados a ser la cobertura que mantenga la esterilidad de los materiales sanitarios reprocesados. La fecha de caducidad de estos materiales viene determinada por el sistema de envasado utilizado y por las condiciones de almacenamiento. Antes del uso de los materiales sanitarios reprocesados en un paciente se debe comprobar la integridad de estos y que cumplen con la fecha de caducidad establecida en el exterior de los envases.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Reducir el número de materiales sanitarios caducados almacenados en los quirófanos. Establecer un procedimiento de revisión de los materiales caducados almacenados en los quirófanos.

Metodología

La enfermería del servicio de medicina preventiva durante los controles periódicos de verificación de la bioseguridad ambiental realizados durante los meses de enero y febrero en los quirófanos, realizó revisiones aleatorias de la caducidad de los materiales almacenados en estos detectando oportunidades de mejora. En febrero se realizó una reunión con los supervisores de quirófano, esterilización y supervisor de área para plantear las siguientes intervenciones: protocolizar la revisión mensual de la caducidad de materiales reprocesados, establecer el envío a los quirófanos de un informe mensual desde esterilización (sistema de trazabilidad) con los materiales próximos a caducar, introducir los materiales sueltos en el registro de la trazabilidad de la central de esterilización, realizar revisiones trimestrales aleatorias de los materiales almacenados en los quirófanos por parte de la enfermería de preventiva.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En total entre enero y mayo se retiraron 257 bolsas caducadas y 9 cajas (bolsa/caja): en enero 33/1, en febrero 32/1, en marzo 120/2, en abril 46/3, y en mayo 29/13. Los resultados de los controles aleatorios de medicina preventiva fueron para (bolsas/cajas): enero Trauma 23/0, URO 6/0, CGD 0/1, GINE 10/0, en febrero Trauma 0/2, CGD 15/1, Maxilo 34/0, otros 15/0 y URO 0/1 y en mayo 1 bolsa, en total medicina preventiva identifiqué 104 bolsas sueltas y 5 cajas. Por especialidades los porcentajes de materiales caducados fueron para (bolsas/cajas): Trauma 57.3/45,4%, CGD 12,0/22,7 %, URO 9,2/13,7%, MAXILO 5/0%, GINE 7/4,5%, ORL 5/0%, otros 4/13,7%.

Conclusiones

La protocolización de la revisión de la caducidad de los materiales sanitarios y el trabajo colaborativo entre quirófanos, central de esterilización y medicina preventiva disminuye el número de materiales caducados almacenados en los quirófanos. Los materiales de traumatología son los que presentan un mayor porcentaje de caducidades, es necesario dar de baja los materiales obsoletos de esta especialidad para evitar la acumulación de materiales caducados en desuso y mejorar la seguridad del paciente.

¿ESTAMOS APLICANDO CORRECTAMENTE TODAS LAS MEDIDAS PARA REDUCIR LA ILQ?

SARAY MARTÍN MONTEAGUDO¹; ESTHER ARRIETA CERDÁN²; MONTSERRAT ALCALDE MARTÍN²; TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ²; ALBERTO VEGAS MIGUEL²; ÁLVARO MUÑOZ GALINDO²

¹COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, ²GERENCIA REGIONAL DE SALUD (SACYL)// CASTILLA Y LEÓN

ID: 15530

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La infección de localización quirúrgica (ILQ) es la infección nosocomial más frecuente en España según los datos del estudio EPINE 2022. Su vigilancia está recogida en los protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), siendo actualmente 5 los procedimientos quirúrgicos en los que es obligatorio realizar esta vigilancia, aunque algunos hospitales vigilan también más procedimientos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer la relación entre la adecuación de la profilaxis antibiótica y el resto de medidas del proyecto IQZ (antisepsia, eliminación del vello, normotermia y normoglucemia) con la incidencia de ILQ.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo a partir de los datos de vigilancia de ILQ de los años 2021 y 2022 de los hospitales de nivel 2 de nuestra comunidad autónoma, incluyendo todos los procedimientos quirúrgicos vigilados. La fuente de datos fue la herramienta institucional utilizada en nuestra CA para realizar la vigilancia de las IRAS. Se calculó el porcentaje de aplicación correcta de cada medida preventiva, la incidencia de ILQ según su aplicación y la significación estadística.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se incluyeron 3816 episodios vigilados. En el 93,8% de los episodios (n=3580) la profilaxis antibiótica (PA) fue adecuada, con una tasa de incidencia de ILQ de 2,5% en este grupo frente a 5,5% en el grupo en el que la PA no fue adecuada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Respecto a la antisepsia, se aplicó correctamente en el 98,7% de los casos (n=1038), con una incidencia de ILQ de 4,5% en este grupo vs 7,1% en el grupo en que no se aplicó correctamente. En cuanto a la eliminación del vello, se realizó de forma correcta en el 97,7% de los casos (n=1009), con una tasa de incidencia de ILQ de 4,3% frente a 12,5% en el grupo en que no se realizó correctamente. El control de la normotermia fue adecuado en el 99,5% de los casos (n=1110), con una incidencia de ILQ de 4,5% vs 0% en el grupo en el que no fue adecuada. Por último, el control de la normoglucemia se realizó correctamente en el 96,2% de los episodios (n=1099), con una incidencia de ILQ de 4,5% frente a 6,8% en el grupo en que no se realizó correctamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación correcta de estas 4 medidas del proyecto IQZ y la incidencia de ILQ.

Conclusiones

La correcta administración de la profilaxis antibiótica ha demostrado ser la medida más eficaz en la reducción de la ILQ, por lo que es necesario adaptar las guías de profilaxis antibiótica de cada centro y difundirlas entre los profesionales implicados. Sin embargo, es importante también aplicar correctamente el resto de medidas preventivas para prevenir la ILQ siempre que esté indicado. En nuestro estudio, los resultados pueden estar influidos por el reducido tamaño muestral, ya que estas medidas no se aplican en todos los procedimientos quirúrgicos ni se recogen los datos en todos los hospitales.

DISEÑO Y ESTANDARIZACION DE UNA TRAYECTORIA DE OPTIMIZACION PREQUIRÚRGICA COMO GARANTIA DE CALIDAD ASISTENCIAL

MARIA FRAILE VILARRASA; RAFAEL MARTOS MARTINEZ; IGNACIO MAESTRE MULAS; LAURA ALFARO CADENAS; ITZIAR ORTEGA GOMEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17319

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La alteración de ciertos valores en las pruebas preoperatorias antes de una cirugía, se relacionan de manera inequívoca con un aumento de las complicaciones tanto inmediatas como diferidas de la cirugía y unos resultados peores tras su realización. Uno de los valores con una correlación más sólida con el aumento de complicaciones es la anemia concretada en valores de hemoglobina baja (<10 mg/dl) El estudio preoperatorio de los pacientes no solo es necesario para conocer esta circunstancia, sino para instaurar medidas para solucionarlas, en un proceso de optimización preoperatoria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Exponer el diseño e inicio en la aplicación de una trayectoria de optimización prequirúrgica, detectando pacientes con mayor riesgo de complicaciones por anemia que permita la aplicabilidad de medidas correctoras de manera estandarizada y garantice la realización de cualquier procedimiento quirúrgico con la máxima seguridad y calidad, aprovechando las herramientas y nuevas tecnologías que eviten los errores y las circunstancias que pongan en riesgo el resultado por situaciones prevenibles

Se ha diseñado en colaboración entre cirugía general, hematología y el departamento de informática, un circuito automatizado en la detección de valores de hemoglobina <10 mg /dl preoperatoria, y una valoración no presencial por hematología, para diseñar una optimización del 100% de los pacientes que presentan anemia

Se incluirán 150 pacientes consecutivos que vayan a ser sometidos a cirugía con ingreso en servicio de cirugía general, en una primera fase piloto durante año 2023, para posteriormente extenderlo a otros servicios quirúrgicos (Traumatología, urología, ginecología, cirugía torácica y cirugía vascular). En una tercera fase se aplicara el diseño a la detección y subsanación de problemas nutricionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se consigue que al detectarse ese valor, de manera automática se genera en laboratorio una ampliación de la analítica preoperatoria con una estudio ferrocínético de anemia, y una valoración no presencial en la agenda de hematología. El hematólogo valora el estudio analítico y decide las medidas a tomar, incluyendo la gestión de una solicitud de transfusión en hospital de día médico, 3-5 días antes de la cirugía, que se agenda en el momento en el que se programa el paciente en quirófano.

El circuito se activa en el 8,7%% de los pacientes que se van a ser intervenidos de procesos de cirugía mayor en régimen de ingreso. En la totalidad de estos pacientes se ha gestionado tanto tratamiento con suplementos de hierro iv. como transfusión prequirúrgica en el hospital de día. En 3 pacientes de detectaron situaciones de grupo sanguíneo de difícil compatibilidad que permitió la preparación de la cirugía en mejores condiciones.

LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES COMO CONDICIÓN NECESARIA EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

FRANCISCO JOSÉ DÍAZ MARTÍNEZ; ANDREA MARTÍNEZ AGUILAR; ESTHER CÁNOVAS ALCÁZAR; RAQUEL LAX PÉREZ; FRANCISCO LAJARA MARCO; VICENTE JESÚS LEÓN MUÑOZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17353

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID-19 supuso desde su declaración en marzo de 2020 la cancelación de millones de cirugías no urgentes o electivas a nivel global. El riesgo de complicaciones quirúrgicas en los pacientes infectados o que padecieron la enfermedad de forma reciente, así como, de contagio de los profesionales sanitarios, motivó la necesidad de implementar protocolos de screening de infección por SARS-CoV-2 previos a cirugía en pacientes asintomáticos. Esta medida originó una importante controversia por lo que consideramos necesario evaluar su utilidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal ha sido analizar la utilidad de la realización de PCR de exudado nasofaríngeo 24-72 horas antes de una cirugía electiva o de forma inmediata en caso de cirugía urgente, como medida de prevención del contagio al personal sanitario. Así mismo, estudiar las situaciones en las que se ha evitado el riesgo de contagio a los trabajadores sanitarios mediante la suspensión o aplazamiento de la cirugía programada en asintomáticos.

Diseñamos un estudio de prevalencia, descriptivo observacional, de los pacientes intervenidos en nuestro centro (Hospital General Universitario Reina Sofía), en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología desde el 13 diciembre de 2021 hasta el 30 de enero de 2022 (sexto periodo de la pandemia) a los que se les había realizado screening para SARS-CoV2 previo a cirugía.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El análisis se llevó a cabo en una muestra de 300 pacientes, 165 mujeres (55%) con una media de edad de 56,65 años. El 89% de las cirugías realizadas fueron programadas. La prevalencia de PCR preoperatoria positiva en pacientes asintomáticos fue de 37 casos (12,33%), 32 programados (11,99%) siendo su cirugía suspendida o aplazada y 5 urgentes (15,15%), intervenidos con medidas específicas según protocolo COVID-19.

En nuestro centro disminuyó el riesgo de que un 12,33% de pacientes infectados por COVID-19 asintomáticos, pudieran transmitir el virus y contagiar al personal sanitario. En el caso de los pacientes de cirugía electiva, al realizarse la PCR previa al ingreso, el paciente positivo no llegó a ingresar por lo que se evitaron todos los contactos del circuito de cirugía programada.

Cada prueba PCR preoperatoria evitó 2,16 potenciales contagios de profesionales en pacientes de cirugía electiva y 2,27 en cirugía urgente.

Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) el número de infecciones por el virus de la COVID-19 entre los trabajadores de la salud fue mucho mayor que entre la población general. Aunque no se ha podido establecer con absoluta certeza el origen de la infección de los trabajadores sanitarios, nos recomendó en septiembre de 2019 "Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes".

Observando los resultados obtenidos y tras la revisión bibliográfica realizada podemos concluir que, la implementación de esta medida supuso una importante mejora de la seguridad tanto de los profesionales como de los pacientes.

EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO: UNA MEJORA CONTÍNUA BASADA EN LOS RESULTADOS

M^a CARMEN BERBÍS MORELLÓ¹; HELENA ESCODA ALGUERÓ¹; VICTORIA SALVADOR TENA¹; JESÚS ESTEVE FERRAN¹; OLIVIA HERNANDEZ VILLEN¹; MONTSERRAT GENS BARBERA (2)

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII, ²TERRITORIAL CAMP DE TARRAGONA//CATALUÑA

ID: 17481

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Entre el 30-80% de los pacientes experimentan dolor agudo postoperatorio (DAP) moderado-intenso después de las 24 horas del postoperatorio, aunque exista un mejor conocimiento fisiopatológico, la utilización de nuevas tecnologías y fármacos analgésicos, la publicación de nuevas guías y la creación de Unidades de Dolor Agudo (UDA).

En el ámbito del estudio, existe una falta de registro respecto a la valoración del dolor posteriormente a la administración de la analgesia. El profesional registra la efectividad de la analgesia administrada en el curso clínico.

Actualmente, gracias al avance de nuevas tecnologías, el registro se puede realizar a través de variables estructuradas, permitiendo su explotación y obteniendo informes de datos y comparar-los con otros centros hospitalarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La existencia de un listado de verificación, con la aplicación de metodología PDSA de mejora continua, aplicada al registro de la evaluación del dolor del paciente postquirúrgico, es capaz de generar, al final del año, una adherencia al registro superior al 20%.

Se propone diseñar un instrumento actualizable, con capacidad de adaptación, que permita la verificación de condiciones necesarias para el control del dolor postoperatorio. Esto nos ayudará a mejorar la seguridad del paciente en el entorno asistencial, incorporando la aplicación PROSP.CAT en las estrategias proactivas de la organización y gestionar el riesgo evitable.

La implantación de un listado de verificación nos permitirá obtener datos concretos y a partir de ellos, planificar programas de formación específicos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se crea un listado de verificación al PROSP.CAT con respuestas dicotómicas (SI/NO) y con la opción de registrar una respuesta NA (No Aplica) que indique la ausencia o imposibilidad de evaluación del elemento que se está verificando en caso de no cumplir los criterios para una evaluación dicotómica, y una respuesta NP (No Prescrito).

La lista de verificación se divide en dos subdivisiones específicas: previo a la administración del medicamento y posterior a la administración del medicamento. Cada una de ellas contiene indicadores específicos del cumplimiento de la norma evaluada.

Asimismo, se asigna un espacio para identificar las recomendaciones de mejora por parte del auditor, con el objetivo de planificar acciones que permitan corregir los errores y solicitar un nuevo proceso de auditoría.

Conclusiones

El registro inadecuado de la evaluación del dolor en el paciente postquirúrgico nos ha permitido considerar la elaboración de un listado de verificación, para mejorar la calidad del registro y monitorizar los niveles de dolor de la persona atendida.

Asimismo, nos permitirá elaborar adecuados protocolos analgésicos y disminuir de manera significativa, la prevalencia del dolor postoperatorio.

TODOS A LA UNA EN PEDIATRÍA

MARTA MARTÍN MARQUÉS; DAVID PASCUAL CARBONELL; JORDINA PELEJERO MANZANO (2); ANDREA REVERT BARGUES; ROCÍO MARÍA SERRANO GIRALDE; MARÍA DEL MAR ALBÚJAR FONT

HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII// CATALUÑA

ID: 15299

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Una de las poblaciones más afectadas por los errores de medicación es la población pediátrica, aún más aquellos en cuidados intensivos y en urgencias. A raíz de la notificación de dos errores de medicación relacionados con el uso de antibióticos. A un paciente neonato se le administró un volumen excesivo de antibiótico según su peso, y a otro no se le inició la administración del tratamiento antibiótico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Unificar criterios y pautas de tratamientos con antimicrobianos en todas las unidades con pacientes pediátricos, que fueron la unidad de maternidad y de pediatría, UCI neonatal y pediátrica.

Después de la notificación de los errores a través de la plataforma SNI SP Cat con un riesgo moderado, se programaron reuniones bisemanales entre los miembros del equipo PROA pediátrico, la jefa de sección de neonatología y la enfermera de práctica avanzada y supervisora del servicio de pediatría con tal de analizar los riesgos en las pautas y administraciones de antibióticos.

Se unificaron, desde el Servicio de Farmacia, los criterios de preparación y de administración de los antibióticos más frecuentes (ampicilina, gentamicina, cefotaxima, clindamicina, cloxacilina, vancomicina y piperacilina-tazobactam (PZT)), en todas las unidades con paciente pediátrico (UCI neonatal y pediátrica, unidad de pediatría y de maternidad).

Se revisaron los protocolos del centro y se modificaron pautas. Una de ellas constaba de la administración de los antibióticos de la familia de los betalactámicos en perfusión extendida (PVE), antes de realizar un cambio a otra familia, garantizando así una correcta exposición al fármaco por sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas. Para ello, se introdujeron fármacos ya predefinidos como PVE con los consejos de prescripción y administración. En el caso de la PZT, en indicación de apendicitis complicada, se protocolizó como perfusión venosa continua (PVC).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron diversas sesiones de formación para el personal de enfermería.

Se han implantado y se usan las PVE y PVC. A raíz de su uso, enfermería solicitó una tabla de compatibilidades entre el tratamiento antibiótico y la medicación más habitual concomitante, como es la analgesia, los antieméticos y la protección gástrica. Se elaboró esta tabla y se colgó en el control de enfermería para más fácil acceso. Además, las PVC fueron elaboradas en bombas de infusión como las preparadas a hospitalización a domicilio, para facilitar la de ambulancia del paciente.

Desde la implantación de estas modificaciones, no se han notificado más errores en el programa SNI SP Cat, referente a este tipo de medicación.

La seguridad del paciente debe ser un pilar fundamental para la asistencia sanitaria, y más aún aquellos más vulnerables como son los pacientes pediátricos. Es imprescindible darle la importancia necesaria al uso seguro de los medicamentos e implementar mejoras como las que presentamos en nuestro centro, con tal de prevenir potenciales errores y garantizar la seguridad del paciente.

PEQUEÑOS GESTOS: GRANDES BENEFICIOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARÍA ANTONIA RODRÍGUEZ MOLINA; FRANCISCO DE ASÍS VALIENTE BORREGO; CARMEN LUCAS RODRÍGUEZ; CARMEN CABALLERO FRANCO; JOSE MARÍA SORIANO MOLINA; NURIA GARCÍA SÁNCHEZ

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15460

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente surge con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes. El proceso farmacoterapéutico es muy complejo y en él intervienen diferentes actores. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Para poder prevenirlos se necesita la participación y esfuerzo de todos los implicados, y el impulso de las organizaciones sanitarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde la Unidad de Formación de nuestra Gerencia, impulsada por la Dirección de Enfermería, se programa una acción formativa en el Uso Seguro del Medicamento para los profesionales de enfermería del Área, con participación activa del Servicio de Farmacia, quien, a raíz de dicha actividad, realiza una autoevaluación cuyo objetivo es potenciar las áreas que puedan contribuir al uso seguro del medicamento. Para ello, se revisan las recomendaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y se analizan las mejoras que podríamos implantar desde nuestro servicio en beneficio de la seguridad del paciente. Este análisis se realiza de manera multidisciplinar incluyendo tanto al personal del Servicio de Farmacia (farmacéuticos y personal de enfermería) como a la enfermería asistencial del Área de Salud.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como resultados se adoptaron una serie de medidas que incluyeron: Potenciación de Instrucciones de Administración de los fármacos en el programa MIRA (prescripción, validación y administración electrónica), desterrando las Instrucciones en papel para pacientes hospitalizados, Impulso del circuito seguro de Cestas en el programa MIRA para la solicitud a Farmacia de medicamentos de pacientes hospitalizados, Adquisición de sueros prediluidos de potasio, Uso de doble identificación del paciente en los fármacos dispensados desde el Servicio de Farmacia, Implantación de plumas de insulina individuales, Reenvasado de fármacos líquidos en jeringas orales, Identificación con etiqueta estéril de jeringas de medicamentos elaborados en la Sala Blanca de Farmacia para ser usados en el campo quirúrgico, Inclusión en los anexos de MIRA de información relevante (tabla de fármacos asociados a flebitis y recomendaciones en su administración, excipientes de declaración obligatoria, Listado de Nutriciones disponibles en nuestra guía farmacoterapéutica..), y otras. En conclusión, todas estas medidas han contribuido de manera activa a mejorar la seguridad del paciente en relación al Uso Seguro del Medicamento en nuestra organización, y a su vez han potenciado la implicación de los profesionales a participar en grupos multidisciplinarios para detectar áreas de mejora e integrar en la práctica diaria estos pequeños gestos de seguridad que, sin duda, tienen un efecto positivo tanto en los pacientes como en ellos mismos.

EVOLUCIÓN DE 2020 A 2023 EN AUTOEVALUACIÓN DE SEGURIDAD DEL SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN MEDICINA INTENSIVA

CRISTINA SAN ANDRÉS CORRAL; MIGUEL SERRANO GARCÍA; MARÍA ZAZU VIVES; MARÍA CONSUELO PINTADO DELGADO; EMILIO LOSADA NEVADO; MARTA MACÍAS MAROTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15466

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) presentan una serie de características que les convierten en áreas con especial riesgo de que se produzcan errores de medicación debido a que muchos de los medicamentos utilizados son de alto riesgo y se administran por vía intravenosa, a la gravedad y complejidad de los pacientes y a la necesidad de una comunicación estrecha entre los profesionales que atienden al paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Identificar los riesgos de los sistemas y procedimientos realizados en el SMI para mejorar de la seguridad del paciente.

En 2020 y 2023 se realizó el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva”, publicado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) y otros grupos de trabajo, una herramienta de mejora de la calidad que permite evaluar cada uno de los elementos esenciales que condicionan la seguridad de los medicamentos en este ámbito, identificar los puntos críticos de riesgo y oportunidades de mejora y planificar las prácticas seguras a implantar para minimizar el riesgo de errores.

Cada ítem de evaluación fue valorado por un equipo multidisciplinar con respecto a su implantación en el SMI utilizando un baremo con 5 posibilidades, con puntuación variable para cada ítem.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos fueron los siguientes (2023/2020):

- Puntuación total del cuestionario (70,62%/51,56%)
- Información de los pacientes y de los medicamentos (62,77%/34,04%)
- Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación (90,13%/65,79%)
- Incorporación de farmacéuticos (51,35%/52,7%)
- Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos (87,5%/62,5%)
- Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos (63,31%/51,21%)
- Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos (73,08%/73,08%)
- Factores del entorno y recursos humanos (78,33%/50%)
- Competencia y formación del personal (50%/44,23%)
- Educación a pacientes o familiares (78,57%/71,43%)
- Programas de calidad y gestión de riesgos (83,65%/45,19%)

Se ha obtenido un aumento del 19,06% en la nota de evaluación global suponiendo una gran evolución en la seguridad del paciente en 3 años.

Se ha producido una mejora en todos los ítems analizados, excepto en el apartado que valoraba la incorporación de farmacéuticos, aunque la inclusión de éstos en el equipo ha favorecido la mejora de otros puntos con buenos resultados, como la información sobre medicación.

Es fundamental repetir el cuestionario de forma periódica, no solo para localizar puntos de mejora, sino también para detectar aspectos que puedan quedar estancados o empeorar con el tiempo.

SELECCIÓN DE RECOMENDACIONES NO HACER CON ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

MARÍA VICTORIA HERNÁNDEZ JARAS; ADRIANA GIMÉNEZ CABRERA; IZASKUN PRIETO BARRIO; MARÍA JOSEFA GONZÁLEZ SÁNCHEZ; TIRSO ALONSO ARES; ASUNCIÓN COLOMER ROSAS

SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS DE MADRID SUMMA 112// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15479

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La sobreutilización de los recursos sanitarios es un problema que impacta negativamente sobre el gasto sanitario, la eficiencia y efectividad de la asistencia. Hay numerosas prácticas clínicas que por su escaso valor no reportan ningún beneficio a los pacientes, pudiéndoles incluso poner en riesgo de sufrir daños evitables, además de suponer un derroche de recursos sanitarios y sociales y carecer de evidencia científica.

Desde primeros de los 2000 han ido surgiendo diferentes iniciativas para identificar estas prácticas y en poco tiempo han proliferado recomendaciones “No Hacer” procedentes de organizaciones nacionales e internacionales.

Las recomendaciones No Hacer referidas al uso de antibióticos y antimicrobianos (AB), cuentan con un valor añadido pues el uso inadecuado de AB no sólo afecta individualmente al paciente al que se administran, también tiene consecuencias sobre sus contactos, la comunidad y la población microbiana.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Seleccionar las recomendaciones No Hacer relacionadas con el uso de AB, en el marco del Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) de un servicio de urgencias y emergencias extra hospitalario (SEM).

Métodos

1º.- Grupo de trabajo formado por miembros del grupo PROA, de las comisiones de Farmacia, Seguridad Clínica y Patología Infecciosa del SEM. Autoformación.

2º.-Revisión de las recomendaciones No Hacer de las principales organizaciones nacionales recogidas en la iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas: GuíaSalud, Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), principales sociedades científicas nacionales de interés en SEM (urgencias, atención primaria, pediatría, paciente crítico, farmacia..), e internacionales (Choosing Wisely, NICE).

2º.- Criterios de selección. Recomendaciones No Hacer relacionadas con:

- las infecciones más prevalentes atendidas en SEM
- uso adecuado de AB de uso habitual en SEM
- test de diagnóstico rápido, cuidados con utilización de AB y antisépticos
- otras prácticas de interés.

3º.- Presentación, difusión en la Jornada de Uso Prudente de Antibióticos e implementación en la formación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se seleccionaron un total de 24 recomendaciones No Hacer.

Su clasificación por aparatos y temática fue: 5 ORL, 3 respiratorio, 1 ocular, 5 tracto urinario, 1 digestivo, 2 piel y tejidos blandos, 4 cuidados en heridas y úlceras, y 3 más sobre uso adecuado de AB en general.

Se presentaron en la Jornada con información adicional en la que se basa cada recomendación y la organización/es de la que procede.

Conclusiones

Facilitar a los profesionales sanitarios información con evidencia científica con el objetivo disminuir prácticas innecesarias, sin eficacia demostrada o dudosa, o que no son coste-efectivas, contribuye a la mejora de la seguridad del paciente; y en el caso particular de los AB a la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos que es una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo.

ELECCIÓN DEL ACCESO VASCULAR SEGÚN TERAPIA INTRAVENOSA. UNA MEDIDA DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

SONIA GOMIS BALDOVÍ; MARIA MAÑEZ GUARINOS; EVA HERNÁNDEZ LORENTE; PAULA GARCIA LLOPIS (3); M^ªANTONIA GÓMEZ IBORRA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 16594

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La terapia endovenosa es un tratamiento habitual en los pacientes hospitalizados, estimándose una prevalencia de un 80% en los enfermeros ingresados. El tipo de infusión a administrar es un criterio imprescindible para tener presente con el fin de preservar el patrimonio venoso del paciente y evitar eventos adversos relacionados con la administración de fármacos. El Hospital Universitario de la Ribera es un centro adherido al Programa INCATIV y por ello de manera programada se realizan auditorias, con el fin de monitorizar la calidad de la terapia intravenosa. La evaluación de la adecuación del acceso y dispositivo vascular empleado según PH, Osmolaridad y agresión tisular de los fármacos administrados, aporta un plus a los resultados obtenidos por INCATIV y permiten detectar áreas de mejora y establecer medidas proactivas de seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar si el acceso y dispositivo vascular empleado es el idóneo según la terapia intravenosa prescrita, osmolalidad, pH y agresión tisular del fármaco. Detectar áreas de mejora relacionadas con la terapia intravenosa, que permitan establecer medidas de prevención de eventos adversos.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal de los pacientes adultos hospitalizados con acceso vascular y terapia endovenosa, coincidiendo con el corte planificado dentro del programa INCATIV. Se analizó la medicación y fluidos administrados, determinando su osmolalidad, pH, características vesicantes y adecuación del acceso vascular, según algoritmo de selección publicado por Manrique-Rodríguez et al.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El 76,8% de los pacientes eran portadores de un acceso vascular, siendo el dispositivo más prevalente (80,5%) el catéter venoso periférico corto. Se determinaron 487 administraciones de fármacos por vía intravenosa, siendo en un 16,4% fármacos de riesgo alto y en un 38,6% de riesgo medio. De las 80 diluciones de medicamentos de riesgo alto, la mayoría (81%) se administraron a través de un catéter venoso periférico, el 11% a través de un PICC y el 8% a través de un CVC. Las 188 administraciones de medicaciones de riesgo moderado también se realizaron mayoritariamente a través de un CVP (73%).

Conclusiones

La administración de diluciones de medicamentos considerados como de alto riesgo de daño tisular, se realiza con mayor prevalencia a través de un catéter venoso periférico, cuando se deberían de emplear preferentemente catéteres de línea media o centrales. Por lo tanto es necesario realizar intervenciones, que permitan al profesional identificar claramente dichos fármacos y proceder al adecuado abordaje y selección de dispositivo vascular, con el fin de preservar el patrimonio venoso del paciente y evitar eventos adversos relacionados con la terapia intravenosa.

ESTANDARIZACIÓN DE LOS MALETINES DOMICILIARIOS DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

GEORGINA VIDAL MANSILLA; RAQUEL GIRONA REAL; CARME GRAU PÉREZ; JOSEP AGUILAR URPI; JOSE JOAQUIN GERONA ALARCON; ANNA BALAUDER CARRERA

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALT CAMP EST// CATALUÑA

ID: 17221

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Una de las características que influyen más en la atención segura a los pacientes en las zonas rurales, es la dispersión y la dificultad para disponer de recursos de atención inmediatos cercanos. Es vital poder disponer de todo el material y fármacos necesarios en el momento y lugar donde se precise.

En nuestro territorio se realizó un procedimiento de atención urgente en 2012 donde se hizo una recogida por consenso de grupo del maletín, carro y box de urgencias y se hizo una revisión y actualización en 2022 observando que excedía las necesidades de los maletines de los consultorios locales.

Nuestro equipo está situado en un territorio formado por 1 Centro de Atención Primaria y 16 consultorios locales (CL) y tiene una amplia dispersión geográfica de más de 30km. Está formado por 12 médicos de familia y 14 enfermeras que dan servicio a 17 pueblos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Disponer de un maletín estandarizado de material y fármacos para la atención domiciliaria urgente los consultorios rurales de nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) para garantizar una atención segura.

Metodología

Utilización de la metodología del PDSA para consensuar y validar un procedimiento de contenido y distribución del maletín de atención domiciliaria urgente. Realización de un diagnóstico de la situación de los maletines de los consultorios locales a través de una auditoría in situ. Creación de un equipo de trabajo multidisciplinar para consensuar el contenido y distribución del material del maletín de los consultorios. Redacción del nuevo procedimiento de los maletines de los consultorios locales. Difusión entre los profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Grupo de trabajo creado. Auditoría realizada. Consenso del contenido y listado de material clínico y fármacos del maletín. Actualización del procedimiento. Sesión clínica de difusión realizada. Evaluación del cumplimiento planificada en seis meses.

Conclusiones

Un área crítica de la seguridad del paciente es el proceso de atención urgente, sobre todo cuando se realiza fuera del entorno sanitario, por ejemplo. En estas situaciones se precisa un maletín externo que se adapte a las necesidades de la atención domiciliaria en el medio rural que se caracteriza por una amplia dispersión geográfica y múltiples consultorios locales. Para garantizar la uniformidad, disminuir la variabilidad y minimizar los riesgos y errores y por tanto, para mejorar la seguridad del paciente, se requiere la estandarización de los procesos.

Adaptar de manera consensuada con el liderazgo de los responsables de calidad i seguridad del EAP fomenta el trabajo en equipo, la cultura de seguridad del paciente y garantiza una correcta implantación.

LA DOSIS DIFERENCIA UN VENENO DE UN REMEDIO

PURI MAGÁN TAPIA¹; HENAR MARTÍNEZ SANZ²; ISABEL SANTAOLALLA GARCÍA ²; MARTA BERNALDO DE QUIRÓS MARTÍN²; GENMA SILVA RIÁDIGOS²; JOSÉ MANUEL IZQUIERDO PALOMARES²

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA,²SERVICIO DE FARMACIA. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17250

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La introducción en el catálogo de farmacia de los centros de salud (CS) de una nueva presentación de midazolam ampollas, coexistiendo midazolam 5mg/5 mL (1mg/mL) y midazolam 15mg/3mL (5mg/mL) junto con la isoaparancia de ambas ampollas puede provocar errores de medicación (EM). El midazolam IV está incluido en la lista de medicamentos de alto riesgo utilizándose en situaciones de alto riesgo lo que aumenta la probabilidad de EM potencialmente graves.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Reducir la probabilidad de aparición de EM relacionados con el uso de midazolam en los CS de una comunidad autónoma.

Se constituyó un grupo (GdT) con profesionales que participan en todas las etapas del proceso (petición, almacenaje, prescripción y administración) para realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Se identificaron 26 posibles modos de fallo (petición inadecuada del medicamento al Servicio de Farmacia, colocar las dos concentraciones en misma gaveta, errores en la dosis o vía de administración, etc.) Las causas más comunes fueron la similitud de las ampollas, las interrupciones, olvido/despiste, la falta de tiempo y la falta de experiencia del profesional. Los efectos se consideraron como graves y muy graves y la priorización se realizó según la factibilidad en el abordaje de las causas.

Algunas causas priorizadas fueron: ubicación incorrecta, similitud de las presentaciones, prescripción en mL en vez de en mg, orden de prescripción verbal, falta de procedimiento para la indicación/administración.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han implementado las siguientes acciones de mejora:

- A nivel de Gerencia se ha incluido la revisión del almacenaje y etiquetado del midazolam en las rondas de seguridad.
- En el S^o de Farmacia: dispensación de midazolam 15mg/3mL fuera del circuito habitual en sobres con etiquetas llamativas que avisan del riesgo, diseño de etiquetas identificativas para los cajetines de los botiquines, realizar doble chequeo en la preparación de pedidos, almacenar las ampollas con diferentes concentraciones en lugares claramente diferenciados, formación a los profesionales sobre el almacenaje, realizar auditorías de los botiquines. Se ha elaborado una hoja informativa con las imágenes de las ampollas, su indicación, vía de administración, etc.
- En los CS: almacenar las ampollas de distintas concentraciones en cajetines diferentes correctamente identificados, realizar doble chequeo, comprobar antes de administrar y evitar interrupciones, etc.

El GdT elaboró un documento que se difundió a todos CS con recomendaciones: prescribir la dosis en mg y en ml, por escrito; realizar doble chequeo; comprobar la dosis, concentración, vía, integridad y caducidad antes de administrar; notificar los posibles EM, etc.

Desde marzo hasta el momento actual no se ha notificado ningún EM relacionado con midazolam.

Este proyecto ha permitido diseñar acciones de mejora y preventivas en el proceso de manejo del midazolam en toda la Gerencia para incrementar la fiabilidad y la seguridad del mismo.

ESTANDARIZACIÓN DEL MATERIAL Y FÁRMACOS DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

GEORGINA VIDAL MANSILLA; CARMEN GRAU PÉREZ; JOSEP AGUILAR URPI; RAQUEL GIRONA REAL; ANNA BALAUDER CARRERA; GEMMA CANDO GUASCH

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA ALT CAMP EST// CATALUÑA

ID: 17342

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Nuestro equipo está situado en un territorio con una amplia dispersión geográfica de más de 30km y está formado por 1 Centro de Atención Primaria y 16 consultorios locales (CL). Actualmente nuestro equipo tiene 11 médicos de familia y 14 enfermeras que dan servicio a 17 pueblos.

Cada CL presenta una estructura diferente tanto en la ubicación de sus consultas, como del sistema de almacenaje utilizado. Por motivos organizativos (bajas, vacaciones, etc.) ante la ausencia de un profesional sanitario, se desplaza un compañero de otro consultorio para atender a los pacientes.

Es importante poder disponer de todo el material y fármacos de forma ágil para la correcta atención sanitaria, en nuestro equipo se detectó mediante auditorias una gran variabilidad en la ubicación de los materiales y medicación de los mismos que se transmitió a la dirección y la responsable de calidad.

A nivel gerencial existe un procedimiento de revisión de consultas que se podía adaptar para estandarizar el material y fármacos de los CL.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Disponer de los módulos unificados de consulta de material y fármacos en los consultorios rurales de nuestro Equipo de Atención Primaria (EAP) para garantizar una atención segura.

Metodología

Utilización de la metodología del PDSA para consensuar y validar un procedimiento de contenido y distribución del material y los fármacos de los consultorios. Diagnóstico de la situación de a través de una auditoria in situ en cada centro. Creación de dos equipos de trabajo, uno por enfermeras y auxiliares donde se trabajó el material necesario para cada módulo y la medicación y apósitos relacionados con este estamento; el otro equipo formado por médicos consensuó la medicación necesaria. Validación con el responsable de farmacia de la Dirección de Atención Primaria de los fármacos consensuados. Redacción del nuevo procedimiento de material y fármacos de los CL. Difusión entre los profesionales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Grupo de trabajo creado. Auditoría realizada. Consenso del contenido y listado del material clínico y fármacos del CL. Validación realizada. Procedimiento redactado. Sesión clínica de difusión realizada. Evaluación del cumplimiento planificado en 6 meses.

Conclusiones

Un área importante de la seguridad del paciente es el proceso de atención, que tiene que tender a la excelencia. En estas situaciones se precisa una estandarización de los CL ya que se caracterizan por una amplia dispersión geográfica y que la falta de alguno de los materiales y/o fármacos puede dificultar la atención poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

Para garantizar la uniformidad, disminuir la variabilidad y minimizar los riesgos y errores y por tanto, para mejorar la seguridad del paciente, se requiere la estandarización de los procesos.

Adaptar de manera consensuada con el liderazgo de los responsables de calidad i seguridad del EAP fomenta el trabajo en equipo, la cultura de seguridad del paciente y garantiza una correcta implantación.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

MARINA GARCÍA GARRIDO; EVA BARRANQUERO TOMÁS; ISABEL JURADO ESCUDERO; ALBA PALAZÓN MORENO
H.G.U.MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14023

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Rehabilitación no es una especialidad hospitalaria ni quirúrgica. Su labor principal se realiza en consulta, aunque tiene el añadido de tener el gimnasio de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y en ocasiones planta de hospitalización. Así, los eventos que ocurren en su entorno no están bien definidos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar, según la opinión de expertos, cuáles son los problemas de seguridad del paciente más frecuentes en los servicios de Rehabilitación del Servicio regional de Salud.

Metodología

La inexistencia de información previa disponible sobre el tema y considerando necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada, se ha optado por la técnica del grupo focal inicialmente. En una segunda fase, en base a los datos obtenidos se ha elaborado un cuestionario estructurado en distintos bloques en función de las categorías de los problemas de seguridad del paciente, con respuesta múltiple, usando escala liker de 1 a 5 sobre nivel de acuerdo. En una tercera fase, mediante el método Delphy, usando el cuestionario anterior, se ha obtenido por consenso el listado problemas de seguridad del paciente según relevancia en rehabilitación. Para considerar si había acuerdo se ha tenido en cuenta la media de las respuestas y un rango intercuartílico inferior a 2.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han realizado 3 grupos focales con participación de 15 profesionales. El cuestionario se ha elaborado con frases recogidas durante estas reuniones y consta de 49 preguntas. Se ha obtenido la respuesta de 30 profesionales, 17 rehabilitadores y 13 fisioterapeutas. Se han precisado dos rondas, aclarando términos en las preguntas donde no había acuerdo (13 preguntas). Finalmente se ha obtenido el listado de causas que puede dar origen a problemas de seguridad en Rehabilitación.

Conclusiones

Hemos obtenido mediante investigación cualitativa el listado de problemas de seguridad del paciente que, en opinión de expertos, pueden darse en Rehabilitación.

MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

FRANCISCA PUERTA FERNÁNDEZ; JOSÉ FERNÁNDEZ DE MAYA; MARIA JOSE MIRALLES PARRES; JOAQUIN VINADER MARCO; FERNANDO ROMAN FUENTES; ELSA POMARES CUEVAS

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL VINALOPÓ// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15056

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Dentro de los abordajes proactivos se encuentran los mapas de riesgos o análisis modal de fallos. Los objetivos de la metodología AMFE son: Identificar posibles fallos del sistema, minimizar o eliminar riesgos, prevenir eventos adversos derivados de los riesgos y aumentar la cultura de seguridad

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El departamento de Salud del Vinalopó se propuso realizar mapa de riesgos mediante técnica AMFE para priorizar aquellos riesgos más importantes y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes. Se creó un grupo de trabajo por médicos, enfermeras y personal administrativo. Se identificaron los subprocesos y modos de fallo. Posteriormente se identificaron los efectos, causas y los actuales métodos de detección. Además se pidió una valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección para evitar el riesgo, otorgando un valor dando una puntuación final resultante de la combinación de estas (NPR). Tras análisis de NPR más elevados se realizó priorización y definición de acciones de mejoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los riesgos de mayor puntuación fueron:

Gestión errónea de cita urgente

Demora en consulta programada médica

Interpretación errónea en necesidad de cita del paciente Registro en paciente erróneo

Atención a paciente erróneo Diagnóstico erróneo

Demora pruebas diagnósticas Variabilidad de la práctica clínica Infección

Interpretación errónea en entrevista con el paciente

Administración incorrecta

Falta de prescripción de fármaco con necesidad de visado Información de atención urgente derivada a hospital insuficiente

Capacidad disminuida ante Enfermedad emergente transmisible conocida

Las acciones planificadas fueron principalmente relacionadas con:

-Formación den identificación de pacientes, gestión compartida, actualización en identificación de patologías, procedimientos de derivación y enfermedad emergente, higiene de manos, administración de vacunas, uso dispositivos traducción simultánea.

-Adecuación de agendas

- Simulacros enfermedad emergente
- Auditoria historia clínica.
- Monitorización higiene de manos
- Modificación de procedimientos actuales.

La priorización de riesgos, definir fecha prevista y responsables de acciones de mejora permite monitorizar los cambios necesarios hacia un atención más segura.

MAPA DE RIESGOS EN CIRUGÍA CARDIACA

JOSÉ FERNÁNDEZ DE MAYA; IRIS CAMPOS ALBERT; JOSÉ ALBORS MARTIN; ANA LOPEZ ORENES; RAÚL FERNÁNDEZ PEREZ; MARIA DEL CARMEN GIL COLLADOS

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL VINALOPÓ// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15291

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de riesgos intenta identificar los posibles eventos para minimizar su ocurrencia o impacto. Dentro de los abordajes proactivos se encuentran los mapas de riesgos o análisis modal de fallos. Los objetivos de la metodología AMFE son: Identificar posibles fallos del sistema, minimizar o eliminar riesgos, prevenir eventos adversos derivados de los riesgos y aumentar la cultura de seguridad

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El departamento de Salud del Vinalopó se propuso realizar mapa de riesgos mediante técnica AMFE en el proceso de la cirugía cardiaca para priorizar aquellos riesgos más importantes y establecer medidas para prevenir los eventos adversos subyacentes. Se creó un grupo de trabajo por cirujanos cardiacos, enfermeras quirúrgicas UCI y hospitalización y personal administrativo. Se identificaron los subprocesos y modos de fallo. Posteriormente se identificaron los efectos, causas y los actuales métodos de detección. Además se pidió una valoración de gravedad, ocurrencia del modo de fallo y de la capacidad de los métodos de detección para evitar el riesgo, otorgando un valor dando una puntuación final resultante de la combinación de estas (NPR). Tras análisis de NPR más elevados se realizó priorización y definición de acciones de mejoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los riesgos de mayor puntuación fueron:

Comprensión inadecuada de información dada Cobertura ATB inadecuada

EA relacionado con información incompleta del caso Alteración glucemia

Ausencia de equipamiento crítico Ausencia de fungible crítico Inestabilidad crítica durante traslado Variaciones en la práctica clínica en UCI Ajuste inadecuado de MCP

Retraso RCP abierta

No identificación de deterioro precoz

Deterioro paciente durante traslados internos Retraso en el cierre de heridas

Empeoramiento clínico en domicilio no detectado

La priorización de riesgos, definir fecha prevista y responsables de acciones de mejora permite monitorizar los cambios necesarios hacia un atención más segura

EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DE UN DISPOSITIVO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

MAGALÍ CASTELLA TARRÉS; LLUÍS BURGUÉS BURILLO; IRENE PERETA LLUBES; EVA CASTELLS MASPOCH; NÚRIA SEIJAS BABOT; CELIA CARDOZO ESPÍNOLA

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA// CATALUÑA

ID: 15355

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La hospitalización a domicilio (HaD), un dispositivo de éxito en continuo crecimiento que representa una alternativa a la hospitalización convencional centrada en el paciente, supone una reducción de costes y mayor eficiencia.

En este sentido, y dentro del proceso de mejora continua de calidad y seguridad del paciente, se ha implementado un sistema de calidad y seguridad según las normas ISO 9001:2015 y UNE 179003:2013. Para evaluar su impacto se realiza una encuesta de percepción sobre la seguridad de los pacientes desde el punto de vista de los profesionales del HaD.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar la seguridad del paciente en el dispositivo HaD desde la perspectiva de los profesionales.

Se utiliza un cuestionario validado 'Cuestionario sobre seguridad de los pacientes', versión española de *Hospital Survey on Patient Safety* de la *Agency for Health Care Research and Quality*, constituido por 42 preguntas en formato Liker referidas al servicio, hospital y comunicación, 1 pregunta sobre el clima de seguridad (escala 0 al 10), y el resto corresponden a datos demográficos y del perfil del encuestado.

Se envió la encuesta a todos los profesionales asistenciales y no asistenciales del HaD, utilizando una plataforma propia del hospital que permite el envío de cuestionarios al personal de forma anónima. El cuestionario estuvo abierto 1 mes (del 1 al 28 de febrero del 2023).

Se han analizado los resultados agrupándolos en 12 dimensiones de cultura de seguridad. Se identifican como fortalezas las respuestas con opinión positiva $\geq 75\%$ y como áreas de mejora las respuestas con opinión negativa $\geq 50\%$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recibieron 37 encuestas completas de un total de 54, correspondiendo a un nivel de participación del 68,5%. La valoración global del clima de seguridad ha sido excelente en un 29,7% (n=11), muy bueno en un 62,1% (n=23) y aceptable en un 8,1% (n=3). Como fortalezas destacamos la dimensión de 'trabajo en equipo' con un 100% respuestas positivas en las preguntas 'el personal se apoya mutuamente' y 'en esta unidad nos tratamos todos con respeto'. La dimensión de 'dotación de personal' es un área de mejora con un $\geq 50\%$ de respuestas negativas en las preguntas 'hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo' y 'trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa'.

La implementación de un sistema de calidad y seguridad del paciente es percibida de manera positiva por los profesionales en relación a la seguridad del paciente, en este sentido es esperable que aumente la motivación, la implicación y el compromiso en el desarrollo de las acciones de mejora continua.

USO FRECUENTE DE FARMACOS EN REACCIONES ADVERSAS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO (HDDM)

MARIA ISABEL BERMUDEZ MORENO; AINHOA DEL COTO MIELGO; MARÍA JOSÉ DURO MANCHEÑO; LAURA DELGADO TELLEZ DE CEPEDA; MARTA MANSO MANRIQUE

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15378

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La administración de citotóxicos en HDDM puede provocar eventos adversos (EA) inmediatos que, incluso comprometan la vida del paciente. Es por ello necesario tener protocolizada la actuación en caso de un EA, junto con un kit de fácil acceso, para asegurar una actuación lo más rápida y eficaz posible dependiendo del tipo de reacción y agente causante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar los medicamentos causantes más habituales de las EA.
- Determinar los medicamentos de uso más frecuente en caso de presencia de EA.

Se recopilaron los datos de EA, comprendidas entre el 01 de junio del 2021 al 31 de diciembre de 2022, incluidas en el formulario específico de enfermería de HDDM donde se recogieron un total de 92 eventos.

Posteriormente se organizaron los datos y se clasificaron de acuerdo al tipo de fármacos que producían más EA, número de casos por mes, los signos y síntomas más comunes y los medicamentos habitualmente usados cuando se presentaban dichos eventos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se observó que el porcentaje más alto de EA inmediatas acompañadas de sintomatología fueron el Paclitaxel (18%), Oxaliplatino (18%) y Anticuerpos monoclonales como el Rituximab (16%), a pesar de que previamente se administraba premedicación para disminuir estos efectos.

Se determinó que la medicación más usada cuando se presentaban los EA inmediatos fueron los antihistamínicos (dexclorfeniramina 47,83%) y corticoides (metilprednisolona 38% y Actocortina 35,8%). También, de forma más ocasional se administró Paracetamol, Metoclopramida y Dexametasona.

Se puede concluir, según los datos recogidos, que el kit de EA debería, al menos, estar compuesto por los antihistamínicos y corticoides más utilizados y llegar a un consenso a través de un grupo de trabajo multidisciplinar sobre la protocolización de la actuación y el uso del mismo. Además, se debería realizar una formación previa del personal de enfermería para evitar los tiempos de espera que se dan hasta la localización y valoración del paciente por el facultativo responsable.

PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DE UN AREA DE SALUD

JESUS LEAL LLOPIS; JUAN ANTONIO MARTINEZ GARCIA; FELIX PEÑALVER HERNANDEZ; CARIDAD CORTES PARRA; AURORA TOMAS LIZACNO

AREA DE SALUD VI-HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17066

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos. Su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida los mandos intermedios de la división de enfermería de un Área de Salud

Metodología

Estudio transversal descriptivo en los mandos intermedios (MMII) de la división de enfermería de un Área de Salud VI del Servicio Murciano de Salud, mediante la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ), durante los meses de Febrero-Marzo de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ha evaluado a 41 supervisores de unidad (68,29%), responsables de enfermería de Atención Primaria (24,39%) y supervisores de Área (7,325), lo que representa el 80,4% de todos los mandos intermedios de enfermería.

La percepción global de seguridad del paciente fue $8,2 \pm 0,69$ puntos (escala, 0-10). La totalidad de los sujetos de estudio calificaron el grado de seguridad de paciente de su unidad/servicio como excelente o muy bueno.

Entre las diferentes dimensiones que se valoran, el trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor puntuado como positivo (85%), seguido de expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad (80%), considerándose estas 2 dimensiones como una fortaleza. La dotación de personal fue la dimensión más valorada como un aspecto negativo (43,25%), considerándose esta como una oportunidad de mejora.

El 78% de los MMII no había notificado ningún incidente o evento adverso en el último año, el 17% entre 1-2 y solo el 4% había notificado entre 3-10 incidentes en el sistema de notificación.

Conclusiones

La percepción global de seguridad del paciente por parte de los mandos intermedios de la Dirección de Enfermería es elevada. Se han identificado como fortaleza el trabajo en equipo en la unidad/servicio y las expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad y como oportunidad de mejora la dotación de personal.

PLAN DE ACCIONES DE MEJORA EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL TRAS UN ANÁLISIS DAFO

RAQUEL FERNÁNDEZ GARCÍA; CARMELO TAFALLA BORDONADA; LAURA CRIADO GÓMEZ; JOSE ANTONIO MOLINA ORTIZ; CARMEN GÓMEZ HORMIGOS; MARÍA ÁNGELES MERCHÁN DÍAZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17484

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En el escenario sanitario actual, la mejora de la seguridad del paciente es un objetivo institucional para las organizaciones sanitarias.

En nuestro centro, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) se constituyó en 2009 por un conjunto multidisciplinar de profesionales con la finalidad de identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes. Tras estos años de trabajo de la UFGRS, nos planteamos la necesidad de implantar planes de acciones de mejora para afrontar los nuevos retos existentes para su futuro desarrollo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Analizar la situación actual, evaluar y establecer propuestas de mejora de la UFGRS de nuestro hospital.

Metodología

Durante el último trimestre de 2022, se ha realizado un análisis de las "Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades" utilizando la matriz DAFO como herramienta para conocer la situación actual de la UFGRS, sus características internas ("Debilidades y Fortalezas") y su situación externa ("Amenazas y Oportunidades"). Posteriormente, se ha utilizado la matriz CAME ("Corregir las Debilidades. Afrontar las Amenazas. Mantener las Fortaleza. Explorar las Oportunidades") como herramienta que nos permita plantear planes de mejora para la seguridad de los pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del análisis DAFO, se han detectado como principales debilidades:

- La falta de cultura de seguridad en el centro.
- La sobrecarga asistencial de los trabajadores con falta de tiempo para la realización del análisis de los incidentes seguridad/errores de medicación.
- La escasa difusión de las actividades de la UFGRS.
- La percepción de los profesionales notificadores, del escaso feedback por parte de la UFGRS cuando notifican en la plataforma institucional CISEM ("Comunicación de incidentes de seguridad y errores de medicación").
- La insuficiente formación de los responsables de seguridad (Facultativos y enfermeras).

Y las principales oportunidades que hemos detectado son:

- Las actividades formativas a nivel institucional.
- La reactivación de los proyectos ZERO tras la pandemia COVID.

Tras esto, se ha optado por una estrategia de reorientación proponiéndose 5 líneas estratégicas para su ejecución:

- 1ª Promover la transferencia y difusión del conocimiento.
- 2ª Promover el compromiso y la proactividad.
- 3ª Promover la consolidación de los proyectos Zero.
- 4ª Promover el reconocimiento de los profesionales tras el desgaste sufrido por la pandemia.
- 5ª Promover la implicación de los usuarios en la seguridad del paciente.

Con este enfoque de trabajo pretendemos afrontar las barreras detectadas e implementar planes de mejora en seguridad del paciente que nos ayuden a fomentar la cultura de seguridad de los profesionales y del centro, involucrar a los pacientes como corresponsables en su propia seguridad y cuidados, además de potenciar la formación en materia de seguridad del paciente para todos los profesionales interesados.

IDENTIFICANDO RIESGOS: CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

MONTserrat GUINOVART ALEMANY; OLIVIA HERNÁNDEZ VILLÉN; NURIA ILLAMOLA NAVARRO; JESÚS ESTEVE FERRAN; MARGARITA PI BANERAS; ALBA HERRERO MEDINA

HOSPITAL UNIVERSITARI JOAN XXIII DE TARRAGONA// CATALUÑA

ID: 17598

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En el año 2021 en Catalunya al 66,3% de los pacientes ingresados se les insertó un catéter venoso periférico (CVP).

Diferentes estudios estiman que entre un 25-69% de los CVP experimentarían alguna complicación dando lugar a retraso de los tratamientos, afectación futura del sistema vascular o alargamiento del tiempo de hospitalización y su consecuente impacto económico.

La mayoría de estas complicaciones son evitables mediante el conocimiento y aplicación de medidas preventivas basadas en la evidencia científica.

El Grupo de Trabajo de Accesos Venosos Periféricos propuso como objetivo estratégico del 2022 la creación de una lista de verificación (LV) de los CVP en la aplicación Proactiva en Seguridad de los Pacientes (ProSP Cat)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Confección y consenso de variables del LV de los CVP
- Implantación en todas las unidades de hospitalización
- Evaluación y difusión de resultados MATERIAL Y MÉTODO

Se formaron 176 enfermeras en las recomendaciones del cateterismo intravascular del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Se realizó una LV con diferentes variables:

- Generales: NHC, edad y sexo
- Relacionadas con el catéter: fecha de inserción, profesional, presencia de fluidoterapia o tratamiento endovenoso, calibre, localización, motivo de inserción, valoración del punto de inserción, apósito y conectores.

Se realizaron 293 LV: 260 en unidades hospitalización, 6 en bloque quirúrgico, 25 en urgencias y 2 en área ambulatoria

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De la auditoria cabe destacar que el mayor número de CVP se encuentran en el área de hospitalización (96,43%) un 89,27% para la administración de medicación endovenosa frente al 28,75% para la administración de fluidos. La mitad de la medicación administrada eran antibióticos. El 10,71% de los CVP presentaban signos de alarma entre los que destacan el enrojecimiento y el edema. El 10,71% presentaban dilatación del punto de inserción y la extravasación estaba presente en el 3,57% de los LV realizados. El 5,56% presentaban conexiones inadecuadas de las cuales un 3,7% eran llaves de 3 vías. El 100% de los catéteres estaban correctamente fijados.

Conclusiones

La implantación del nuevo sistema de check-list nos ha permitido:

- Realizar el procedimiento informatizado en seguridad de los pacientes, gestionar incidencias e incorporar un sistema de evaluación
- En el año 2023 los objetivos del Gdt AVP será la revisión y actualización el protocolo según las nuevas recomendaciones, realizar formación y difusión a todos los profesionales y aumentar la realización de LV para la obtención de más datos.

EDUCADOR 2.0: UN SUEÑO HECHO REALIDAD

ANE TELLERIA

MUTUALIA CLÍNICA PAKEA// PAÍS VASCO

ID: 15253

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Tanto las organizaciones sanitarias como los profesionales de la sanidad trabajan cada día por conseguir la excelencia en la calidad de la atención sanitaria sabiendo que con ello están mejorando la atención al ciudadano y la salud pública.

En los últimos años son muchas las instituciones gubernamentales y sanitarias que abogan por la participación de pacientes en su proceso de salud, y por ende, en su bienestar y mejoría.

El paciente y el entorno actual han evolucionado y las organizaciones gubernamentales y sanitarias son conscientes de este cambio y por ello saben que es necesario transformar sus estrategias, objetivos y alianzas con la intención de involucrar a este "nuevo" paciente educándole, informándole y haciéndole participe en su proceso de salud y en su seguridad.

Con la intención de formar parte de dicha estrategia, Mutualia se planteó la creación y puesta en marcha de un proyecto docente, a través del cual los conocimientos sanitarios llegaran al paciente y su entorno para implicarles en su propio proceso asistencial, en su propia seguridad y poder ejercer, en caso necesario, como primer punto de atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos:

-Principal:

- Hacer partícipe al paciente y su entorno en su cuidado, en su salud y en su restablecimiento.

-Secundarios:

- Transmitir al paciente y su entorno conocimientos sanitarios adaptados a la evidencia (entendiendo en el caso de Mutualia también a la empresa como entorno del paciente)
- Ofrecer una asistencia sanitaria de confianza mediante una comunicación adecuada a cada paciente y su entorno según las circunstancias.

Metodología

- Creación de equipo de trabajo multidisciplinar Revisión bibliográfica y de evidencia científica
- Elaboración y seguimiento de un Plan de Gestión (elección de temas, reparto de tareas..)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Debido a que aún la puesta en marcha del proyecto es reciente no podemos presentar resultados materiales del proyecto. A modo de conclusiones:

- Beneficios percibidos y obtenidos por los profesionales sanitarios participantes en el proyecto
- Objetivos marcados a futuro:
 - Obtener feedback de los pacientes y de su entorno en relación al proyecto
 - Seguir elaborando nuevos temas de formación sugeridas por los propios usuarios o por los profesionales sanitarios.

IMPLANTACIÓN DE UNA TRANSFERENCIA ESTRUCTURADA DE CALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

MARIA DEL CARME CAUDET BAIGES; MARIA ROSA AZNAR PANISELLO; RAMON JOSE ESCURRIOLA NAVARRO; MARIA DAVINIA BERTOMEU SALVADOR; OSCAR FORCADELL CASTELL; MARIA CEL VIÑA VALLESPÍ

CLÍNICA TERRES DE L'EBRE// CATALUÑA

ID: 15341

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Se define como transferir la comunicación entre profesionales sanitarios donde se traspasa la información clínica de un paciente y la responsabilidad de la atención a otro profesional, con el fin de garantizar la seguridad del paciente (SP), reconocida como transferencia de responsabilidad asistencial. Al 2005, la Joint Commission for accreditation of health care organization, junto con otros organismos de acreditación instauró la transferencia de responsabilidad asistencial como un indicador de calidad. En el traspaso de pacientes entre los diferentes servicios los profesionales sanitarios pueden omitir en forma voluntaria información esencial, estas brechas de comunicación pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Conocer si se realiza una transferencia estructurada de calidad de cirugía de pacientes 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 proceso de transferencia.

Material Y Métodos

Proyecto de metodología cualitativa. Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos del ámbito sanitario. Este proyecto se lleva a cabo entre las áreas de hospitalización y quirófano de un centro hospitalario de nivel I. Se elabora una encuesta auto administrada en línea que se originó a todos los profesionales de enfermería de los diferentes servicios. Garantizando el anonimato. Con una muestra poblacional de 30 participantes, de los cuales 13 pertenecen al área quirúrgica y 17 a hospitalización. Una vez realizada la encuesta y analizados los resultados, se decide realizar varias sesiones formativas. Para poder instalar esta transferencia se crea una herramienta de trabajo estructurada y adaptada (ETEA). Ésta es implantada durante 4 meses. Se fundamentan los criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

La encuesta se envió a 30 participantes, con respuesta de un 50%, teniendo en cuenta que estos no tienen ninguna información previa al estudio. Con el análisis de éste observamos que un 40% de las transferencias se realizan mediante los celadores. De una muestra de 30 participantes, asistieron a la formación 19 participantes. Durante el período de este estudio se realizó un total de 460 intervenciones quirúrgicas. Al finalizar el período de implantación de la ETEA, se recoge un total de 453 documentos.

Conclusiones

Concluimos con el análisis de la encuesta inicial, que la poca participación se debe a la mínima percepción de seguridad de los pacientes con el TAR. Evidenciado con la poca asistencia a las formaciones. En cuanto a la implementación de la ETEA, se concluye que no existe una transferencia de calidad asistencial entre los diferentes servicios y que ello implica un riesgo elevado de seguridad de los pacientes, por la posible fuga de información.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

ALICIA CRESPO PLAZA¹; ANA BELÉN MELGAR BORREGO¹; ANA MARÍA BELLIDO HERNANDEZ¹; CRISTINA PERAL BOLAÑOS¹; ANDREA GONZÁLEZ CARABALLO¹; JUAN CARLOS TORIBIO SANTOS²

¹GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS RESIDENCIAS, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 15534

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las lesiones cutáneas asociadas a la dependencia (LRD) son uno de los principales problemas en los centros residenciales (CR). Se trata de aquellas lesiones que se encuentran asociadas a la falta de autonomía y por ende representan fragilidad.

La etiología de las LRD no es únicamente la presión ya que intervienen otros factores que pueden ser individuales o asociados como son: cizalla, humedad, roce y fricción.

En población institucionalizada las LRD son un síndrome prevalente, al tratarse de una población más vulnerable. Las transferencias y traslados a otros ámbitos asistenciales para tratamiento o seguimiento suponen un impacto negativo en su salud. La existencia de una unidad de atención específica y de un equipo médico y enfermero de geriatría de enlace, posibilita la creación de un proceso asistencial que mejora la calidad de la asistencia y minimiza transferencias en estos pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la calidad asistencial en la prevención y cuidado de LRD, en pacientes institucionalizados, minimizar las transferencias asistenciales y evitar estancias innecesarias en urgencias.

Para ello se elabora un proceso asistencial que consiste en que aquellos residentes que en visita de valoración o que el CR realiza una consulta relacionada con LRD, serán valorados de manera presencial por la enfermera de la unidad de atención a residencias. Esta valorará la necesidad de derivar al residente a otro ámbito asistencial, de forma telemática, a la consulta específica de la atención hospitalaria y en esta se decide si precisa o no consulta presencial o seguimiento en residencia por la unidad de atención a residencias.

Se lleva a cabo un registro en base de datos interna y en la historia clínica del paciente, para evaluar el proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras un año de implantación en 9 CR con una población de 1291 residentes, se han valorado 86 residentes con LRD, algunos de ellos han precisado visitas semanales, otros se han resuelto con una única visita.

Más de la mitad de los residentes han presentado intervención por presentar lesiones por presión (LPP), seguidas de laceraciones y úlceras de componente mixto. El 36% de las LPP consultadas son de grado III. La localización más frecuente de las lesiones se evidencia en extremidades inferiores representando un 52%, seguida de sacro con un 26%. El 16% de los residentes están encamados y solo 6 de ellos presentaron signos de infección.

Utilizando el proceso, se han derivado 22 de los residentes valorados, en 16 de ellos se logró su resolución, sin precisar traslado.

La Unidad de Atención a Residencias da respuesta al objetivo de integrar la atención de pacientes crónicos institucionalizados entre los niveles asistenciales.

El trabajo coordinado y el desarrollo de procesos asistenciales integrados evita traslados innecesarios.

Tras valorar los primeros resultados se observa que la comunicación de los casos se hace en estadios más precoces dando lugar a una respuesta más satisfactoria y evitando que las lesiones se cronifiquen.

ESTRATEGIA FORMATIVA EN CODIGO INFARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA ZONA RURAL

ENCARNA SANCHEZ FREIRE¹; JOAN CARTANYÀ²; AINA FUSTER CASANOVAS²; JOSEP VIDAL ALAVALL²

¹CENTRO DE SALUT, ²GERENCIA TERRITORIAL DE SALUD CATALUÑA

ID: 15592

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La formación reglada en las patologías tiempo dependiente como el infarto agudo de miocardio con elevación del ST es crucial para cumplir con los objetivos de seguridad del paciente, así como de los tiempos de asistencia y traslado a los centros especializados.

Aunque el principal objetivo de los centros de Atención Primaria (AP) no es la atención rápida y urgente, resulta relevante que sus profesionales puedan garantizar una atención segura.

Nuestro territorio es una zona rural sin centros de atención terciaria donde las distancias son largas y los equipos de atención primaria mucho más cercanos juegan un papel crucial e imprescindible

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue dar formación en el manejo de pacientes con código infarto que fuera uniforme para todos los profesionales de medicina y enfermería.

En nuestro territorio contamos con 921 profesionales entre médicos y enfermeras, repartidos en 32 equipos de AP.

El algoritmo de atención al código infarto es una directriz del Departamento de Salud de nuestra comunidad autónoma donde se establece qué pacientes son candidatos a dicha atención, en qué centro deben de ser atendidos, así como los mecanismos para derivarlos.

La formación anual en código infarto en nuestra institución es obligatoria y se vehicula a través del referente de código infarto de cada equipo. El 2023 el Área de Calidad junto a el Área de Formación y la Unidad de Soporte a la Investigación planificaron y protocolizaron la formación:

- Recursos formativos:
 - Presentación con las actualizaciones de las guías de actuación
 - Video formativo del algoritmo de atención al paciente con sospecha de código infarto en un centro de AP Listado de verificación (LV) o “check-list” del proceso asistencial en AP (en papel y on-line)
 - 2 casos clínicos simulados para rellenar el LV en el cuestionario durante la formación en formato on-line
- Reunión con los referentes de código infarto (12/2022) para presentar las novedades en las guías y dotarlos de los recursos formativos
- Elaboración de un calendario con las fechas de la realización de la formación de los equipos
- Realización por parte de los referentes de las sesiones de formación a los equipos (entre enero y abril del 2023): visualización del video, novedades de las guías y realización del LV con los 2 casos simulados

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La formación uniforme y protocolizada puede mejorar la atención y la seguridad al paciente con síndrome coronario agudo con elevación del ST.
- En mayo del 2023 han realizado la formación 30 de los 32 equipos.
- Hemos recibido 410 LV on-line de los 2 casos clínicos simulados (han realizado el LV simulado el 44,5% de los profesionales del territorio)
- Analizando los resultados de los 410 LV simulados podemos conocer y analizar el grado de conocimiento y manejo de los asistenciales. Ello nos va a permitir implementar nuevas estrategias formativas para seguir mejorando.
- Los asistenciales sienten que están actualizados y entrenados para el uso del LV y por tanto en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST.

IMPLEMENTACIÓN DE LA HOJA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

RAQUEL BORRÁS MONZÓ; SONIA GOMIS BALDOVI; INMACULADA GALLACH ALEGRE; M ANTONIA GOMEZ IBORRA; CARMEN CASTILLO PERIS

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 16615

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La calidad y por ende la seguridad del paciente depende en gran medida de la intercomunicación de los profesionales que intervienen en un proceso. La transferencia de información en los cambios asistenciales, se ha identificado como un proceso de alto riesgo, es por ello que la estandarización de la misma minimiza la variabilidad de su desarrollo, favorece la eficacia de comunicación y por lo tanto es una medida proactiva de seguridad del paciente. En ese aspecto en el Hospital Universitario de la Ribera, se plantea la necesidad de elaborar un procedimiento que mejore la transmisión de la información más relevante del paciente que ingresa desde urgencias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Elaboración e implementación de un procedimiento que favorezca una correcta transmisión de información en los pacientes que ingresan a hospitalización desde el servicio de urgencias, a través de la puesta en marcha de una hoja de transferencia estandarizada.

Metodología

El grupo de mejora de urgencias-hospitalización elaboró una hoja estandarizada que contemplaba los parámetros básicos necesarios para una adecuada transferencia asistencial. La implementación se realizó a través de los mandos intermedios y profesionales líderes en las distintas unidades. Se pilotó inicialmente en una unidad, realizando un despliegue posterior al resto de unidades hospitalarias. Se crearon indicadores de proceso con el fin de determinar el impacto en la implementación y poder realizar un seguimiento posterior.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El procedimiento fue aprobado e implementado en noviembre del 2022. El número total de transferencias del 1/11/2022 al 30/4/2023 fue de 4400, describiéndose un cumplimiento del procedimiento en un 72,4% de los casos. La medicación y oxigenoterapia fueron los campos que presentaron más deficiencia en el registro. En un 73.1% de los casos se realizó un registro correcto del campo de valoración previo traslado. La cumplimentación del campo de recepción en hospitalización alcanzó el 96,6% de realización correcta.

Conclusiones

La hoja de transferencia de ingresos a hospitalización desde el servicio de urgencias, es una herramienta proactiva de seguridad del paciente. Su implementación debe ser progresiva y precisa de la implicación de todos los profesionales que participan en el proceso. Es necesario en escenarios futuros realizar una adecuación del documento con el fin de facilitar el correcto cumplimiento de los campos de medicación y oxigenoterapia, así como una incorporación en la historia clínica del paciente.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍAS EXTERNAS PARA EVALUAR LOS PROGRAMAS ZERO EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

ISABEL LOSADA CASTILLO; MARÍA OLGA ROCA BERGANTIÑOS; PILAR SECO MAQUIERA; RAQUEL VAZQUEZ MOURELLE

SUBDIRECCIÓN XERAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA. SERVIZO GALEGO DE SAÚDE// GALICIA

ID: 12798

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones nosocomiales (IN) constituyen uno de los problemas más importantes en las unidades de que atienden a pacientes críticos (UPC). Existen programas para su prevención, Programas zero (PZ), que incluyen paquetes de medidas asociadas a Planes de Seguridad Integral. En Galicia, realizamos un Plan de Acción para la Reactivación de los PZ en las UPC basado en auditorías externas (AE).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Diseñar y planificar las AE que se harán a las UPC, coordinadas desde la Consellería de Sanidade.

Metodología

Desde SSCC del Sergas se solicitaron a las Áreas Sanitarias (AS), voluntarios para formar equipos para realizar las AE en UPC de otra AS. En principio, desde SSCC, se elaboraron 2 cuestionarios para las AE, uno para los/as facultativos/as y otro para enfermería, estructurados en 3 partes: dotación de material y medidas adecuadas, recursos humanos y formación y organización.

Se realizaron varias reuniones de trabajo entre los auditores y los SSCC. La primera con todos los auditores y la segunda con un auditor representante por cada hospital.

Desde SSCC del Sergas, se coordinaron las reuniones, se formaron los grupos de auditores, se estableció el cronograma y las pautas a seguir en las AE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se presentaron 23 voluntarios para auditar: 9 facultativos/as y 8 enfermeros/as de las UPC y 6 enfermeras de los servicios de Calidad.

Se establecieron 9 equipos auditores formados por: facultativo/a y enfermero/a de las UPC y una enfermera/o de los servicios de calidad de las AS. La asignación a los equipos dependió de: localización geográfica y hospital de procedencia de los auditores.

Dos días antes se comunicará la auditoría a la gerencia del hospital de origen del auditor y a la gerencia y Subdirección de calidad del hospital a auditar, recomendando que alguien de la dirección acuda a la auditoría como observador.

El día de la auditoría, el equipo auditor será recibido en el hospital y llevará una tarjeta identificativa.

Como resultado de las reuniones, a instancias de los auditores, se modificaron los ítems iniciales a auditar, en función de la objetividad de la observación y la capacidad de medición, consensuándose entre todas las AS un cuestionario único para cubrir conjuntamente facultativos/as y enfermería.

Desde SSCC se diseñó un documento para el informe final de la auditoría, que será elaborado por todo el equipo auditor. En él deberá figurar el personal entrevistado en la auditoría, los puntos fuertes, las debilidades y las no conformidades.

Se diseñó un calendario de trabajo, planificando las auditorías para octubre de 2023.

Conclusiones

Las AE observacionales en las UPC basadas en los principios de objetividad, comunicación eficaz y coherencia, permitirán conocer las debilidades de los PZ para poder planificar las acciones de mejora.

Destacar la importancia de la participación activa de los auditores en el diseño del cuestionario a emplear en las AE que, para unificar criterios, cubrirán conjuntamente facultativos/as y enfermería.

ESTRATEGIA DE VIGILANCIA, PARA DISMINUIR LA TAXA DE BACTERIEMIAS EN CVC EN HOSPITALIZACION

ENCARNA MARAVER BERMUDEZ

ALTHAIA, XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA, FP// CATALUÑA

ID: 13066

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La vigilancia epidemiológica en el hospital genera información sobre los principales problemas de etiología infecciosa presentes en el hospital y los principales procedimientos invasivos asociados a infecciones, detecta brotes y epidemias, y sirve para medir el impacto de las medidas de prevención y control.

Los catéteres venosos centrales (CVC) son indispensables en la práctica clínica actual, utilizándose en los centros sanitarios para controlar el estado hemodinámico, realizar hemodiálisis y administrar medicamentos, líquidos, productos sanguíneos y nutrición parenteral.

A pesar de ser una gran herramienta, las bacteriemias asociadas al catéter venoso central (BACVC) son una de las grandes preocupaciones de los profesionales, ya que aumentan la mortalidad un 25% y la estancia hospitalaria una media de 7 días. Programas de bacteriemia se aplican en todos los centros sanitarios, y en cada uno de ellos hay una serie de profesionales de control de infecciones y de Seguridad del paciente que velan para que estos programas se lleven a cabo para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En nuestro centro, un hospital comarcal de 400 camas, además de tener implantados los proyectos bacteriemia “zero” en la UCI y flebitis Zero en hospitalización, programas conocidos y avalados científicamente, valoramos también hacer algo más y nos planteamos la vigilancia directa de todos los pacientes con CVC para conseguir disminuir la tasa de bacteriemias. Es verdad que la vigilancia ya es uno de los puntos de los programas de Bacteriemia Zero o de flebitis Zero. Pero desde control de infecciones pensamos en su momento que hacer una vigilancia más activa podría ayudar a mejorar las tasas de BACVC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo: Disminuir las bacteriemias asociadas a CVC en pacientes Hospitalizados que se les instaura un dispositivo estándar inferior al marcado por el VINCAT (sistema de vigilancia de las infecciones nosocomiales de Cataluña).

La metodología consiste en: registro de todos los CVC en pacientes hospitalizados, vigilancia bisemanal de los CVC, control y estado de los CVC y comentar las incidencias, seguimiento de los hemocultivos positivos y analizar aquellos que pueden estar relacionados con los CVC, en caso de bacteriemia por CVC analizar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Obtenemos resultados por debajo del estándar de Cataluña. Durante año 2021 (pendiente resultados 2022) se ha realizado vigilancia de 677 CVC con una taxa de bacteriemia del 0,07% (0,23% VinCat) y del 0% en catéteres con nutrición parenteral (1,66% VinCat). El 21% de los CVC se han utilizado para nutrición parenteral. De los 82 CVC que se retiraron por sospecha de infección, 69 tenían resultados negativos.

Una vigilancia activa y constante de los CVC, por parte de la enfermera de control de infecciones, incidiendo y comentando con las enfermeras referentes los problemas que puede conllevar un uso no correcto de los cuidados y uso de los CVC, disminuyen las infecciones y/o bacteriemias.

PROYECTO DE EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

VICTORIA UROZ MARTÍNEZ¹; MARÍA INMACULADA MORENO DÍAZ²; JESÚS EDUARDO DOMÍNGUEZ LORENZO¹; JONATHAN KIWITT CÁRDENAS¹; ISABEL ALEJANDRA LÓPEZ TOVAR¹; ÁNGELA L. RINCÓN CARLAVILLA¹

¹UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, ²UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14637

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos (HM) es la principal herramienta para la prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), tal y como señalan las principales entidades y organismos internacionales y nacionales. A pesar de todo, el grado de cumplimiento de esta medida es muy deficitario (del 15 al 40%, en el mejor de los casos), documentado también en estudios previos del hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se pretende analizar el problema detectado de la deficiente calidad de la HM por parte de los profesionales sanitarios en el hospital, así como proponer un ciclo de evaluación y mejora.

Se realizó un flujograma del proceso de higiene de manos en la atención al paciente hospitalizado y un diagrama de Ishikawa o de causa-efecto. Se definen los criterios para evaluar la calidad, el marco muestral, las unidades de estudio, las fuentes de datos, la identificación y el muestreo de casos. Se pretende diseñar una intervención para aumentar la adherencia a la HM, y, posteriormente, reevaluar la calidad de la misma y su mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el flujograma elaborado, se identifican los 5 momentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el uso del gel hidroalcohólico y, en caso de infección por *Clostridium difficile* cepa toxigénica, la HM se realizará con agua y jabón. En el diagrama causa-efecto se han identificado 5 grandes causas principales: las relacionadas con la organización, la infraestructura, la formación, el personal y el paciente; se detallan también causas de segundo y tercer orden (31 causas en total). El ciclo de evaluación y mejora cuenta con 9 criterios: no portar accesorios en manos y muñecas, el uso de gel hidroalcohólico/agua y jabón, el tiempo mínimo de HM, la técnica con pasos adecuados, así como en los 5 momentos de la OMS. Los criterios cuentan con excepciones y aclaraciones, y todos estudian la dimensión de la calidad científico-técnica. El marco muestral será cada una de zonas de hospitalización. Las unidades de estudio serán cada una de las oportunidades de HM de los profesionales sanitarios en su contacto con los pacientes, con 60 unidades de estudio en cada zona, obtenidas mediante muestreo de conveniencia y observación directa. Se pretende analizar y difundir los datos obtenidos de la evaluación de la calidad en esta primera evaluación, implicando a los profesionales observados. Para la intervención, se abordarán las causas de segundo orden que se identifiquen de mayor impacto, incluyendo formación individual y grupal de personal y estudiantes sanitarios en la correcta técnica de la HM, colocación de cartelera actualizada en lugares clave del hospital, así como difusión adecuada de la importancia de la HM en webs corporativas. A los tres meses, se reevaluará la calidad, con análisis y representación de los resultados mediante gráficos de Pareto para estimar la mejora conseguida.

Con este proyecto se pretende reducir la incidencia de IRAS en este centro hospitalario y aumentar la cultura de seguridad del paciente.

BACTERIEMIA ZERO EN VIAS CENTRALES CON ACCESO PERIFÉRICO EN EL NEONATO CRÍTICO. INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

JUANA MARIA MARTINEZ CANOVAS; M DOLORES RODRIGUEZ RABADAN; ROSA MARIA ESTRADA ALCARAZ; ALBERTO PEÑALVER MANZANO; MARIA JOSE LOPEZ PARRA; JESUS DAVID PASTOR RODRIGUEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. REGIÓN DE MURCIA

ID: 15063

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVC), incluidos los de acceso periférico (PICC), son dispositivos imprescindibles para los recién nacidos (RN) ingresados en una UCI Neonatal (UCIN). La especial ideosincrasia de estos pacientes, especialmente de aquéllos de 1.500 gramos al nacimiento, hace imprescindible un manejo exquisito y seguro tanto de la inserción como del mantenimiento de las vías centrales para prevenir la sepsis nosocomial asociada a un CVC, puesto que asocian una elevada morbimortalidad, con secuelas crónicas importantes y un aumento de los días de hospitalización. Todo ello hace obligatorio la implementación de medidas basada en la evidencia y la formación de equipos multidisciplinares formados y con una cultura de seguridad sólida.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es disminuir los índices de sepsis nosocomial asociada a CVC por debajo del 15%. Para ello, se elabora un protocolo de inserción y mantenimiento de CVC y PICC en RN menores de 1500 gramos ingresados en la UCIN, tomando como referencia e incorporando las medidas basadas en la evidencia avaladas por el proyecto NeoKisses y formación INBERBAC-NEO, formando a todo el personal de la UCIN y entrando a formar parte del proyecto mencionado. Para ello, se programan tres ediciones de un curso basado en la simulación de 10 horas de duración, facilitando y promoviendo de forma activa la asistencia de todo el personal. Este curso se estructura en tres zonas de simulación: Simzone 1: Asepsia de manos y equipo de protección individual; Simzone 2: Nutrición Parenteral, extracciones, administraciones de fármacos y mantenimiento del catéter y Simzone 3: Canalización de PICC en el neonato crítico menor de 1500 gramos ingresado en UCIN.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se implementa el protocolo de canalización y mantenimiento de PICC en la UCIN mediante la formación basada en la simulación, ayudando a adquirir a todo el personal los conocimientos prácticos y la clarificación en ciertos aspectos no técnicos, fomentando y ponderando el trabajo en equipo y la cultura de seguridad. En los cuestionarios de satisfacción y evaluación del curso es, precisamente, la palabra 'seguridad' la que más se repite cuando se les pide que definan o resuman los resultados y competencias adquiridos con esta formación. Paralelamente se continua monitorizando el número de CVC en menores de 1.500 gramos y su evolución, para ver en que punto estamos respecto al año pasado y si las medidas correctoras y el nuevo protocolo es o no eficaz. Hasta la fecha del envío de esta comunicación, se han contabilizado 13 RN de menos de 1500 gramos y sólo uno de ellos ha presentado una sepsis nosocomial asociada a CVC.

EL CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA: ¿UNA OPORTUNIDAD, UN VALOR O UNA OBLIGACIÓN?

VÍCTOR GARCÍA-ALVARE; MONTSE OLIVERAS GIL; LYDIA MARTÍN GONZALEZ

HOSPITAL DE VILADECANS// CATALUÑA

ID: 15069

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia se adaptan a la definición de evento adverso. Por ese motivo, desde un enfoque preventivo de la calidad, se desarrollan estrategias para su vigilancia, prevención y control.

El despliegue de un Sistema de Gestión de Calidad (SGQ) representa una herramienta clave para la gestión y la mejora.

Con la voluntad de promover la mejora continua como el proceso que conduce hacia la excelencia, se incluye en el SGC el control de la infección.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

*Definir el Proceso de Calidad & Mejora continua (PGCyMC) en torno al eje visión holística y segura del paciente.

El trabajo empezó en febrero de 2021 por la Unidad de Calidad (UC), con el liderazgo de la Dirección de Centro (DC). Ciclo de mejora continua (PDCA):

P. Plan:

*Marco de referencia:

-Norma UNE 179003:2013 “Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente” .

-Norma UNE 179006:2013 “Sistema para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en los hospitales” .

-*Model d’acreditació de centres d’atenció hospitalària aguda*. Departament de Salut.

-Modelo de gestión por procesos del centro.

*Punto de partida:

-Revisión bibliográfica y recopilación de documentación existente.

-Revisión de la Cartera de Servicios de la UC.

-Diagnóstico de situación: Análisis DAFO.

D. Do:

*Definición del PGCyMC:

-Elaboración de la ficha y del mapa de proceso.

o SGC: identificación de indicadores.

o Tabla de gestión documental.

C. Check & A. Act

-Seguimiento operativo por la UC y la DC.

-Trabajo y asesoramiento a otras Unidades/Servicios.

-*Feedback* (C. Calidad, C. Infecciones y C. Asistencial).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

*PGCyMC:

-Subprocesos de Calidad y de Preventiva, articulados entorno a la Participación y la Investigación & Innovación, con el ciclo PDCA como eje vertebral.

- o S. Calidad: 4 líneas (Gestión de la Calidad; Gestión por procesos; Seguridad de Paciente y Estandarización de la práctica clínica) (29 doc.; 38 ind.).
- o S. Preventiva: 4 líneas (Control de la infección; Bioseguridad; Gestión de residuos & Higiene hospitalaria y Vigilancia epidemiológica) (25 doc., 24 ind.).

-SGC integrado. Mejora:

- o Coordinación: marco de trabajo ágil y colaborativo (SCRUM).
- o Evaluación: integración de indicadores para la gestión-planificación y análisis para determinar necesidades-oportunidades de mejora.
- o Comunicación: difusión de resultados y mayor “entendimiento” (integración en un marco global el trabajo, directo e indirecto).

La perspectiva integral y multidisciplinar en el SGC del PGCyMC permite controlar las interrelaciones entre ambos subprocesos, de manera que proporciona una visión global de la dinámica continua de PDCA. Además, representa una herramienta de valor para la identificación y toma de decisiones, facilitando una gestión más eficiente.

SEGURIDAD EN UCI NEONATAL. IMPLANTACIÓN DE NUEVAS MEDIDAS PARA REDUCIR LA SEPSIS ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)

ANA MARÍA PALOMARES RUIZ; CRISTINA HIGUERAS RUIZ

VITHAS CASTELLÓN// COMUNITAT VALENCIANA

ID: 15356

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En neonatos, la sepsis neonatal (SN) está asociada principalmente a tres factores de riesgo: un inadecuado lavado de manos, uso de catéteres intravasculares y ventiladores mecánicos. Está bien documentado que la incidencia de SN relacionada con catéteres centrales y/o periféricos puede reducirse mediante la aplicación de algunas medidas relacionadas con el tipo de catéter, los protocolos y el cuidado del sitio de inserción y la higiene de manos, entre otros.

En nuestra unidad, dentro del paquete de medidas encaminadas a la prevención de bacteriemia asociada al CVC disponemos desde 2016 de la instrucción XXX-12.1.2.2-PG1-IT42 Cuidados de un catéter central (revisado durante 2022), así como de la gráfica XXX-12.1.2.2-PG1-FO16 Gráfica semanal de control de vías centrales y las listas de verificación de inserción de vía central XXX-12.1.2.2-PG1-FO36 y de catéter umbilical XXX-12.1.2.2-PG1-FO37.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Dado que el resultado de 2022 ha sido de cero bacteriemias, los objetivos para 2023 son:

- Evaluar la eficacia de una intervención multifactorial sobre el manejo de los catéteres vasculares centrales en la reducción de la tasa de incidencia de bacteriemia.
- Implementar estrategias de mejora en calidad y seguridad a partir de la revisión del protocolo ya existente basándonos en la evidencia actual.
- Minimizar la tasa de incidencia de bacteriemia durante 2023.
- Asegurar que se cumple el protocolo con las nuevas medidas y que la XXX-12.1.2.2-PG1-FO16 Gráfica semanal de control de vías centrales se cumplimenta correctamente tras la realización de las técnicas y medidas para prevención de bacteriemia.

Metodología

Tipo de Estudio

Estudio de tipo longitudinal prospectivo con componente analítico.

Población Diana

La población diana objeto de estudio está constituida por todos/as aquellos/as neonatos que ingresen en el área de UCIN que sean portadores de CVC. Los criterios de inclusión: neonatos a término y pretérmino ingresados en UCI y portadores de catéter central, incluyendo aquellos catéteres centrales canalizados mediante acceso periférico. Deben tener cursado control bacteriológico de punta de catéter.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Para poder comparar los resultados tras la aplicación del nuevo protocolo se realiza una revisión de los pacientes portadores de CVC en 2022 y de la incidencia de bacteriemias relacionadas con el CVC mediante el cultivo de la punta de mismo, siendo esta de cero, lo que nos permitirá comparar los resultados obtenidos durante 2023.

Conclusión

Las medidas llevadas a cabo en el protocolo implantado desde 2016 nos ha permitido alcanzar unos resultados positivos en cuanto a la bacteriemia asociada a catéter durante 2022, no obstante, consideramos que es de vital importancia revisar y actualizar los protocolos existentes basándonos en las últimas recomendaciones y evidencias publicadas hasta la fecha.

CÓMO REFORZAR LA IMPLICACIÓN DE LAS UNIDADES CON LA HIGIENE DE MANOS: AUDITORÍAS CRUZADAS COMO REVULSIVO PARA LA MEJORA

TOMÁS MATÉ ENRÍQUEZ; MARÍA SOLEDAD MONTERO ALONSO; MONTSERRAT ALCALDE MARTÍN; ESTHER ARRIETA CERDÁN; MÓNICA ROBLES GARCÍA; ÁLVARO MUÑOZ GALINDO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN// CASTILLA Y LEÓN

ID: 15531

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las auditorías cruzadas entre unidades suelen generar un clima más amigable que las auditorías externas y pueden producir impactos positivos en la organización, entre otros la difusión de buenas prácticas y soluciones innovadoras a problemas comunes. No obstante, debe cuidarse que se cumplan los requisitos del proceso de auditoría y la formación adecuada de los profesionales que vayan a integrar los equipos auditores.

Con estas premisas se incorporaron las auditorías cruzadas para el acceso al reconocimiento de nivel avanzado en nuestra Estrategia de Reconocimiento al Compromiso con la Higiene de Manos (Estrategia de HM), cuyo objetivo es contribuir a la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) y la propagación de microorganismos multirresistentes (MMR) en nuestros centros sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar la satisfacción de los auditores con las auditorías cruzadas y el impacto potencial de estas para la mejora de la buena práctica de la HM en nuestra organización.

Se planificó y desarrolló una actividad formativa sobre auditorías y el proceso de auditoría en nuestra Estrategia de HM, dirigida a referentes de HM de las unidades, con encuesta de satisfacción posterior.

Se proporcionaron las herramientas específicas de nuestro proceso de auditoría (manual y guía de auditoría, guiones de entrevistas y listados de verificación), se constituyeron los equipos auditores incluyendo como auditores jefe a los responsables de HM de nuestros centros, con experiencia previa en este proceso de auditoría, y se estableció el cronograma de auditorías.

Tras la realización de las auditorías en las unidades se invitó a los auditores a contestar un breve cuestionario de opinión y satisfacción, elaborado ad hoc.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las tasas de participación en las encuestas post-formación y post-auditorías fueron del 77% (36/47) y del 93% (53/57) respectivamente.

El grado de satisfacción global con la formación fue de 9,1/10. El 94,4% consideraron que lo aprendido les ayudaría a mejorar su competencia profesional y el 97,2% que lo podrían aplicar en su lugar de trabajo (valoraciones $\geq 8/10$ en ambos casos).

La satisfacción global con la experiencia vivida como auditor fue de 8,7/10. El 92,5% consideró muy útiles (valoración $\geq 8/10$)

las herramientas de ayuda disponibles para la auditoría. La valoración de la utilidad práctica de la experiencia, de cara a incorporar mejoras para incrementar el compromiso de los profesionales con la HM en la unidad de trabajo, fue de 9,0/10. El Net Promoter Score (NPS) fue de 68, con 37 promotores y un único detractor.

En el contexto de nuestra Estrategia de HM, la realización de auditorías cruzadas entre unidades ha resultado ser una experiencia muy satisfactoria para los responsables y referentes de HM auditores.

Las auditorías cruzadas demuestran ser una herramienta con potencial para revitalizar el despliegue de la Estrategia de HM en las unidades y contribuir a la mejora de la seguridad del paciente en el conjunto de nuestra organización.

TRABAJANDO JUNTOS EN EL COMPROMISO CON LA HIGIENE DE MANOS

SARAY MARTÍN MONTEAGUDO¹; M^a DOLORES MUÑOZ JIMÉNEZ²; ROSARIO DÍAZ CASTILLO³; M^a ISABEL MARTÍN ROYO⁴; SOCORRO DEL MOLINO VELASCO⁵; JOSÉ ÁNGEL MADERUELO FERNÁNDEZ⁶

¹COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA, ²C.S. SAN JUAN, ³C.S. LA ALBERCA, ⁴C.S. PIZARRALES ⁵C.S. LUMBRALES, ⁶GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DESALAMANCA// CASTILLA Y LEÓN

ID: 17380

Tipo de comunicación: Oral Breve
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos (HM) en el punto de atención es la medida más coste-efectiva para reducir la aparición de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y la transmisión de microorganismos multirresistentes. Constituye el primer reto mundial de la OMS y para facilitar su implantación se desarrolló una estrategia multimodal con 5 componentes que aún sigue vigente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar facilitadores y barreras para llevar a cabo la labor como responsable de HM en los centros de salud (CS). Identificar puntos fuertes y áreas de mejora, tanto del grupo de responsables de HM como de cada una en particular en su Equipo de Atención Primaria (EAP), en cuanto al desarrollo de la estrategia de reconocimiento al compromiso con la HM.

Metodología

Estudio descriptivo basado en cuestionario online, distribuido al grupo de responsables de HM de un área de salud de AP, que constaba de 4 preguntas abiertas. Se calculó la distribución de frecuencias de las respuestas agrupadas en función de la similitud de sus enunciados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Respondieron a la encuesta 32 personas (82,1%). Los principales facilitadores que identificaron fueron: apoyo de los compañeros e implicación del equipo del CS (8), apoyo y disponibilidad de la persona responsable del programa de HM de la Gerencia (8) y distribución de material formativo, procedimientos y recordatorios de la HM como carteles y dípticos (8). En cuanto a las barreras, destacaron la falta de tiempo y la excesiva carga de trabajo (14), no darle suficiente importancia a la HM (4) y la dificultad para llegar a todos los miembros del equipo (3). Respecto a los puntos fuertes, como grupo de responsables, destacaron el trabajo en equipo y el apoyo entre las responsables de HM (10), la convocatoria de reuniones de forma periódica (7) y disponer de información de indicadores de HM trimestralmente mediante un cuadro de mandos (6); en particular en cada EAP, destacaron la realización de sesiones formativas al personal asistencial, alumnos, pacientes y cuidadores (11), recordar a los compañeros la importancia de la HM y el compromiso adquirido (9) y dar retroalimentación sobre los indicadores de HM (6). En cuanto a las áreas de mejora, como grupo de responsables, refirieron aumentar la formación e implicar a pacientes y cuidadores (10), parecerles bien cómo se está trabajando actualmente (4), hacer vídeos y actividades prácticas (3) y poner en marcha grupos de trabajo (3); en particular en cada EAP, refirieron aumentar las actividades formativas y realizar actuaciones con pacientes y familiares (12), realizar observación de HM (5) e implicar en el compromiso a todo el equipo (5).

Conclusiones

La realización de este tipo de encuestas sirve para poner de manifiesto las fortalezas y debilidades en cuanto al desarrollo de la estrategia de reconocimiento al compromiso con la HM, establecer acciones de mejora para apoyar la labor de las responsables de HM y conseguir que cada vez más CS se sumen al compromiso.

CONCIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

JOSÉ JORGE CARRASCO GUIRAO; ANDREA CASAS EGEA; FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ NOGUERA; CONCEPCIÓN LORCA GARCIA; CELIA DRIEGUEZ CASTAÑO; ISABEL MARIA AGUADO MATEOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA// REGION DE MURCIA

ID: 15028

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente ha adquirido una gran relevancia en los últimos años para unos cuidados efectivos, eficientes y seguros. Las instituciones promueven y desarrollan el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales, diseñando y estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos e implantando recomendaciones para unas prácticas seguras. Como unidad de medicina interna, nuestros pacientes receptores de cuidados se benefician de todas las acciones llevadas a cabo que tienen que ver con la mejora de la información y formación de los profesionales en materia de seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar el nivel de conciencia que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente. Incidir en las medidas destacadas a mejorar por la unidad y por el centro hospitalario.

Metodología

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en mayo del 2023. La población de estudio ha sido el personal de Enfermería de la planta cuarta del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. El cuestionario anónimo ha sido elaborado extrayendo preguntas de la versión española del Cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Ministerio de Sanidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

De los datos obtenidos, el 65% considera que el grado de seguridad en la unidad es aceptable y los profesionales están de acuerdo en que sí existe un apoyo entre miembros de la unidad.

La comprobación de la medicación, el uso de tecnologías como la Tablet y la identificación del paciente, son los puntos fuertes a resaltar para el personal de la unidad en lo que a seguridad del paciente se refiere. También hacen hincapié, en las barreras físicas y en un entorno seguro para el paciente a la hora de evitar y prevenir las caídas en el ámbito hospitalario y evitar posibles infecciones cruzadas.

Consideran en su mayoría estar de acuerdo con que el supervisor haga comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. Hay diversidad de opiniones en cuanto a que la dirección informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes pero más del 50% considera que el hospital crea un ambiente favorable en cuanto a promover la seguridad del paciente.

Conclusiones

Los datos obtenidos nos llevan a identificar cuáles son los puntos más destacados en seguridad del paciente. También nos hace pensar en cuáles son los aspectos más importantes a trabajar como identificar posibles errores, crear ambientes seguros y dar a conocer las diferencias en los posibles efectos adversos que se puedan dar. Como segundas víctimas, es importante hacerles llegar todas las medidas que se están tomando desde la dirección para minimizar todos esos efectos adversos y proporcionarles los medios para que desarrollen su labor en un entorno seguro. Este estudio arroja posibles líneas de investigación como poder realizar un estudio cuasiexperimental aplicando medidas de mejora en la seguridad del paciente.

SEGUNDAS VÍCTIMAS EN RESIDENTES. TRABAJO DEL APOYO ENTRE IGUALES

INMACULADA SÁNCHEZ PÉREZ; JULIÁN ALCARAZ MARTÍNEZ; MARIA DOLORES GÓMEZ PELLICER; PILAR RUIZ JARA

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17035

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Que un paciente sufra un daño accidental en el proceso de atención es una experiencia traumática y dolorosa pero no solo para el paciente y su familia, sino también para los profesionales. Esto puede ser especialmente impactante si ocurre en un periodo de formación, como lo es la residencia. No siempre estos incidentes de seguridad afectan al profesional, pero cuando lo hace puede causar impacto emocional y ocasionar cambios en la forma de trabajar. Hay propuestas para actuar sobre este impacto. Una de las iniciativas más importantes es el programa ForYOU del Hospital de Missouri, En ella se definen 3 niveles de intervención: El primer nivel se basa en el apoyo local (en la unidad o servicio). Un compañero de equipo entrenado en las habilidades necesarias para dar soporte es el que proporciona un primer apoyo. El nivel 2 es el apoyo individual por profesionales del propio centro entrenados para ello y el tercero es apoyo especializado. En abril de 2020 se aprobó el protocolo de atención a residentes como segundas víctimas, con los 3 niveles y desde entonces se trabaja en un curso de formación de residentes en el primer nivel. Al finalizar dicho curso se viene realizando una encuesta sobre experiencias como segunda víctima.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de este protocolo

Se basa en el análisis de resultados comparativos de la encuesta a residentes antes (2019) y después de la puesta en marcha de este protocolo (2022) Se dispone de datos del curso de 2020, realizado en la pandemia COVID. Se trata de un cuestionario validado previamente anónimo y voluntario y realizado por los residentes de segundo año del Hospital tras la formación básica en seguridad del paciente. Para comparar resultados se ha utilizado el programa SEQUALITA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han obtenido 70 respuestas, todos los presentes en los cursos (28, 17 y 25 alumnos). 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 6,6 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 18, en 2022 contestaron afirmativamente (el 74%, 40% y 72% respectivamente). Comparando las repercusiones en los residentes entre 2019 y 2022, el 33.3% ($\pm 21,8$) de los residentes de 2019 manifestaban haberse sentido menos capaces de trabajar con seguridad y efectividad y en el 2022 era el 29,4% ($\pm 21,7$). Respecto al apoyo recibido el 61.1% ($\pm 22,6$) de los residentes de 2019 referían haberlo obtenido de sus compañeros, y el 94.1% ($\pm 11,2$) en 2022. En 2019 el 16,6% ($\pm 17,2$) se sintió apoyado adecuadamente por el Hospital y en el 2022 subió al 58.8% ($\pm 23,4$). En estas dos últimas preguntas las diferencias son estadísticamente significativas.

Ningún residente ha activado el segundo nivel.

Conclusiones

Hay algún indicio de mejora en el apoyo recibido por los residentes.

ANÁLISIS DE INCIDENTES, IMPORTANTE INDICADOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

JOSÉ ANTONIO DÍEZ GARCÍA; M^a AMPARO SERRANO SERRANO; RUBÉN MANSILLA ABANADES; DIANA GÓMEZ VERDESOTO; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14430

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Celadores de nuestro hospital está realizando desde 2019 un análisis pormenorizado de incidencias en traslados y movilizaciones de pacientes, eventos adversos y reclamaciones y agradecimientos del Departamento de Atención al Paciente, detectados por nosotros o dirigidos a nuestro colectivo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es buscar la mejora de dinámicas de trabajo a partir de los datos obtenidos, prevenir riesgos y posibles errores y favorecer la seguridad de los pacientes.

- Definir y tipificar los casos (sobre todo, los reiterativos).
- Diferenciar las tres fuentes principales de información: incidentes de los celadores, eventos adversos de la Unidad Funcional de Riesgos y Departamento de Atención al Paciente.
- Explotar los datos para: indicadores de calidad, grupos de trabajo y comunicación con diferentes jefaturas y direcciones.

La metodología empleada ha sido:

- Crear una dinámica de análisis de incidentes en traslados y movilizaciones de pacientes incluida en nuestro sistema de gestión por procesos, en la que se recoja:
 - Casuísticas principales (fallo en la identificación de pacientes, fallo en la protección de datos, deficiencias por no tener claras las competencias, falta de atención, información o trato deficiente, traslados incorrectos o innecesarios, transferencias erróneas, movilizaciones incorrectas, etc.).
 - Explotación de datos de forma comparativa y temporal, detectando factores puntuales que pudiese afectar a su variabilidad.
 - Incluir los resultados en indicadores de calidad y trabajarlos cuando proceda en grupos de trabajo o directamente con responsables implicados, así como analizar oportunidades de mejora y nuevos objetivos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2019-2022 se ha constatado:

- Disminución de reclamaciones de usuarios en un 29,7 %
- Disminución de incidentes en traslados (en base a los ítems citados) en un 32,5 %
- Se han fijado los eventos adversos que realmente son, descartando los que son reivindicaciones de trabajo más o menos encubiertas. Aumento en la participación en pactos, acuerdos y grupos de trabajo.
- Se han constatado los siguientes porcentajes en la comunicación de incidentes: por integrantes de la Unidad de Celadores, un 77 %; por la Unidad Funcional de Riesgos, un 10 %, y por parte de Atención al Paciente, un 13 %.

Podemos concluir que:

- El estudio mensual realizado ha colaborado de forma muy positiva con todos los agentes implicados en la transferencia de pacientes y sus cuidados asistenciales.
- Según las cifras obtenidas, ha aumentado la seguridad del paciente respecto a los ítems monitorizados.
- El nivel de participación de nuestro colectivo con este estudio está siendo muy elevado, lo que significa que tenemos un alto grado de implicación en la seguridad del paciente.

RECURSOS DE CONTINGENCIA INFORMÁTICA EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

JUAN JOSÉ VERA GUIRAO; JORGE LÓPEZ DÍAZ; JUAN LUIS JIMÉNEZ MOLINA; M.JOSÉ BLÁZQUEZ ÁLVAREZ; IRIS MUÑOZ GARCÍA; M. LUISA GARCÍA CORBALÁN

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LA ARRIXACA"// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15497

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El Área I dispone de un Plan de Contingencia TI para ofrecer la información clínica suficiente a los profesionales que les permita preservar y mantener los circuitos asistenciales más importantes, frente a la caída de los sistemas informáticos de HCE, aportando seguridad al paciente frente a este evento adverso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A través del Comité de Contingencia se identificó la información clínica y ámbitos, a los que es necesario garantizar el acceso durante la caída de los sistemas informáticos de HCE: en hospitalización, notas de evolución, formularios, informes, resultados de laboratorio, y prescripciones de medicamentos validada por farmacia, y en urgencias además, el listado de situación de los pacientes.

La disponibilidad mínima se ajustó a los controles de enfermería, a través de un "PC de Contingencia" para poder consultar, y una impresora conectada por USB, para poder imprimir. Los PCs están identificados por una etiqueta. La frecuencia de actualización de los objetos clínicos se estableció a las 07:00, 16:00 y 23:00, las prescripciones cuando son validadas, y el listado de situación de urgencias cada 30 minutos. Los documentos se generan en pdf, y vienen marcados con la fecha y hora de su emisión. Adicionalmente, en SELENE existe un formulario de prescripción validada.

Los sistemas informáticos de SELENE y MIRA, vuelcan esa información en un servidor de contingencia con la frecuencia indicada y de ahí se transfiere cada 3h a los PCs de Contingencia.

Se contemplan dos niveles de contingencia, el de caída de un sistema informático, ofreciendo la información desde el PC de Contingencia y a través de una carpeta compartida en el servidor de contingencia, y otro más alto, donde no hay red, con la información residente en el PC de Contingencia.

La seguridad en el acceso a la información se consigue a través de un usuario local del PC, cuya contraseña se distribuye sólo durante la activación del Plan de Contingencia (PdC).

El PdC se ha ido refinando a través de simulacros de los que se han obtenido líneas de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se dispone de una red de contingencia capaz de soportar incluso una caída de las comunicaciones, ofreciendo información clínica en urgencias y hospitalización, permitiendo la continuidad asistencial.
- Los responsables de calidad y supervisores, demuestran interés en la difusión y revisión de sus PCs de Contingencia, lo que demuestra su utilidad percibida.

Conclusiones

Ha resultado de utilidad durante las caídas de los sistemas informáticos o paradas por actuaciones programadas.

Estamos ampliando el PdC, con información de sistemas informáticos departamentales.

El mecanismo resulta de fácil replicación en más PCs del hospital, siendo interesante explorar una red de contingencia basada en M365 que sería altamente resiliente y accesible.

Es imprescindible completar el PdC con las medidas organizativas necesarias para operar en una situación de contingencia. Debemos incorporar a nuestro Centro de Soporte TI que opera 24x7 como actor dentro del PdC.

A PROPÓSITO DE UN SiNASP: CAJAS ESTERILIZADAS CON HUMEDAD

EMILIANA SABUCO TÉBAR; SHIRLEY BEATRIZ PÉREZ ROMERO; VANESA GIL MARTÍNEZ; MÁXIMO CULIAÑEZ ALENDA; ESTHER CÁNOVAS ALCÁZAR; FRANCISCO JAVIER CAMPAYO ROJAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15522

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Se notificaron dos incidentes (SiNAP) relacionados con el procedimiento de esterilización del instrumental quirúrgico. El primero de ellos, reportado el día 23/05/2023, en este, se evidenció humedad en una carga de seis contenedores rígidos. En el segundo incidente, reportado el día 31/05/2023, la carga de dos contenedores perforados también mostró humedad. En el incidente hay implicados dos esterilizadores diferentes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Evaluar los factores implicados en un SiNAP relacionado con la presencia de humedad en los contenedores de material esterilizado.

Metodología

Se realizan las siguientes acciones: revisión de las pautas establecidas en el procedimiento normalizado elaborado por medicina preventiva para la liberación paramétrica de los materiales reprocesados en la central de esterilización (registro físico, indicadores biológicos y químicos), pesado de los contenedores reprocesados y evaluación de la correcta carga del esterilizador, se solicita a la empresa una revisión técnica de los autoclave en el que se realizó el reprocesado, se revisan las fechas y resultados de los mantenimientos preventivos de los autoclaves, se revisa el método de empaquetado de los contenedores esterilizados y se programan formaciones para el personal de quirófano y de la central de esterilización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Evaluación del incidente 1: Contenedor rígido con filtro reutilizable, la casa comercial no aporta certificado del número de ciclos de esterilización del filtro (no conforme); Envoltorio del instrumental, se usa una barrera biológica interna más un contenedor (conforme); Indicadores de proceso (indicador químico, biológico, test de Bowie-Dick), (conforme); Tipo de carga (homogénea, peso, volumen total), (conforme); mantenimiento preventivo, (conforme); Informe de la revisión técnica, la incidencia fue causada por un nivel bajo de vacío provocado por una bajada puntual de presión en la línea de agua, (no conforme); Respecto a las conclusiones de la revisión técnica el ingeniero desestima el motivo de la bajada de presión del agua (no conforme). Evaluación incidente 2: contenedor perforado, con envoltorio con triple barrera, (no conforme); Indicadores de proceso (indicador químico, biológico, test de Bowie-Dick), (conforme); Tipo de carga (homogénea, peso, volumen total), (conforme); mantenimiento preventivo, (conforme); Informe revisión técnica, (conforme).

Conclusiones

Es necesario realizar las siguientes acciones: solicitar a los comerciales que envíen la trazabilidad del número de ciclos a los que ha estado sometido el filtro reutilizable o incorporar contenedores con filtros de un solo uso. Monitorizar las presiones del agua que entra en los esterilizadores Plantear la renovación de las autoclaves por tiempo de uso > 15 años. Envolver los contenedores perforados con 1 capa de papel absorbente en la cara inferior del contenedor, más 1 capa de barrera biológica de 200 galgas y una segunda de 400 galgas.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE MEJORA EN EL ÁREA DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA

MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ; MARTA DÍAZ RAMÓN; JUAN ANTONIO GUTIÉRREZ SÁNCHEZ; MARÍA GUILLÉN DÍAZ; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; JAVIER IBÁÑEZ CATURLA

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15552

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La identificación correcta de la medicación antes de su dispensación y administración al paciente es una actividad básica para asegurar la seguridad del mismo. Por ello, es de gran importancia la realización de circuitos de mejora que tengan como objetivo la disminución de errores en el proceso de reenvasado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es detectar aquellos errores producidos en la identificación de los fármacos y establecer un circuito de mejora.

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se analizaron todos los errores registrados durante el proceso de reenvasado en el Servicio de Farmacia desde enero a diciembre de 2022.

Las variables recogidas fueron: número total de fármacos reenvasados erróneamente, número de fracciones erróneas, grupo farmacológico, forma farmacéutica, motivo de error y número de unidades afectadas.

Tras el análisis, se procedió a la implantación de un nuevo circuito con el objetivo de solventar los problemas detectados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detectaron un total de 65 errores, de los cuales 14 (21,5%) se correspondieron con fracciones.

Los grupos farmacológicos a los que pertenecían los medicamentos fueron los siguientes: antidepresivos (13,8%), ansiolíticos y antipsicóticos (12,3%), antiparkinsonianos (10,8%), antiepilépticos (9,2%), antihipertensivos (7,7%), inmunosupresores (7,7%), antidiabéticos (6,2%), diuréticos (6,2%), citostáticos (4,6%) y otros (21,5%).

La forma farmacéutica más frecuente fue: comprimidos (78,5%) seguida de cápsulas (12,3%), solución oral (4,6%), comprimidos vaginales (3,1%) y supositorios (1,5%).

Las principales causas de error fueron: caducidad incorrecta (64,5%), error en el lote (18,5%) y dosis incorrecta (10,8%).

Más de la mitad de los errores afectaron a un número inferior a 100 unidades (56,9%), entre 100 y 500 unidades en el 35,4% y solo en el 7,7% más de 500.

Con el objetivo de disminuir la frecuencia de error, se ha implantado un nuevo circuito en el área que consiste en indicar una ubicación específica con su correspondiente etiquetado para cada fármaco que necesita ser reenvasado en función de si se trata de comprimidos enteros, fracciones o solución oral. Además, se han programado reuniones cuya finalidad es concienciar tanto a farmacéuticos como técnicos de farmacia del gran impacto negativo que puede suponer para el paciente un error en el reenvasado de la medicación.

Como conclusión, es importante conocer todos aquellos procesos de gran importancia para la seguridad del paciente y analizar qué incidencias y errores se están produciendo para poder instaurar medidas preventivas y/o correctoras. En el caso del proceso de reenvasado, el elevado número de personas que pueden ser alcanzadas por un solo error determina que sea un punto crítico de mejora.

RONDAS DE SEGURIDAD. 9 AÑOS DE EXPERIENCIA PRÁCTICA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

SUSANA URRUTIA GARCIA (1); MIGUEL ULIBARRENA (1); GONZALO CASTRO (1)
MUTUALIA// PAÍS VASCO

ID: 16255

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Rondas de Seguridad (RS) son una práctica recomendada para incrementar la seguridad del paciente. Son visitas periódicas de verificación que permiten conocer la adherencia a las buenas prácticas recomendadas para incrementar la seguridad en la asistencia sanitaria.

Es una manera ágil de concienciación y aprendizaje.

Se trata de involucrar tanto a los mandos como al personal asistencial, que de manera conjunta toman conciencia de la situación analizándola, identifican áreas de mejora y proponen cambios in situ.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Convertir la seguridad del paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria. Objetivos específicos:

Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras.

Identificar áreas de mejora y establecer medidas correctoras si procede. Minimizar el riesgo de eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Las RS consisten en una visita planificada de personal de la Unidad de Gestión de Riesgos (UGR), para establecer una interacción directa con el personal, desde un enfoque de aprendizaje.

Buscan complementar las auditorías internas, verificando la correcta implantación de las medidas definidas para garantizar la seguridad de pacientes.

Disponemos de un checklist con los diferentes ítems a verificar en cada una de las áreas con el personal correspondiente: implantación de las acciones derivadas de los incidentes comunicados a través del sistema de notificación y de las acciones recogidas en los planes de tratamiento de riesgos por servicios.

Posteriormente los coordinadores territoriales de la UGR emiten un informe con el resultado de la visita. En él recogen los incumplimientos detectados, las acciones reparadoras que se ponen en marcha en el momento, y la propuesta de acciones correctivas / de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde que comenzamos en el año 2015 se han realizado un total de 34 RS. Tras cada visita se emite un informe con los aspectos a destacar, las No Conformidades (NC) y las observaciones.

La mayoría de las NC son por desconocimiento de la forma de notificar eventos adversos, la forma de consultar los informes de dichos eventos y quiénes son los interlocutores de Seguridad de Pacientes (SP), también falta de cumplimiento de las normas de higiene de manos.

En ocasiones se detecta que no se ha llevado a la práctica alguna acción derivada de un incidente de seguridad. Cuando se detecta una misma carencia en distintos centros, se definen acciones para la totalidad del Área Sanitaria. La evolución ha sido muy positiva disminuyendo el número de NC.

La cercanía por parte de los Coordinadores de seguridad que realizan las visitas ayuda a sensibilizar al resto de profesionales sanitarios y las personas que reciben la visita lo valoran positivamente, entendiéndolo como un camino hacia la mejora de la asistencia sanitaria.

Esta herramienta nos ayuda a cerrar el círculo: asegurar que lo que se define en la UGR se lleva a la práctica.

OPINIÓN SOBRE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

JULIAN ALCARAZ MARTÍNEZ¹; ELIA ORTEGA ALCARAZ²; LUCIA BALLESTA ARMENTEROS¹; GRACIA ADANEZ MARTÍNEZ²; MARTA PÉREZ VALENCIA¹; MARINA CARRIÓN FERNÁNDEZ¹

¹HOSPITAL MORALES MESEGUER. REGIÓN DE MURCIA, ²UNIVERSIDAD DE MURCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17191

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad en la atención de salud representa uno de los temas prioritarios a nivel mundial. En el año 2004 los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron la "Alianza Mundial para la Seguridad del paciente" que entre otros objetivos, daba gran importancia a trabajar en cultura de seguridad a todos los niveles. Para lograrlo, debe incluirse en la educación desde la formación de pregrado, por lo que muchas organizaciones ya han reconocido la necesidad de entrenar a las próximas generaciones de profesionales de salud en seguridad del paciente. Hay trabajos publicados que esto no ocurre siempre. Un estudio realizado en residentes de medicina mostró que los residentes encuestados desconocían en su mayoría los conceptos básicos explorados, como ejemplo, apenas 19% identificó adecuadamente el concepto seguridad del paciente.

Este año se ha incluido en tercero de medicina en nuestra universidad un taller de dos horas, después de una clase teórica de una hora. En este se tratan generalidades sobre seguridad del paciente y se trabaja con un supuesto práctico en pequeños grupos. Posteriormente se ha pedido la opinión respecto a esta iniciativa

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Evaluar la opinión de los estudiantes sobre un taller de seguridad del paciente.

Metodología

Tras la realización del taller se ha pasado una encuesta de opinión anónima y voluntaria, en papel que consta de 8 preguntas, con respuesta de escala likert del 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) y una final para valorar del 1 al 10 la importancia que tiene la seguridad del paciente en la práctica clínica. Finalmente se dejaba un espacio para emitir propuestas para mejorar el taller.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han repartido encuestas en 6 de los 10 talleres recogiendo 123 cuestionarios (tasa de respuesta 100%) No se continuó con los demás grupos dada la consistencia de las respuestas y para no utilizar más papel.

Las respuestas fueron mayoritariamente positivas. Como ejemplo, en la de si han quedado claros los objetivos del taller, 122 marcaron el 5 (99,2%) y el otro un 4. En la de si debe tratarse la seguridad del paciente en el pregrado, 115 (94%) contestaron totalmente de acuerdo y los 8 restantes, de acuerdo. La que menos respuestas positivas tuvo fue la de "Me gustaría tener más formación en seguridad del paciente" que 76 contestaron 5 (61,8%), 37 marcaron el 4 (30,1%) 9 contestaron 3 y 1 marcó el 2.

En la valoración de 0 a 10 de la importancia que tiene la seguridad del paciente en la práctica clínica, la media fue, 9,8.

Conclusiones

La opinión de los estudiantes ha sido mayoritariamente positiva respecto al taller de formación y a la necesidad de que se trate la seguridad del paciente en el pregrado.

CULTURA DE SEGURIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

MONTSERRAT ABELLÀ PORTA; CARMEN JIMENEZ CIVIT; EVA CORNEJO CID; LAURA RUIZ DE PORRAS ROSELLO; ESTHER CIVIT MERCADE; CARMEN HERNANDEZ NUÑEZ

ABS MONTBLANC// CATALUÑA

ID: 17224

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La OMS define seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud.

La cultura de seguridad del paciente, explica los riesgos a nivel sanitario, aprender de los errores y encontrar nuevas estrategias que mejoren la calidad y la seguridad en la asistencia sanitaria.

Las herramientas que utilizamos son: proactivas, previenen que ocurra el incidente, a través de revisiones estandarizadas y las reactivas, a través de la notificación de incidentes ocurridos, se analizan, gestionan y aplican intervenciones con carácter no punitivo. En nuestro Centro de Salud analizamos los incidentes notificados el equipo de mejora de calidad, formado por profesionales multidisciplinares.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Análisis de las notificaciones realizadas en un centro de salud rural para conocer la evolución en cultura de seguridad del centro de salud.

Metodología

A través del programa sistema de notificación de Seguridad del paciente (SNiSP) se ha estudiado las notificaciones realizadas durante el año 2022 y las realizadas en este último medio año 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

El número total de notificaciones realizadas durante el año 2022 fueron 52, principalmente realizadas a finales de año y las realizadas durante la mitad del año 2023 son 42 con un aumento de las notificaciones durante el primer periodo de año.

El tipo de incidente notificado es parecido, relacionado con la gestión clínicoadministrativa y en segundo lugar la documentación analógica y procedimientos.

La gravedad de los incidentes son los que no producen daño, en 2023 hay un aumento importante de los eventos adversos del 4,7% que producen daño temporal y requieren observación, en relación a 2022 del 3,7%.

Los factores relacionados con los profesionales en 2023 es la aplicación incorrecta de las normas/protocolos (26,5%), lapsus y distracción (18,7%) y exceso de confianza (11%), factor que no aparece en el año 2022.

La ubicación en que se produce el incidente es mayoritariamente en la consulta (26%) y área de enfermería (19%), otra zona importante es el laboratorio (17%), en 2022 la área administrativa estaba en primer lugar.

Conclusiones

Podemos afirmar que existe un importante aumento en la cultura de seguridad en el Centro de Salud, teniendo en cuenta que las notificaciones son voluntarias y pueden ser anónimas.

Durante este primer semestre del año hay un aumento de notificaciones y de su gravedad al notificar eventos adversos que requieren observación y daños temporales al paciente.

Los factores relacionados con los profesionales son causados por falta de atención o no aplicación de los protocolos que puede ser debido a su desconocimiento o por presión la asistencial.

RIESGO DE SUICIDIO Y AUTOLESIÓN: DETECCIÓN PRECOZ Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MERCEDES ZANDIO ZORRILLA; JUANA MARÍA LABIANO TURRILLAS; MAITE RODRÍGUEZ MURUGARREN; CRISTINA GORDO LUIS

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA// COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

ID: 17304

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en todo el mundo hasta ser considerado un problema de salud pública. A nivel hospitalario es necesario el desarrollo de un proceso para aumentar la seguridad del paciente con el fin de minimizar el riesgo de suicidio y autolesión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Definir un proceso para la detección precoz y alerta de los pacientes con conducta suicida y autolesiva, e implantar medidas para aumentar la seguridad en el ámbito hospitalario.

Metodología

Se utiliza el ciclo PDCA para la mejora continua y se cuenta con la participación de un equipo multidisciplinar. El proceso se implanta en todo el hospital, haciendo especial énfasis en las unidades de ingreso no psiquiátrico.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se diseña un proceso para la identificación y manejo precoz de los pacientes con riesgo de suicidio y autolesión en el ámbito hospitalario. La detección se basa en la identificación de dos tipos de factores de riesgo (1) INDIVIDUALES: antecedentes, verbalización de ideación suicida, desesperanza, conducta suicida/autolesiva y (2) AMBIENTALES: falta de apoyo social, situación económico-laboral desfavorable, abuso, acoso y bullying. Ante la identificación de al menos uno de estos factores, el equipo asistencial (médico o enfermera) valora si el paciente tiene presencia actual de conducta o ideación suicida/autolesiva. Si se confirma la sospecha, se registra en la historia clínica y, de forma automática se activa un icono informático para alertar del riesgo del paciente. Fuera del ámbito de psiquiatría, el responsable médico debe solicitar una valoración por parte del especialista en Psiquiatría. Si se confirma el riesgo, se debe valorar si el paciente requiere traslado a la unidad de hospitalización de Psiquiatría. En caso de que el paciente pueda permanecer en la unidad de ingreso, es necesario adoptar las siguientes medidas de prevención: adaptación del entorno, permanecer acompañado por un familiar, retirada de objetos potencialmente lesivos, etc.

Previo a la implantación del proceso, se ha impartido formación a los profesionales implicados. En la monitorización del proceso se identifica que el 81,8% de los pacientes con riesgo de suicidio y autolesión han sido valorados de forma precoz y la alerta de suicidio ha sido activada. En la actualidad se está realizando un rediseño del proceso para mejorar la detección del riesgo.

Conclusiones

El desarrollo e implantación de un proceso sistemático para la detección de pacientes con riesgo de suicidio y autolesión permite identificar de forma precoz dicho riesgo y establecer medidas para aumentar la seguridad. La mejora, tras la medición de los resultados, se ha orientado a la introducción de una herramienta de screening que facilite la detección del riesgo.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MARTA EVA GONZALEZ PEREZ; JOSE SANTOS SALAS VALIEN; MARTA TEJADA GARCÍA; MARIA TERESA PUENTE MARTINEZ; MARIA ANTONIA JIMENEZ LOZANO; MARIA JESUS CESTEROS MORANTE

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON// CASTILLA Y LEÓN

ID: 17391

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los daños ocasionados por la asistencia sanitaria (eventos adversos relacionados con la medicación, infecciones asociadas a la asistencia, o caídas, entre otros), son un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia, que afectan a 1 de cada 10 pacientes atendidos y genera cada año miles de muertes y problemas de salud evitables, con importantes costes sociales y económicos asociados. La cultura de seguridad del paciente (CSP) en las instituciones sanitarias depende de diversos factores organizativos y humanos. La CSP ha sido considerado un elemento clave de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Español desde sus orígenes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo fue detectar áreas de mejora específicas en los conocimientos relacionados con la Seguridad del Paciente (SP) y evaluar las actitudes y percepciones sobre CSP mediante una herramienta, adaptada a profesionales pertenecientes a distintos ámbitos del sistema sanitario, que permita orientar los contenidos en la formación específica en SP.

Metodología

En el seno de la comisión de SP del hospital se creó un grupo de mejora con objeto de detectar y abordar las necesidades formativas en materia de seguridad del paciente en el centro. Para estimar la CSP, se utilizó un cuestionario semiestructurado de elaboración propia, formado por 14 preguntas cerradas de respuesta múltiple (3 demográficas, 3 sobre nociones básicas de SP y 8 sobre gestión de riesgos). En su elaboración se resumieron y adaptaron los principales ítems de la traducción y validación española de la encuesta sobre CSP desarrollada por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality).

Posteriormente se analizaron los resultados con objeto de priorizar y dirigir los esfuerzos formativos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Han respondido 605 profesionales de diferentes categorías: 242 enfermeras (40%), 140 médicos (23%), otras categorías profesionales (37%)... Destaca la participación de los servicios de urgencias, medicina interna, psiquiatría, cirugía general, uci, farmacia. El 37% llevan más de 21 años trabajando en el hospital. Más del 50% contestaron correctamente las preguntas sobre SP. El 57% opina que se cometen más errores por sobrecarga de trabajo. El 63% conoce el sistema de notificación de incidentes y el 31% lo ha usado. El 59% tiene una percepción muy buena o excelente de la seguridad en su servicio.

Conclusiones

El cuestionario desarrollado ha resultado útil para analizar la CSP en nuestro hospital. La participación del personal ha sido aceptable y destaca la de los profesionales con mayor implicación y formación en SP. La valoración global de la CSP fue mayoritariamente positiva, identificándose áreas de mejora específicas como: mayor feed-back de las mejoras implantadas, dar formación en las áreas que aún no tienen gestor de notificaciones. Formar a los profesionales resulta esencial en este cambio de cultura, no sólo para mejorar los conocimientos, sino también para motivar.

INCIDENTES RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO: ABORDAJE DE LA ISOPARIENCIA DE MEDICAMENTOS

MARTA TEJADA GARCIA; MARTA EVA GONZALEZ PEREZ; MARIA TERESA PUENTE MARTINEZ; JOSE SANTOS SALAS VALIEN

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEON// CASTILLA Y LEÓN

ID: 17392

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación son los incidentes que se notifican con mayor frecuencia y en los pacientes quirúrgicos pueden tener consecuencias graves. La similitud de los envases de los medicamentos (isoapariencia) puede confundir al profesional sanitario y contribuir a que se produzca el incidente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Describir los incidentes notificados en el bloque quirúrgico en los que estuvo implicada la isopariencia de medicamentos así como las acciones de mejora implantadas.

Metodología

En la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) de nuestro hospital se analizan y gestionan a nivel local, los incidentes notificados en un sistema de notificación de incidentes sin daño, general, anónimo y voluntario (SISNOT) que afectan a la seguridad del paciente. Se revisaron los incidentes relacionados con la medicación notificados en el bloque quirúrgico en los que el principal factor contribuyente fue la similitud de las ampollas en el año 2022. Un farmacéutico hospitalario, miembro de la UFGR fue el encargado de analizar las presentaciones de los medicamentos implicados y valorar posibles acciones correctoras.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se notificaron 2 incidentes relacionados con la medicación en los que el principal factor contribuyente fue la similitud de las ampollas.

Incidente 1: se notifica que en el carro de medicación de anestesia del quirófano están mezcladas las ampollas de Lidocaina 2 % y las de Lidocaina 5 % de 10 ml. Ambas son ampollas de plástico, con la misma forma y tamaño y el etiquetado es similar, por ello el riesgo de confusión es grande. Acción de mejora implantada: sustitución de las ampollas de Lidocaina 5 % de plástico por ampollas de vidrio.

Incidente 2: se notifica desde el bloque quirúrgico el riesgo de confusión por similitud entre las ampollas de vidrio de bupivacaina 0,25 % y las de bupivacaina 0,5 %. Acción de mejora implantada: sustitución de las ampollas de vidrio de bupivacaina 0,5 % por ampollas de plástico.

Los cambios de presentaciones introducidos se difundieron a través de notas informativas que se distribuyeron en el bloque quirúrgico. La información también se divulgó en las sesiones internas del Servicio de Anestesia.

En ambos incidentes la sustitución de las ampollas implicadas por otras de diferente material (vidrio o plástico) eliminó el problema de isopariencia, facilitó y disminuyó las posibilidades de que se produjera un error de medicación.

Tras adoptar estas medidas no se han notificado en nuestro hospital nuevos incidentes en los que estuviesen implicados los medicamentos descritos.

Conclusiones

La isoapariencia de medicamentos es un problema frecuente en el bloque quirúrgico y que en ocasiones no se detecta hasta que sucede el error. Es muy importante la notificación de estos casos para iniciar posibles acciones de mejora. El cambio de apariencia física de los medicamentos facilita el almacenamiento, el orden del carro de anestesia y disminuye el riesgo de confusión.

SINASP 2012-2022: EL PODER DE LA PERSISTENCIA

VERÓNICA BRUGOS LLAMAZARES; CRISTINA AMADO FERNÁNDEZ; MELODÍA MOLINERO MONTES; ALICIA RUIZ COBOS; MIRIAM GUERRA DIAZ; ROSA GEMA FREIRE RUIZ

GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ÁREAS III Y IV: HOSPITAL SIERRALLANA Y TRES MARES// CANTABRIA

ID: 17591

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de notificación de incidentes, complementan y mejoran la cultura de seguridad en la organización, mediante el aprendizaje del análisis de situaciones o problemas que podrían haber producido o hicieron daño y la puesta en marcha de acciones de mejora para evitarlos. Para su uso sostenido a lo largo del tiempo es importante buscar estrategias que hagan partícipes a los profesionales y generen confianza.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar los resultados del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) en la Gerencia 10 años después de su implantación, la actividad del Núcleo de Seguridad encargado de su gestión e identificar estrategias que hayan contribuido a su mantenimiento en el tiempo.

Periodo a estudio: 13/05/12 al 31/12/22. Tipo de estudio: Descriptivo de los resultados SiNASP (notificaciones, acciones de mejora propuestas) y actividad del Núcleo (composición, reuniones, retroalimentación). Herramienta de evaluación: Módulo de elaboración de informes SiNASP, actas y memorias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A) Resultados: 920 notificaciones (5,6% no pertinentes, problemas de confort, seguridad del profesional), 470 (57,1%) realizadas por enfermería, 307 (33,6%), ocurridas en hospitalización. La mayoría, 561 (61,0%), no llegaron al paciente y se relacionaban con identificación 191 (13,7%), gestión organizativa 165 (11,8%) y medicación 133 (9,6%). Primeras olas COVID: Se mantiene la notificación. Mejoras propuestas: 350 (actualización o elaboración de protocolos, revisión de circuitos, adquisición, sustitución de material/equipos, creación o reactivación de grupos de trabajo, comisiones. Impacto en toda la organización: Elaboración e implantación de procedimiento de identificación inequívoca de pacientes, volantes y muestras, diseño de volante específico para los centros de petición de pruebas de imagen. B) Actividad: Composición del Núcleo [2012: 7 profesionales (áreas médica, quirúrgica, anestesia, preventiva, calidad, dirección); 2022: 20 (las previas más, urgencias, admisión, farmacia, laboratorio). Bajas 19. Cambio de gestor (el saliente propone profesional); Reuniones: 111 (mensuales excepto abril-agosto del 20, COVID). Invitación si es preciso a profesionales no gestores; Retroalimentación: Informes generales 27 (periodicidad 2013-15 trimestrales; 2016-18 cuatrimestrales; a partir del 2019 semestrales), Informes específicos (casos): 18; Sesiones presenciales (formación y difusión de resultados): 67; Artículos boletín: 1-2 por año desde el 2014.

Pese a las barreras (falta de tiempo para gestionar, dificultad para trasladar las mejoras a los profesionales, pandemia), la actividad SiNASP se mantiene tras una década, permitiendo identificar y priorizar problemas de seguridad del paciente, comunicar y establecer alianzas con profesionales, grupos de trabajo, creando un espacio para la reflexión y trabajo en equipo. La estabilidad del Núcleo y búsqueda de distintas estrategias de difusión a través de diferentes canales, podrían haber contribuido a ello.

ADMINISTRACION DE UN FARMACO A DOSIS ALTAS, POR CONCENTRACIÓN ERRÓNEA EN BOMBA DE INFUSIÓN

FRANCISCO JOSÉ LÓPEZ ALACID; JOSE MARÍA MARTÍNEZ OLIVA; MARTA SUÁREZ PÉREZ; YESELIA SÁNCHEZ PARISMORENO; MARÍA FERNÁNDEZ MOLINA; CRISTINA MARÍA ALONSO VILLA

H. G. U. REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17662

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se pauta un fármaco, Argipresina (Vasopresina Arginina), para el tratamiento de la hipotensión refractaria a catecolaminas asociada a un shock séptico, cuando la presión arterial media no se restablece a pesar de la adecuada reposición de la volemia y de la administración de catecolaminas en pacientes de UCI o REA.

Este fármaco lleva poco tiempo en el mercado.

Y en caso de error de prescripción, elaboración o administración las consecuencias pueden ser muy importantes para los pacientes.

Este fármaco es muy potente y no se deben sobrepasar ciertas dosis.

Efecto adverso: Con la concentración de fármaco y dosis correcta, la velocidad de infusión va de 0,75 ml/hora a 2,25 ml/hora como dosis límite; y el fármaco se puso a una velocidad de 6,00 ml/hora

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Objetivo principal: Análisis del evento adverso y solucionarlo para evitar que esta circunstancia no se vuelva a dar.

Objetivos secundarios: Elaboración de un cartel con las dosis de fármaco de Argipresina, su concentración y dosis máxima en ml/h; y posterior difusión a todo el personal donde usen este medicamento.

Metodología

El método es observacional y retrospectivo.

En tratamiento médico se pautó 0,02 UI/min 1,50 ml/hora de Argipresina.

La bomba reflejó una infusión a 6 ml/hora, en vez de marcar 1,50 ml/hora; esto provocó un aumento drástico de la Tensión Arterial.

Se analiza el evento adverso y vemos que la bomba donde se pautó el fármaco estaba programada con una concentración de 0,20 U/ml, en lugar de 0,8 U/ml; por lo que, al meter la orden médica de 0,02 UI/min, la bomba reflejó una infusión a 6 ml/hora.

Analizamos todas las bombas de jeringas de la unidad de UCI, y en todas pasaba lo mismo con respecto a esa programación; por lo que:

- Se avisó a las unidades que utilizaban este fármaco (UCI, REA).
- Se avisó al responsable de las bombas de infusión y se modificó la concentración de este fármaco en las bombas en las unidades de UCI y REA, que era donde se utilizaba esta medicación.
- Se elaboró un cartel con las dosis de fármaco de Argipresina, su concentración y dosis máxima en ml/h; y posteriormente difundirlo a todo el personal donde usen este medicamento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados/Aprendizaje

Se hizo un cambio de concentración del fármaco en todas las bombas de infusión, y el cambio fue a 0,8 UI de argipresina por ml, como indica el tratamiento.

- El cartel se elabora con las Dosis (UI/min) y su Velocidad de infusión (ml/hora), y se pone fotografía del fármaco
- El cartel se difunde a todos los profesionales de UCI y REA, aunque se difunde en sesión de seguridad del paciente al resto del representantes de unidades del hospital.

Conclusiones

Las bombas de infusión, quedan con la concentración exacta y adecuada del fármaco

El cartel se difunde a los profesionales y se pone en la zona cerca de la ubicación de este fármaco.

Esto nos va a asegurar que cuando se utilice este fármaco, sea un paso más para proteger la seguridad del paciente.

¿ESPERMATOZOIDES EN LA ORINA DE UNA NIÑA? ANÁLISIS DE UN ERROR PARA MEJORAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE UN LABORATORIO

PILAR DUARTE GARCÍA; DANIEL PÁRRAGA GARCÍA; ANA MARÍA CERRADA CUESTA; JESÚS CABANES MADRID; ESTHER CAROLINA TAMAYO HERNÁNDEZ; MERCEDES BLANCO COLOMO

HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 17666

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En nuestra comunidad autónoma funciona un sistema de notificaciones on-line de incidentes de seguridad y errores de medicación, al cual pueden acceder todos los profesionales sanitarios. Dichas notificaciones son analizadas por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de nuestro hospital y los referentes de seguridad de cada servicio.

Este trabajo pretende exponer un caso sobre un evento adverso (EA) ocurrido en un laboratorio clínico, donde se informó por error de espermatozoides en la orina de una niña de 5 años, para que pueda resultar útil a otros laboratorios donde este error sea susceptible de repetirse.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar los factores, las causas y las barreras que han fallado y el porqué para proponer medidas de mejora.

Metodología de análisis y gestión de riesgos al detectar un problema de seguridad. Tras la recepción de la notificación del EA, se contacta con las partes implicadas para reunir las con el fin de analizar las medidas que podrían haber evitado el incidente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En nuestro laboratorio, el protocolo de información del sistemático y sedimento urinario comienza con la visualización y validación por parte de los técnicos de laboratorio de la orina. Posteriormente los facultativos revisan en el programa de laboratorio dichos datos, y finalmente emiten el informe. En este caso concreto el personal técnico validó por equivocación unos espermatozoides en una niña de 5 años, dato que no fue detectado por el personal facultativo debido a la alta carga asistencial de ese día y que terminó con el peticionario comunicando dicho resultado a los progenitores de la paciente.

Posteriormente se consultó al laboratorio, donde se revisan las imágenes del sedimento y se constata la ausencia de espermatozoides.

Se define un nuevo protocolo de trabajo en laboratorio: cuando el personal técnico valida espermatozoides, los facultativos reciben en el programa una alerta "Revisión de imágenes: Comprobar" para asegurar una doble revisión. Además, se protocoliza la forma de actuar en función del grupo poblacional: en pacientes pediátricos se informa telefónicamente al peticionario / en mujeres nunca se refleja en el informe / en hombres no se informa la presencia aislada pero sí cantidades abundantes, quedando a criterio facultativo la solicitud de una nueva muestra por contaminación. De este modo solo se podría notificar de espermatozoide en orina de forma activa, y nunca tras un error producido por el cansancio o la presión asistencial.

La plataforma de notificación de EA ha demostrado ser de gran utilidad. La posibilidad de anonimización de las comunicaciones pone el foco en errores en el sistema, lo cual anima a los profesionales a notificar los EA detectados. Además, la estructura de notificación a través de un formulario resulta de gran utilidad para realizar una primera aproximación al EA, analizarlo y establecer acciones para mejorar la seguridad del paciente si procede.

EL RASURADO COMO APORTACIÓN DE SEGURIDAD AL PROCESO QUIRÚRGICO

RAQUEL RACERO ROMÁN; JOSÉ LUIS URRUTIA BARRIOS; JESÚS ZAMORA SAN MARTÍN; JAVIER CRECENTE CALDERÓN; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14437

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Celadores cuenta entre los integrantes de su colectivo con otras categorías profesionales. Una de ellas es el equipo de peluqueros/os, cuya función es el recortado de vello para operaciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas que así lo requieran, en favor de la mayor higiene y asepsia. Es de especial interés para la labor asistencial el conocimiento del procedimiento y sistemática de esta actividad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde 2018 nos planteamos los siguientes objetivos:

- Implementar un procedimiento operativo de rasurado basado, como no puede ser de otro modo, en las instrucciones del Servicio de Medicina Preventiva.
- Establecer con ello una importante mejora para todas las partes interesadas: hacia el paciente, ya que se hace una práctica correcta y normalizada que preserva su seguridad; hacia el personal de enfermería, pues la disponibilidad de un protocolo en cada control hace innecesarias las consultas al personal facultativo; y también hacia el/la peluquero/a, pues conoce el modo de actuación y gana tiempo al no tener que preguntar el tipo de recortado que se precisa por parte del peticionario.

La metodología empleada, por tanto, ha sido la siguiente:

- Reuniones con cada servicio del hospital, buscando la compatibilidad asistencial óptima para preparar los campos en cada caso.
- Dibujo de los diferentes campos a intervenir.
- Preparación de un protocolo operativo que pueda consultarse tanto en Intranet como en cualquier control de enfermería, consensado con los diferentes servicios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mejora del trabajo del peluquero/a en cuanto a rapidez, precisión y criterios.

Reducción del tiempo de actuación al preparar al paciente, pues ya están precisados los tiempos y la metodología.

Disminución de dudas y posibles discrepancias metodológicas u horarias con el personal de enfermería.

Disminución de las reclamaciones por recortado de vello no adecuado en un 95 %

CREACIÓN DE CIRCUITO Y SALA DE ALTA RESOLUCIÓN DE TÉCNICAS QUE PRECISAN DE ANESTESIA, FUERA DE QUIRÓFANO

M TERESA ESCRIBANO HERNÁNDEZ; INÉS INIESTA MARTÍNEZ

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 14618

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Dolor Crónico(UDO) es una unidad de asistencia especializada en la que se tratan a pacientes con dolor derivados desde Atención Primaria y otras especialidades.

El tiempo de espera para el tratamiento de estos pacientes, puede provocar insatisfacción, empeoramiento emocional y de la calidad de vida, entre otros.

Con lo cual, implantando estrategias de mejora en la gestión de esta unidad, reportará claros beneficios en la atención a los pacientes.

Por otro lado, el avance en la tecnología con técnicas médicas menos invasivas, con nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos o paliativos, ha creado la necesidad de realizar un trabajo por el equipo de anestesia, fuera de quirófano.

La seguridad del paciente es lo primordial, por lo tanto, se debe ofrecer un sistema que cuente con todos los materiales necesarios y equipo profesional preparado para los cuidados anestésicos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se ha puesto en marcha un circuito y sala de alta resolución de técnicas, en la Unidad de Reanimación.

Objetivo principal: disminuir la espera de tiempo en la realización de técnicas de la (UDO) y aumentar la seguridad del paciente en el entorno anestésico.

Objetivo secundario: optimización de los recursos hospitalarios.

Se ha elaborado un circuito de atención de alta resolución para pacientes con dolor crónico susceptibles para realizar técnicas de infiltración ecoguiadas. El circuito comienza en Atención Primaria y Consultas Externas de otros especialistas cursando una derivación a la UDO.

Las técnicas son las siguientes: epidural caudal, bloqueos musculares, radiofrecuencia de nervios periféricos y tratamientos con ozono.

El resto de las especialidades que precisan de sedación/ anestesia para sus técnicas, derivan a los pacientes a la Consulta de Preanestesia para su valoración y posterior programación.

Las especialidades que tienen estos tipos de técnicas son : Cardiología (cardioversiones), Neumología (Ecobroncoscopia Lineal o EBUS) , Otorrinolaringología (videosomnoscopias).

Los pacientes se programan en planificación quirúrgica como Quirófano 0 (ambulatorio), he ingresan en la Unidad de CMA.

Se ha habilitado la sala de hemodinámica de la Unidad de Reanimación, denominada REA 0, para la realización de las técnicas invasivas y de las técnicas diagnósticas que precisan de sedación/anestesia.

La sala está dotada con monitorización, área de lavado de manos, ecógrafo, camilla, aparato de radiofrecuencia y neuroestimulador. Cuenta con tomas de oxígeno, vacío, aspiración y un respirador.

Todos los pacientes que han recibido cualquier tipo de anestesia, pasan por Reanimación antes de volver a CMA. Se dispone de equipo personal compuesto por : anestesista, enfermera y TCAE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el 2022 se realizaron un total de 378 técnicas en REA 0, siendo el 70% técnicas de la Unidad del Dolor Crónico. El tiempo de espera para los tratamientos de la UDO se ha reducido.

No tuvimos ningún incidente de seguridad del paciente, los que supone un aumento en la Calidad de los Cuidados.

SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO: MONITORIZACIÓN DE ERRORES DE IMPLEMENTACIÓN EN LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA QUIRÚRGICA

MARTA JOVER AGUILAR; LAURA MARTÍNEZ ALARCÓN; ÁNGEL ESTEBAN GIL; CARIDAD MARÍN HERNÁNDEZ; JULIO JOSÉ LÓPEZ-PICAZO FERRER; PABLO RAMÍREZ ROMERO

INSTITUTO MURCIANO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA PASCUAL PARRILLA. REGIÓN DE MURCIA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN ARRIXACA//REGIÓN DE MURCIA

ID: 14833

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una de las dimensiones claves de la calidad asistencial, siendo un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud. En este sentido, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son la principal causa prevenible de eventos adversos graves en pacientes hospitalizados, siendo una cuarta parte de ellas infecciones del sitio quirúrgico. Se estima que hasta el 60% de ellas podrían evitarse aplicando medidas preventivas eficaces, entre las que destaca la profilaxis antibiótica quirúrgica (PAQ), incluida en las recomendaciones de "no hacer" (RNH) basadas en la evidencia científica. Sin embargo, la existencia de RNH no es suficiente para garantizar una mejora de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Para disminuir la prevalencia de prácticas "no hacer" es necesario también crear indicadores y diseñar un plan de monitorización de RNH.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del trabajo fue monitorizar el porcentaje de adecuación en el uso de la Profilaxis Antibiótica Quirúrgica (PAQ) en los pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.

El plan de monitorización se basó en el uso de la metodología de muestreo de aceptación de lotes (LQAS), con una frecuencia de medición bianual. Como fuentes de datos se usó el libro de registro quirúrgico (intervenciones), el programa informático Selene (formulario quirúrgico) y la prescripción electrónica asistida (protocolos de profilaxis). Se consideró profilaxis adecuada cuando i) un paciente no precisa antibiótico y no se administra; ii) precisa antibiótico y se administra según la guía vigente del hospital (5 correctos: antibiótico, momento de administración, duración del tratamiento, dosis y pauta). Se estableció como excepción aquellos pacientes con infección activa, confirmada o sospechosa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el año 2020 el porcentaje de PAQ adecuadas fue del 61% (39 PAQ inadecuadas) siendo en más del 50% la causa de error la dosis y/o duración errónea del tratamiento, estando por debajo del estándar establecido en el Pacto de Gestión del hospital (75%). Sin embargo, en el año 2021, los datos se mejoraron de forma sustancial, superando el umbral establecido, ya que se alcanzó un 94% de PAQ (1 PAQ inadecuada donde se precisó de un fármaco y no se puso). Para el año 2022, aunque se produjo un ligero descenso del porcentaje de PAQ 89% (11 PAQ inadecuadas, donde el 100% de los errores fueron por dosis y/o duración errónea del tratamiento) el Servicio de CGD siguió manteniendo el porcentaje de PAQ por encima del umbral establecido.

Se puede concluir que, en los últimos 3 años, el Servicio de CGD ha mejorado en la adecuación en el uso de la PAQ, sin embargo, es necesario iniciar un ciclo de mejora que nos permita detectar porqué siguen produciéndose errores en la duración y dosis de los tratamientos antibióticos en los pacientes quirúrgicos.

PROGRAMA DE MEJORA EN LA APLICACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

AMPARO GIMÉNEZ REQUENA; HUMBERTO ARANDA DANSO; SAGRARIO DEL CAMPO RODRIGUEZ; MARI JOSÉ COLOMINA SOLER; JORDI CASTILLO GARCÍA

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE// CATALUÑA

ID: 17075

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Muchos de los incidentes en quirófano se relacionan con falta de comunicación entre el equipo, transmisión de información incorrecta o incompleta, y automatización de rutinas que pueden causar olvidos. El Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) permite que todo el equipo compruebe una serie de requisitos antes, durante y después de la cirugía, corrigiendo fallos y reforzando la seguridad del paciente

A pesar de la evidencia de la efectividad del LVQ, en nuestro hospital su uso no supera el 70%, con un seguimiento desigual entre equipos, y no se aplica de manera adecuada

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Asegurar el cumplimiento adecuado del LVQ para mejorar la seguridad del paciente reduciendo los riesgos asociados a la atención quirúrgica

Metodología

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar:

1. Identificaron barreras del hospital para la aplicación correcta del LVQ. Fueron similares a las de la bibliografía: unas relacionadas con organización de equipos (falta de tiempo, prisas antes y después de la cirugía, falta de definición de funciones y de trabajo en equipo) y otras con la actitud de profesionales (no conciencia de la importancia LVQ, falta de liderazgo, sensación de ridículo). Este trabajo facilitó el diseño posterior del método de aplicación del LVQ y del plan de implantación
2. Definieron la metodología de aplicación del LVQ: responsabilidad de la coordinación, verificación y registro, método de verificación, procedimiento (cuando, quien, qué y cómo) de la verificación en 3 tiempos recomendada por la OMS
3. Definieron el método de implantación: creación del comité de seguridad quirúrgica, identificación de 22 referentes de seguridad (cirujanos, anestesiólogos y enfermeras) de apoyo para la implantación y seguimiento del programa, y de otras futuras acciones de mejora relacionadas con la seguridad quirúrgica, presentación del programa a enfermeras, cirujanos y anestesiólogos en las sesiones clínicas de servicio, formación con técnica de simulación a todos los profesionales del área quirúrgica sobre el procedimiento de aplicación del LVQ (400 profesionales repartidos en 40 sesiones con dos casos por sesión), diseño de pósters recordatorios localizados en el área quirúrgica

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

No contamos aún con resultados del impacto del programa, ya que se encuentra en fase de implantación. Se han desarrollado ya los 3 puntos de la metodología, a excepción de la formación. Se evaluarán:

- Evolución de los indicadores de cumplimiento: % pacientes intervenidos de Q programada con LVQ aplicado (1ra pausa) y % LVQ con aplicación de todos los ítems (3 pausas).
- Resultados de una encuesta pre-post implantación del programa, diseñada para evaluar cambios en la percepción de utilidad y uso del LVQ (programa google forms). La encuesta pre ya se ha realizado.
- Resultados en la adquisición de conocimientos entre el debriefing del 1º y 2º caso de simulación de cada sesión de formación.

Los resultados y conclusiones se expondrán cuando concluya la formación en el mes de septiembre.

ESTUDIO DE SEGURIDAD DE LA DIETA LIBRE FRENTE A LA PROGRESIVA DURANTE UN EPISODIO DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

MARÍA RAMÍREZ FARACO¹; FRANCISCO MIGUEL GONZÁLEZ VALVERDE¹; JORGE ALEJANDRO BENAVIDES BULEJE¹; PEDRO PARRA BAÑOS¹; MARÍA MAESTRE MADERUELO²; MARIA VALERO SORIANO¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. REGIÓN DE MURCIA, ²COMPLEJO HOSPITALARIO SANTA LUCIA DE CARTAGENA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17214

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La dieta progresiva (DP), compuesta por líquidos durante los 2-3 primeros días y dieta blanda baja en fibra después, es el consejo dietético habitual durante un episodio de diverticulitis aguda no complicada (DANC). No existe evidencia científica que sostenga esta recomendación sin embargo, la creencia de que esta dieta es más segura que una Dieta Libre ha perpetuado su uso en la gran mayoría de los servicios de cirugía general.

Presentamos un ensayo clínico que evalúa la seguridad de la dieta libre en pacientes con DANC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo ha sido demostrar la no inferioridad en términos de seguridad terapéutica, de una DL frente a una DP en el tratamiento de la DANC.

Se realizó un ensayo clínico randomizado en bloques balanceados de 6 celdas, metacéntrico, en pacientes con DANC entre abril de 2.018 y mayo de 2.019. Los sujetos se aleatorizaron para comparar una DL frente a una DP en 5 centros de la Región de Murcia, la Comunidad Valenciana y Andalucía.

Para valorar la seguridad terapéutica, se realizó un análisis de no inferioridad teniendo en cuenta la proporción de complicaciones y acontecimientos adversos ocurridos en el primer mes en los dos grupos del estudio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 132 pacientes (66 en cada grupo). La edad media fue de 55.7 (DT13.8) años y el 52.3% eran varones. Ambos grupos del estudio eran homogéneos en características demográficas y antropométricas.

Tras el análisis no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones, demostrando la no inferioridad de la DL frente a la DP en este sentido.

La dieta libre ha demostrado no ser inferior a la dieta progresiva en cuanto a la aparición de complicaciones en la diverticulitis aguda no complicada, por lo tanto, consideramos que puede ser recomendada de forma segura en el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada, contribuyendo así a la normalización de la vida del paciente.

SEGURIDAD EN QUIRÓFANO: ACCIONES DE MEJORA TRAS ANÁLISIS DE DATOS DEL CHECK-LIST QUIRÚRGICO

MONICA GARCIA PEREZ¹; ROBERTO BOTELLA MIRA¹; ALMA EGEA FERRER²; HECTOR MARTÍNEZ CARPINTERO¹; NIEVES MARTINEZ GARRE¹; TERESA GEA VELÁZQUEZ DE CASTRO¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ALICANTE. COMUNITAT VALENCIANA, ²HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE// CASTILLA-LA MANCHA

ID: 17531

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de OMS pone en marcha en 2008 la iniciativa "La cirugía segura salva vidas", con el objetivo de reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. Entre las herramientas que ofrece a los equipos quirúrgicos para este fin está el listado de verificación quirúrgica (LVQ), que incluye una serie de controles de seguridad que se pueden llevar a cabo en cualquier quirófono cuyo objetivo es reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y trabajo en equipo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es determinar el cumplimiento del LVQ y las variables relacionadas con el mismo para detectar oportunidades de mejora.

Se seleccionaron todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en 2022, en el bloque quirúrgico (BQ), compuesto por 10 quirófonos.

Se excluyeron las intervenciones de cirugía menor, así como aquellas que se habían realizado en quirófonos diferentes a los del BQ.

Las variables recogidas fueron: cumplimiento listado de verificación quirúrgica (si, no); modalidad quirúrgica (cirugía mayor ambulatoria, cirugía mayor con ingreso); tipo de programación (urgente, programada); quirófono (1 al 10), servicio (cirugía general, cirugía máxilo facial, cirugía ortopédica y traumatología, dermatología, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología y urología), tipo de anestesia (combinada, general, local, loco-regional, monitorizada y sin anestesia) y mes de la cirugía.

Se calculó el cumplimiento del LVQ, como el cociente ente el nº de intervenciones con LVQ*100/nº total de intervenciones. También la frecuencia absoluta y relativa para las diferentes variables establecidas. Se realizó un análisis bivariado utilizando como variable dependiente el cumplimiento del LVQ y como independientes el resto de variables, y se analizó usando el test estadístico de X², considerando significativo una p<0,005.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El cumplimiento del LVQ fue de 94,4%.

De ellas, 65,3% correspondieron a cirugía mayor con ingreso. En el 79,2% el ingreso se realizó de forma programada. El 26% de las intervenciones realizadas correspondieron al servicio de oftalmología, el 20,6% a traumatología y el 17,8% al servicio de cirugía general. El tipo de anestesia fue general en el 44,2%, monitorizada 23,1% y loco-regional 20,9%.

El cumplimiento en intervenciones programadas fue 95,6% frente al 89,8% en intervenciones urgentes; 97,5% de cumplimiento en cirugía mayor ambulatoria frente al 92,8% en cirugía mayor con ingreso. El servicio que mayor cumplimiento mostró fue oftalmología con 99,8%, seguido de cirugía maxilofacial con un 98,9%.

El cumplimiento del LVQ es aceptable, existe un margen de mejora que corresponde a cirugía urgente, con ingreso, con anestesia loco-regional y a servicios quirúrgicos específicos.

Vencer las barreras y establecer elementos facilitadores redundará en una reducción de las complicaciones quirúrgicas y en una mejora de la calidad asistencial, llegando a conseguir lo que la propia OMS definió como cirugía segura.

¿PODEMOS MEJORAR LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA? INTEGRACIÓN DE PRUEBAS DE IMAGEN DE CENTROS CONCERTADOS

ESTHER CÁNOVAS ALCÁZAR; MARIA AMPARO EGEA VALERA; INES MARTÍNEZ CARMONA; ANTONIO LUIS PEDREÑO BARCELÓ; LUCIA FERRANDIZ ROCA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17688

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La cirugía representa uno de los pilares básicos de la medicina moderna a nivel mundial. Sin embargo, no está exenta de complicaciones, por lo que requiere de equipos de trabajo coordinados y de infraestructuras cada vez más complejas. Los listados de verificación quirúrgica han demostrado ser una importante herramienta para prevenir las potenciales complicaciones derivadas de este tipo de procedimientos tanto en el periodo perioperatorio como durante la cirugía en sí. La visualización de imágenes esenciales es primordial para asegurar una adecuada planificación sirviendo de guía en muchas intervenciones como en procedimientos ortopédicos/vertebrales o en la resección de tumores.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal ha sido asegurar la visualización de imágenes esenciales previo y durante el procedimiento quirúrgico en aquellos pacientes a los que dichas pruebas se les han realizado en Centros concertados con el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Así mismo, integrar las pruebas de imagen en la Historia Clínica de estos pacientes.

Diseñamos un circuito piloto de integración local de pruebas de imagen realizadas en Centros concertados con el SMS. Fueron necesarias varias reuniones con los distintos Servicios implicados: Documentación, Informática, Admisión, Atención al Usuario, Traumatología, Radiología y Gestión del Riesgo Sanitario con el apoyo de Dirección Médica, Gerencia y Dirección de Enfermería, para realizar la planificación del circuito así como, el seguimiento en su implementación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En primer lugar, se realizó un estudio observacional retrospectivo de las inclusiones en lista de espera quirúrgica realizadas en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología durante el mes de febrero de 2023 con el objetivo de conocer, a priori, la capacidad local de la que disponíamos para digitalizar las imágenes. Durante ese periodo fueron incluidos 126 pacientes, de los cuales 69 aportaban en formato CD pruebas de imagen realizadas en un Centro concertado, indispensables para la realización de la técnica quirúrgica prevista. Así mismo, realizamos un análisis de los recursos disponibles: profesionales y equipos informáticos, se ha formado a los profesionales mediante un curso para este cometido y los equipos informáticos se ha puesto en marcha.

En el diseño del circuito se ha prestado especial atención en asegurar la trazabilidad de dichas las pruebas de imagen, que, posteriormente van a ser digitalizadas insistiendo en cada uno de los pasos en la correcta identificación del paciente (utilizando al menos 2 identificadores inequívocos) y registrando el lugar donde se encuentra el CD en cada uno de los momentos (Consulta, Admisión o Documentación) hasta su envío al archivo de historias clínicas.

Pensamos que la integración de imágenes en la historia clínica del paciente es fundamental en la seguridad del paciente quirúrgico y esta medida supone una importante oportunidad de mejora en nuestra Área y esperamos, en el futuro, poderla implementar en otras especialidades.

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA TRAS CIRUGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA: APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA

MILAGROS GARCÍA AROCA; IRIS MUÑOZ GARCÍA; MARIA JOSEFA BLÁZQUEZ ALVAREZ; ARTURO PEREDA MAS; JOSE ELISEO BLANCO CARNERO; MARIA CONCEPCIÓN CARRASCOSA ROMERO

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17708

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) indicada como profilaxis antitrombótica en el paciente postquirúrgico se establece a las 12 horas tras la cirugía y posteriormente cada 24 horas de la primera dosis, lo que provoca una dispersión horaria de administración dependiente del fin de la cirugía y la prescripción farmacológica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es analizar el registro de administración de HBPM en pacientes ginecológicas y obstétricas después de una intervención quirúrgica tras la instauración de un ciclo de mejora.

Durante el primer trimestre del año 2022, se desarrolló en un hospital de tercer nivel un protocolo de prescripción destinado al abordaje farmacoterapéutico postquirúrgico en pacientes intervenidas por el servicio de ginecología y obstetricia. El protocolo incluyó la estandarización horaria de la administración de HBPM, quedando establecida la primera dosis a las 12 horas tras la salida del quirófano y prescripción del tratamiento en el programa de prescripción electrónica (PEA) del centro, y las dosis sucesivas se establecieron a las 22:00h del día siguiente a la intervención si ésta se realizaba en horario de mañana, o las 9h del segundo día de la intervención si se realizaba por la tarde.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Antes de la aplicación de la estandarización horaria (enero-marzo 2022), el registro de administraciones de HBPM en el PEA por parte de enfermería de la unidad de hospitalización fue: Dosis No administradas (n=527; 72,2%), administradas (n=201; 27,5%) y suspendidas/pausadas (n=2; 0,3%).

Tras la puesta en marcha de la estandarización (abril-junio 2022), el registro de administración fue: Dosis No administradas (n=141; 22,6%), administradas (n=476; 76,3%), suspendidas/pausadas (n=7; 1,1%).

La puesta en marcha de este circuito ha permitido incrementar el registro de administración en el PEA de HBPM tras 12h de la cirugía y la continuación de las mismas, en base a la hora de la intervención, evitando la dispersión horaria, garantizando la trazabilidad del circuito prescripción-validación-administración, aportando seguridad en el uso de estos fármacos en las pacientes ginecológicas y obstétricas.

VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS ASOCIADOS A TOXICIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD

PAULA TORRANO BELMONTE; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; JAVIER IBAÑEZ CATURLA; ADRIÁN MARTÍNEZ OREA; JOSE CARLOS TITOS ARCOS; JOSEFA LEÓN VILLAR

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15085

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La presencia de determinados polimorfismos en los genes DPYD (dihidropirimidina deshidrogenasa) y UGT (uridinadifosfato glucuroniltransferasa) se asocia con un mayor riesgo de toxicidad severa durante el tratamiento con fluoropirimidinas (5- fluorouracilo y capecitabina) e irinotecán, respectivamente. Desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) se ha recomendado la realización de pruebas de genotipo o fenotipo en pacientes candidatos a ser tratados con estos fármacos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer el impacto que ha supuesto en la validación de tratamientos del Área de Farmacia Oncohematológica (AFOH) la determinación de polimorfismos en DPYD y UGT en el momento de la validación de los tratamientos, para evitar la toxicidad en el paciente y conseguir la máxima efectividad del tratamiento.

La validación y determinación de los polimorfismos de genes UGT Y DPYD lleva realizándose en el hospital desde enero 2018 y enero de 2020 hasta mayo 2023 a los pacientes tratados con irinotecan y fluoropirimidinas, respectivamente. Desde el AFOH, realizamos una validación de todos los tratamientos que contengan dichos citostáticos con el fin de ajustar la dosis en caso necesario. En el caso de una homocigosis de variantes de pérdidas de función en el gen de DPYD, se recomienda no iniciar el tratamiento. Si este gen está en heterocigosis, se recomienda administrar las dosis a la mitad. Para la alteración en las enzimas UGT, la presencia de heterocigosis se mantienen las dosis habituales, pero en el caso de homocigosis, se disminuiría la dosis a la mitad. Para conocer el impacto, se realizó una búsqueda en el módulo AVIDA® del programa Farmis_Oncofarm® de todos los pacientes tratados con estos citostáticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo de estudio, fueron validados en el AFOH 1697 pacientes, de los cuales a 433 pacientes se le realizó la determinación de UGT y a 1264 pacientes la determinación de la enzima DPYD para pacientes candidatos a fluoropirimidinas (634 pacientes tratados con capecitabina y 630 pacientes tratados con 5-fluorouracilo).

La individualización de los tratamientos con fluoropirimidinas e irinotecán guiada por estudio farmacogenético de los genes contribuye a la prevención de la toxicidad severa asociada al tratamiento en pacientes con déficit de actividad de estas enzimas. Además, esta actividad constituye una herramienta más de validación farmacéutica para garantizar una mayor seguridad y calidad de los tratamientos.

MEDIDAS PARA PREVENIR ERRORES DE MEDICACIÓN DESDE UN SERVICIO DE FARMACIA

MÓNICA GRANERO LÓPEZ; MARIA ISAURA PEDREIRA VÁZQUEZ; ANA MARÍA MONTERO HERNÁNDEZ; ALICIA FERNÁNDEZ LÓPEZ; ISAURA RODRÍGUEZ PENÍN

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL// GALICIA

ID: 15219

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) se definen como cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos. Pueden ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso de utilización de los medicamentos y suelen deberse a múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Incluyen errores en la prescripción, comunicación, etiquetado, preparación, dispensación y administración, entre otros.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue describir las acciones realizadas desde un Servicio de Farmacia (SF) para prevenir los EM. Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel durante los años 2021, 2022 hasta mayo 2023. Nuestro SF se encuentra certificado por la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 y los EM constituyen un riesgo identificado, analizado y valorado en la matriz de riesgos, lo que implica la necesidad de proponer medidas correctoras para su prevención. Se recogieron dos tipos de acciones para evitar los EM: mejoras en el programa de prescripción electrónica asistida (PEA) y el reetiquetado de medicamentos por motivos de seguridad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mejoras en la PEA: introducción de recomendaciones de la prescripción y consejos de administración para enfermería (2021: 25; 2022: 27; 2023: 35); creación de protocolos para estandarizar la práctica clínica (2021: 7; 2022: 4; 2023: 3); inclusión de resoluciones de la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica, Informes de Posicionamiento Terapéutico y alertas de seguridad (2021: inclusión de dicha información en 44 medicamentos; 2022: 65; 2023: 35); vinculación de datos analíticos (aclaramiento de creatinina) a medicamentos que requieren ajuste de dosis con lo que durante el proceso de prescripción y validación se genera un aviso con una recomendación al respecto si ese medicamento precisase ajuste de dosis (2021: 55; 2022: 6; 2023: 1); definición de interacciones clínicamente relevantes que pueden tener consecuencias clínicas graves (2021: en 17 medicamentos; 2022: 17; 2023: 7).

En el 2023 se ha iniciado el proyecto de elaboración de prospectos de medicamentos para pacientes externos accesibles desde el programa de PEA, para facilitar su visualización e impresión para el paciente en el momento de la dispensación. Hasta mayo 2023 se han elaborado un total de 72 prospectos.

En cuanto al etiquetado, se reetiquetaron por motivos de seguridad 4 especialidades farmacéuticas en 2021; en 2022: 14 y en 2023: 2. De ellas, 18 se etiquetaron por desabastecimiento del medicamento nacional e identificación de la presentación extranjera y 2 por cambio en la expresión del principio activo como base en lugar de como sal.

Como conclusión durante el período de estudio queda reflejado que las mejoras en el programa de PEA y en el etiquetado por seguridad se han mantenido a lo largo de los años, poniendo de manifiesto la implicación del SF en la prevención de EM.

ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE DOSIS SEMANALES INDIVIDUALIZADAS DE METADONA A UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIA

MARÍA GUILLÉN DÍAZ; NOEMÍ MANRESA RAMÓN; ADRIÁN MARTÍNEZ OREA; JAVIER IBÁÑEZ CATURLA; PAULA TORRANO BELMONTE; MARÍA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15422

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La metadona es un opiáceo clasificado como medicamento estupefaciente que reduce los síntomas de abstinencia en pacientes dependientes de opiáceos. El Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) ha desarrollado un circuito óptimo para el abastecimiento de la fórmula magistral de metadona solución oral coordinado con el centro de atención de drogodependencias (CAD) adscrito a nuestro área de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollo del circuito de elaboración y dispensación de metadona solución oral de dosis semanales solicitadas por el personal de enfermería adscrito al CAD.

Estudio observacional retrospectivo de siete meses de duración (octubre 2022-abril 2023). El circuito consiste en que un día a la semana, el Área de Farmacotécnica del SFH recibe un email desde el CAD solicitando el número de botes y cantidad a reenvasar de metadona. Dicho correo debe adjuntar el vale de estupefacientes de los miligramos totales de metadona elaborados. Para unificar dichos volúmenes se acordaron las siguientes cantidades: 14, 21, 28, 56, 70, 84, 126 y 500 ml, este último, es necesario para dispensaciones extras.

Como medida de seguridad en la Región de Murcia, se consensuó la concentración de metadona elaborada por los centros hospitalarios a 5 mg/ml. Recibido el email, programamos la elaboración de metadona trabajando con el procedimiento de trabajo normalizado (PNT) donde se recogen los siguientes controles de calidad: medición del pH (no superior a 6.5), control de pesada de metadona clorhidrato polvo, características organolépticas (líquido transparente), volumétrico de la cantidad reenvasada, control microbiológico recogido en la Real Farmacopea Española (el mismo lote satisface a más 25 pacientes/lote) y cuantitativo a través de HPLC. Existe una demora en los resultados de controles microbiológicos y cuantitativos por parte de Microbiología y el laboratorio de Salud Pública de la Conserjería de Sanidad respectivamente. La caducidad es de dos meses a temperatura ambiente. La fórmula magistral en cuarentena se guarda en la caja fuerte hasta la validación por parte del farmacéutico que acredita que cumple los controles citados. Una vez liberada la metadona, se procede al envío al CAD de los envases elaborados para la dispensación unitaria por parte de enfermería del CAD.

Las variables fueron recogidas a través del programa del SFH (Sovac®): número de pacientes y envases y mililitros de metadona elaborados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para un total de 60 pacientes dependientes del CAD se han preparado 115.755 ml de metadona requiriendo 1.617 frascos de plástico topacio. Hemos detectado un error en la elaboración de metadona, siendo infraterapéutica gracias al control cuantitativo con una desviación mayor del 5%. No se detectó ningún crecimiento microbiológico anómalo.

La coordinación multidisciplinar, con papel activo de enfermería y farmacéutico, permite optimizar el uso de metadona en un CAD, permitiendo el ajuste de dosis y reducir el riesgo de manipulaciones y administraciones erróneas.

MINIMIZACIÓN DE ERRORES EN LA DISPENSACIÓN DE RADIOFÁRMACOS A PACIENTES PEDIÁTRICOS POR METODOLOGIA AMFE

MARÍA DE LA LUZ BRAVO-FERRER MORENO; ÁNGELA ALONSO GARCÍA; ANDREA BLESA JIMÉNEZ; CARMEN BELÉN OTERO ALONSO; MARÍA ALEJANDRA ASENSIO RUIZ; MARÍA TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15452

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los radiofármacos son medicamentos que contienen uno o más radionucleidos en su formulación cuya administración supone una irradiación al paciente, y por tanto, un riesgo asociado de carcinogénesis. La administración de radiofármacos a pacientes pediátricos está armonizada en las guías correspondientes, sin embargo, debido al riesgo de efectos adversos derivados de errores de medicación en una población sensible, se plantea la implantación de medidas que aporten seguridad al proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Aplicar el análisis modal de fallos y efectos (AMFE) a los procesos que se llevan a cabo en nuestra Unidad, en concreto, en la dispensación de radiofármacos para pacientes pediátricos.

Se constituyó un grupo de trabajo compuesto por un facultativo especialista en radiofarmacia, un farmacéutico interno residente y un técnico de radiofarmacia. Se revisaron los recursos técnicos y el circuito de trabajo, se hicieron entrevistas al personal implicado, se estudió el registro de las incidencias relacionadas y se recopilaron propuestas de mejora. Con esta información se realizó la valoración numérica de la severidad, la probabilidad y la detectabilidad de cada modo de fallo del proceso, se cuantificó el riesgo mediante el número de prioridad de riesgo (NPR), se establecieron medidas de mejora y se realizó de nuevo el análisis AMFE recalculándose el NPR por cada modo de fallo y del proceso, a los seis meses de su implantación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La evaluación inicial del proceso de dispensación de radiofármacos en pacientes pediátricos tuvo un NPR total de 72. De los modos de fallo, el relacionado con errores en el listado de pacientes, lista de prescripción y etiquetado de dosis, presentó el NRP más elevado, de 36. Se proponen acciones de mejora sobre este fallo, en concreto, un doble etiquetado para pediatría, consistente en la etiqueta habitual con la información del radiofármaco y una etiqueta distintiva de paciente pediátrico. A los 6 meses se mide el NPR y su valor desciende a 12 en el modo de fallo y a 48 en el NRP total.

El doble etiquetado en dosis pediátricas supone una acción de mejora de bajo coste, bajo riesgo y fácil implantación, con impacto positivo en la seguridad del proceso.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE ANTISICÓTICOS DE LARGA DURACIÓN EN UN AREA DE SALUD Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

JOSE MARIA ALONSO HERREROS; CRISTINA MARIN; JUAN JIMENEZ ROSET; CRISTINA GONZALEZ PEREZ-CRESPO; MARIA DEL MAR SOLER SOLER; ALICE CHARLOTTE VINEY

HOSPITAL LOS ARCOS MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15493

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los enfermos mentales suelen tener graves problemas de adherencia al tratamiento. Los antipsicóticos parenterales de larga duración(ALP) suponen ventajas aunque se han descrito problemas relacionados con su uso, como las indicaciones autorizadas, necesidad de dosis superiores a las autorizadas, dosis orales complementarias, o tratamiento conjunto con anticonvulsivante, además de mantener casos de mala adherencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En un área sanitaria, se decidió analizar el uso ALD y protocolizar las intervenciones para posibles problemas relacionados.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre ALD incluyendo protocolos asistenciales en vigor. Se revisaron los consumos por receta durante 2022 de ALD, identificando pacientes con dosis superiores a las aprobadas, o menores a las prescritas. Tras ello se diseñó un algoritmo de actuación, y recogida de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El algoritmo de actuación incluía diversas intervenciones:

- Fuera de ficha técnica(FFT): preparación de protocolos según evidencia para tramitar los usos fuera de indicación según la legislación vigente
- Sobredosificación:
 - o Monitorización de niveles plasmáticos(NP) y su ajuste según farmacocinética.
 - o Ajustar protocolos para tramitar usos FFT.
 - o Verificar historial para valorar posible desprescripción.
- Asociación con medicamentos orales del mismo principio activo:
 - o Monitorización de NP y su ajuste según farmacocinética.
 - o Ajustar protocolos para tramitar autorizaciones usos FFT.
 - o Verificar historial para valorar posible desprescripción.
- Asociación con medicamentos orales con distinto principio activo (anticonvulsivantes):
 - o Monitorización de NP (antipsicótico y antiepiléptico).
 - o Ajustar protocolos para tramitar autorizaciones de usos FFT.
 - o Verificar historial para valorar posible desprescripción.
- Tratamiento con biperideno u otros signos de reacción adversa:
 - o Ajuste de dosis y desprescripción
- Baja adherencia: entrevista terapéutica y asistencia domiciliaria para la administración.

Se encontraron 280 pacientes con ALD, con 60 con consumos no adecuados.

30 posibles baja adherencia, atendidos o evaluados para asistencia domiciliaria

30 con hiperconsumo, para NP y uso FFT

19 con diagnósticos diferentes a la esquizofrenia para los que se ha solicitado uso FFT

15 con biperideno, en proceso de reducción de ALD.

20 con 2 antipsicóticos pero solo 11 como pauta de rescate (FFT pero dentro de las recomendaciones)

15 con anticonvulsivantes para los que se les ha solicitado NP y uso FFT.

Como conclusión, el procedimiento establecido es útil para identificar a pacientes con problemas relacionados con el tratamiento de ALD, e iniciar distintas intervenciones. Es necesario esperar un cierto tiempo para detectar si se ha logrado mejorar el perfil de utilización y la calidad de vida de los pacientes.

VALIDACION DE UN PROCEDIMIENTO PRÁCTICO PARA LA ACREDITACIÓN DE EQUIPOS Y MANIPULADORES DE MEDICAMENTOS PELIGROSOS

JOSÉ MARÍA ALONSO HERREROS; YLENIA CAROLINA LOPEZ GARCIA; JUAN CARLOS RUIZ RAMIREZ; MARIA DEL MAR SOLER SOLER; ALICE CHARLOTTE VINEY; MARIA CRISTINA GONZALEZ PEREZ-CRESPO

HOSPITAL LOS ARCOS MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15501

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

En farmacia hospitalaria se manipulan gran cantidad de medicamentos que suponen un riesgo tanto para el manipulador como para los pacientes, como antitumores, inmunosupresores y otros medicamentos peligrosos (MP).

Para asegurar la seguridad tanto del paciente como del manipulador es necesario controlar el proceso de elaboración, incluyendo tanto la técnica de los manipuladores, como la calidad de material. Este control es esencial si se usan Sistemas Cerrados de Transferencia de Medicamentos (SCTM) pues pueden inducir una falsa sensación de seguridad, y a descuidar otros aspectos de la técnica con posibles consecuencias. Son numerosas las normativas que proponen (en algunos países obligan) que los manipuladores de MP realicen pruebas periódicas –teóricas y prácticas – para acreditar su capacitación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Disponer de un procedimiento de evaluación de la técnica de manipulación de MP, tanto para el personal como para el equipo (SCTM).

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre marcadores para pruebas similares y se valoraron distintas concentraciones.

En una segunda fase, se realizó una observación directa de los procesos en la manipulación MP seleccionando aquellos considerados críticos (donde más fácilmente se producían escapes). Una vez seleccionados se estableció un procedimiento que reproducía todos estos procesos, en el que se podía introducir el marcador elegido, y se determinó los puntos a examinar para buscar contaminaciones.

Como validación, 5 manipuladores con experiencia lo llevaron a cabo por duplicado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como marcador se seleccionó fluoresceína en un rango de concentraciones de 0.3% a 0.04% El procedimiento incluía los siguientes procesos:

Transferencia vial-jeringa y jeringa-vial por SCTM

Transferencia vial-jeringa y jeringa-vial por aguja

Transferencia ampolla-jeringa

Transferencia jeringa-jeringa por trasvasador

Transferencia jeringa-jeringa por aguja

Filtración desde jeringa

Transferencia de jeringa a frascos abiertos

Transferencia por medio de sistemas de suero

Como puntos a comprobar la presencia de contaminante se establecieron:

Superficie de trabajo (cuantitativo)

Trasvasador

SCTM

Filtros de jeringa

Guantes

Derrames/salpicaduras

De las 10 repeticiones del procedimiento, se produjeron derrames en dos, que causaron más de 20 salpicaduras en el campo de trabajo y presencia de fluoresceína en los guantes. En los restantes, el número de salpicaduras varió de 2 a 11 y no hubo contaminación en los guantes. En todos los casos se observó fluoresceína en los trasvasadores, filtros, y extremos de los SCTM.

En conclusión:

El procedimiento descrito es válido para acreditar a manipuladores y equipos. Es necesaria una capacitación específica para la manipulación de MP

El uso de SCTM no garantiza la seguridad del manipulador, por lo que se debe seguir usando Equipos de Protección Individual y cabinas de seguridad.

EVALUACION Y MEJORA DE LA INFORMACION ESCRITA SOBRE MEDICAMENTOS DIRIGIDA A PACIENTES EXTERNOS

INMACULADA SÁNCHEZ MARTINEZ; MARIA ANTONIA RODRIGUEZ MOLINA; FRANCISCO VALIENTE BORREGO; JUAN ABELLON RUIZ; CARMEN CABALLERO FRANCO; NURIA GARCIA SANCHEZ

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15577

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La dispensación a pacientes externos por los Servicios de Farmacia de los Hospitales, ha adquirido una gran relevancia en los últimos años. Una de las actuaciones más destacadas consiste en informar al paciente sobre el tratamiento farmacológico, instrucciones de utilización, correcta conservación y, en su caso, gestión de residuos y tratamiento de excretas. Dicha actividad se apoya de información escrita diseñada por el farmacéutico en un lenguaje adaptado, y considerada clave para una utilización segura de los medicamentos directamente entregados al paciente. La calidad de dicha información debe ser continuamente revisada y actualizada con el fin de prevenir incidentes de seguridad asociados

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar y mejorar la calidad de la información escrita que se entrega a pacientes externos atendidos en un servicio de farmacia. Se diseñó una primera evaluación como parte de un ciclo de mejora de calidad de los boletines diseñados por el servicio de farmacia para ser entregados al paciente, usuario o cuidador. Se evaluó el cumplimiento de 8 criterios para cada boletín disponible en el momento del análisis (n=145), incluyendo la información tanto para fórmulas magistrales elaboradas como para medicamentos comercializados industrialmente (sin que la información entregada sustituya al prospecto oficial incluido cuando lo hubiera). Los criterios fueron: denominación farmacológica correcta (C1), actividad farmacológica (C2), vía de administración (C3), actuaciones ante olvido de dosis (C4), interacciones relevantes (C5), normas de conservación (C6), gestión de residuos (C7), datos de contacto del servicio de farmacia (C8)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se obtuvo un 100% de cumplimiento para C1, C2, C3 y C5. Sin embargo, el cumplimiento sobre información ante olvidos de dosis (C4), normas de conservación (C6) y datos de contacto (C8) fue de un 87%, 83% y 41% respectivamente. Se determinó como incumplimiento si la información no era completa o actualizada (como en el caso del teléfono de contacto del servicio). Las normas de conservación de fármacos termolábiles no se consideraron completas si no aparecía información sobre actuaciones en caso de pérdida de la cadena de frío. Se detectó un bajo cumplimiento (2,75%) de la información sobre gestión de residuos (C7): tan solo en 4 de los 145 boletines.

Conclusiones

Es necesario actualizar la información escrita sobre medicamentos entregada al paciente, especialmente en cuanto a gestión de residuos, actuaciones ante olvido de dosis y pérdida de la cadena de frío. Igualmente es indispensable actualizar el teléfono de contacto directo. Las actividades relacionadas con el proceso de evaluación continua de calidad permiten detectar oportunidades de mejora relacionadas con la información sanitaria dirigida al paciente, y con la seguridad en la utilización del medicamento. Sin embargo, sería necesario implementar la validación con el usuario final para una correcta autoevaluación y mejora de la calidad de dichos documentos.

OPTIMIZACIÓN DE LA DOSIMETRÍA EN PACIENTES CON EXPLORACIÓN PET- TC CON [18F]F-FDG EN EL ÁREA II DE LA REGIÓN DE MURCIA

ANGELES GARCIA ALIAGA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15586

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La mayoría de exploraciones para diagnóstico por imagen PET-TC utilizan en su protocolo la administración intravenosa de [18F]F-FDG. Según la ficha técnica de este radiofármaco la actividad recomendada para un adulto de 70 kg es de 100 a 400 MBq, esta actividad debe ajustarse en función del peso corporal del paciente, tipo de cámara utilizada y modo de adquisición de imágenes. Las exploraciones PET-TC con [18F]F-FDG en el área II de la Región de Murcia se realizan con una posología distinta a la recomendada en la ficha técnica por lo que se propone optimizar la actividad administrada a los pacientes para reducir la dosimetría de la exploración.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El protocolo de las exploraciones para diagnóstico por imagen PET-TC con [18F]F-FDG utilizado antes de este estudio implicaba la administración de dosis fijas de 370 a 400 MBq independientemente del peso del paciente.

El objetivo de este estudio es modificar el protocolo de modo que la actividad administrada a los pacientes sea en función del peso con una posología de 3,7 MBq/kg.

A través de un equipo multidisciplinar formado por la unidad de Radiofarmacia junto a los servicios de Radiofísica Hospitalaria y Medicina Nuclear se investigó las características de la cámara PET-TC utilizada, se revisó el protocolo de adquisición de imágenes utilizado y se valoró positivamente el cambio de posología.

Por último, se revisaron los resultados obtenidos durante las primeras semanas de la implantación del nuevo protocolo en sesiones conjuntas de la unidad de Radiofarmacia y el servicio de Medicina Nuclear.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La reducción media de la dosimetría fue la siguiente: la dosimetría para los pacientes con un peso inferior a 50 kg fue del 43% respecto a la anterior, los pacientes de 51 a 60 kg un 32%, los pacientes de 71 a 80 kg un 22%, los pacientes de 81 a 90 kg 13%, los pacientes de 91 a 100 kg un 5% y los pacientes de más de 100 kg no obtuvieron beneficio.

Las imágenes obtenidas en los pacientes con un peso menor de 80 kg con la nueva posología mostraron una mejor resolución de imagen debido a la disminución de actividad de fondo.

El nuevo protocolo para las exploraciones PET-TC con [18F]F-FDG quedó implantado de manera satisfactoria en el área II de la Región de Murcia. El cambio de posología en la actividad del radiofármaco [18F]F-FDG permitió disminuir de forma significativa la dosimetría de los pacientes además de la obtención de mejores imágenes en pacientes con un peso inferior a 80 kg.

ELABORACIÓN DE KITS DE PREMEDICACIÓN EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO

MARIA DEL CARMEN SOLA ZARAGOZA; VANESA DOMINGUEZ LEÑERO; JOSEFA LEON VILLAN; MARIA DOLORES MARTINEZ AMANTE; MARIA DEL CARMEN PAGÁN NAVARRO; ANA BELEN FERNANDEZ GARCÍA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15613

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Determinado pacientes oncohematológicos necesitan premedicación oral previa a la administración de su tratamiento. Esta premedicación es administrada en hospital de día y susceptible de errores a la hora de la dispensación por su variabilidad, por lo que estandarizarla y protocolizarla aumenta la seguridad en la administración al paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Identificar y estandarizar la premedicación oral de los pacientes en tratamiento con Daratumumab.

Elaboración por el Técnico Auxiliar de Farmacia (TAF) de kits diferentes para prevenir errores de medicación y facilitar su administración.

Garantizar la disponibilidad permanente de la medicación oral, previa a la infusión del tratamiento quimioterápico, mediante el control de consumo y stock.

Disminuir el tiempo de enfermería de hospital de día para la preparación y administración de la premedicación oral.

Metodología

Se han estandarizado y elaborado cuatro tipos de Kits de Premedicación Daratumumab: Kit 1: Dexametasona 40mg + Montelukast + Paracetamol + Dexclorfeniramina.

Kit 2: Dexametasona 40mg + Paracetamol + Dexclorfeniramina.

Kit 3: Dexametasona 20mg + Montelukast + Paracetamol + Dexclorfeniramina. Kit 4: Dexametasona 20mg + Paracetamol + Dexclorfeniramina.

Estos kits irán identificados con la medicación que contienen, el lote y la caducidad. Son embolsados y dispensado por el TAF a hospital de día, donde el enfermero encargado de cada paciente lo dispensará directamente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se elaboran semanalmente 10 unidades de cada uno de los 4 kits y se dispensan a hospital de día. Se ha estandarizado con este método, la premedicación de pacientes en tratamiento con daratumumab, evitando así potenciales errores de medicación y se han disminuido los tiempos de preparación de esta premedicación por de hospital de día, ya que tienen la medicación agrupada en el kit y solo tienen que entregarla al paciente.

Conclusiones

La estandarización y preparación de kits de premedicación oral para pacientes en tratamiento con daratumumab, ha aumentado la seguridad del paciente evitando potenciales errores de medicación y disminuyendo el tiempo de enfermería de hospital de día para esta tarea.

SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE SPRAVATO® (ESKETAMINA) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR

MARÍA GUILLÉN DÍAZ; MARÍA DOLORES NAJERA PÉREZ; ADRIÁN MARTÍNEZ OREA; ELENA RUBIO TEROL; LYDIA FRUCTUOSO GONZÁLEZ; JUAN ANTONIO GUTIÉRREZ SÁNCHEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15618

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La esketamina es una nueva estrategia terapéutica de uso hospitalario, indicada en adultos con trastorno depresivo grave, con poca experiencia en vida real. Es necesario disponer de circuitos adecuados para garantizar su administración segura y conocer la perspectiva de los pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer un circuito para la prescripción, dispensación, administración y seguimiento de pacientes en tratamiento con esketamina. Conocer la opinión del paciente mediante encuestas de satisfacción sobre la atención recibida por el personal sanitario. Monitorizar la administración y reacciones adversas de esketamina, así como identificar puntos críticos del circuito.

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes en tratamiento con esketamina desde febrero 2023 a mayo 2023. El primer contacto es con una interconsulta de Psiquiatría al Servicio de Farmacia. Se evalúa el cumplimiento de los criterios de inclusión: haber estado en tratamiento con al menos tres estrategias antidepresivas distintas. Se revisa la medicación crónica para evitar posibles interacciones farmacológicas. Se cita al paciente y se le brindan unas indicaciones de forma telefónica: lugar y hora de la administración, ayuno previo 2 horas antes y no beber media hora antes y acompañamiento familiar debido a la imposibilidad de conducir después de la administración. En la primera administración, se proporciona al paciente un tríptico informativo sobre el fármaco y se realiza una entrevista oral para detectar cambios en su medicación. En la segunda administración, se aplica un cuestionario de satisfacción para evaluar la atención recibida por farmacia y enfermería, el tiempo de espera, el horario y el ambiente del lugar de administración.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los efectos adversos más comunes fueron: mareo (100%), ansiedad (60%), aumento de presión arterial (60%) y disociación (40%). Un paciente abandonó el tratamiento voluntariamente y otro finalizó debido a la falta de eficacia tras evaluación psiquiátrica. En el cuestionario de satisfacción, se evaluaron aspectos como horario de administración (80% de acuerdo, 20% lo consideraba no compatible con la vida laboral), tiempo de espera y sala de administración (100% satisfechos), información y trato del personal sanitario (100% excelente) y preferencia de administración acompañados por pacientes en su misma situación clínica (60% prefieren estar acompañados por un familiar).

El circuito establecido ha permitido la coordinación entre el Servicio de Psiquiatría y de Farmacia. Los resultados evidencian la necesidad de valoración de la intervención farmacéutica en el entorno hospitalario, abordando problemas de adherencia y coordinación, teniendo en cuenta la opinión de los pacientes. Se logró mejorar el horario de administración, ofreciendo dos opciones para aquellos que no pueden acudir a primera hora de la mañana, y de esta forma, reducir el tamaño de los grupos de pacientes a fin de garantizar mayor privacidad. Ningún efecto adverso llevó a la suspensión del tratamiento.

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS EN PACIENTES > DE 70 AÑOS

IRIA MUIÑO BOVÉ; JOSUE SUÁREZ PASTOR; PERE CONSTANT BLASCO; MARIONA CAPDEVILA MARTINEZ; SANDRA GÓMEZ CORTÉS

CUAP SALOU// CATALUÑA

ID: 17235

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Como parte de un proyecto de retirada de dichos fármacos liderados desde farmacia, se nos facilita metodología de análisis y bibliografía. Obtenemos 397 pacientes de un total de 2093 (18.99%) que consumen benzodiazepinas actualmente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es 2% de reducción en el porcentaje de consumo de benzodiazepinas (equivaldría a un consumo del 17% de la población, , una reducción de 68 pacientes).

Se decide realizar dos propuestas de mejora: una sesión formativa sobre las benzodiazepinas (efectos adversos, alternativas y formas de deprescripción) a los profesionales sanitarios de nuestro centro y consultas individualizadas de deprescripción de benzodiazepinas con los pacientes seleccionados.

De cada cupo de pacientes asignados a un médico, se seleccionaron entre 3-5 pacientes mayores de 70a y en tratamiento bdz. A los pacientes seleccionados se les realizará diferentes visitas médicas para educación sanitaria con el fin de conseguir la deprescripción.

Se deja un tiempo de 4 semanas para poder organizar las visitas con los pacientes seleccionados y posteriormente se valorará la intervención revisando cada paciente para valorar si la retirada de benzodiazepinas ha sido efectiva.

Finalmente se calculará el número de pacientes en tratamiento con benzodiazepinas tras la intervención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó consulta de deprescripción a 44 pacientes de los cuales se consiguió eliminar su consumo de 27 pacientes (61.4% de éxito de retirada) de un total de 397 pacientes mayores de 70 años que consumían BZD previo a nuestras intervenciones. Los resultados sobre la población tras ambas intervenciones fue que un 19,69% de pacientes mayores de 70 años consumen benzodiazepinas (0'7% aumento).

Por tanto, trabajando en muestras pequeños y de forma individualizada conseguimos buenos resultados, a pesar de que su impacto sobre el indicador global no es significativo. Los resultados demuestran la tendencia a seguir prescribiendo dichos fármacos, que justifica el aumento, a pesar de la intervención realizada.

Los resultados a pequeña escala y en números absolutos totales, nos hace pensar que la deprescripción es una forma de trabajar en el día a día, más que en cortes transversales con intervenciones exclusivas sobre indicadores únicos y que evitar la inercia terapéutica es imprescindible para mejorar la prescripción.

Nos planteamos trabajar la deprescripción de benzodiazepinas, en el contexto de revisión de planes de medicación como polimedicados o pacientes crónicos.

El tiempo en consulta es una limitación, por tanto la intervención oportunista de educación sanitaria en uso seguro del medicamento de todos los profesionales mejora la información del paciente y facilita la deprescripción.

Un plan de formación relacionada con el uso seguro del medicamento, ayuda a los profesionales a buscar las alternativas más seguras para el paciente. El sistema informatizado puede ayudarnos en la prescripción de fármacos seguros, con alertas e indicadores de calidad en prescripción farmacológica.

SOBREDIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UN EAP RURAL

ALBERT DEL POZO NIUBÓ; PERE CLAVER LUQUE MARTÍ; MÓNICA LLUIS BURGUEÑO; MARIA TERESA LARA PEDROSA; YOLANDA GONZÁLEZ ONCINS; GERARD EZQUERRA BARBARA

EAP FALSET// CATALUÑA

ID: 17267

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Habitualmente se mencionan los elevados índices de infradiagnóstico de esta enfermedad. Hemos querido evaluar la presencia de sobrediagnóstico de la enfermedad en nuestro territorio. La bibliografía existente determina entre un 25 y un 60% el sobrediagnóstico con implicaciones en el sobretratamiento de los pacientes, sobrecostes de proceso y exposición innecesaria a efectos indeseables de los fármacos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo

Determinar el grado de sobrediagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en el territorio.

Pacientes y métodos: Criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico EPOC (alta) registrado en Estación clínica Atención Primaria (eCAP). Exclusión: Pacientes en situación éxitus o desplazados. Diagnóstico EPOC dado de baja.

Estudio retrospectivo cualitativo en el que se accede a las espirometrías de los pacientes con EPOC para determinar la calidad del diagnóstico (correcto o incorrecto) según criterios espirométricos (índice de Tiffenau (IT) postbroncodilatación < 70% del teórico). La información se recoge vía eCAP mediante observación y evaluación de las espirometrías registradas. Selección de toda la población del equipo de atención primaria (EAP) Falset con el diagnóstico activo. en una segunda fase se realiza una revisión aleatoria del resto de EAP del territorio de Reus-altebrat.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: Se analizan 426 pacientes de un total de 1146 (37,17) con diagnóstico activo de EPOC. 134 pacientes (31,45%) presentan espirometría accesible con criterios espirométricos EPOC, 172 (40,37%) no disponen de espirometría accesible en su historia clínica y 120 pacientes (28,17%) tienen espirometrías de patrón no obstructivo (IT >70% postbroncodilatación).

Dentro del EAP estudiado hay 101 pacientes (de un total de 164) sin criterios espirométricos de EPOC (70% por falta de espirometría). 72% tienen prescrito tratamiento broncodilatador. El 16% de los pacientes fueron diagnosticados entre el 1 de enero de 2020 y el 5 de mayo de 2022.

Conclusión: En el EAP estudiado, el 61,58% de los diagnósticos EPOC no reúnen criterios espirométricos de EPOC. El 72% de estos pacientes tiene tratamiento prescrito broncodilatador sin diagnóstico correcto. En el resto de territorio se analizaron 262 pacientes (25,66% de los 1021 diagnósticos de EPOC). El 40,84% disponían de espirometrías no obstructivas y el 31,3% (82 pacientes) no disponían de espirometrías (70% pre pandemia COVID).

EVALUACION Y MEJORA DEL PROCESO DE REENVASADO DE MEDICAMENTOS SOLIDOS PARA DISPENSACION POR DOSIS UNITARIAS

INMACULADA SÁNCHEZ MARTINEZ; ADRIAN BANEGAS PEREZ; JUAN ABELLON RUIZ; FARBOD GOLNABI DOWLATSHAHI; MARIA ANTONIA RODRIGUEZ MOLINA; FRANCISCO VALIENTE BORREGO

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17289

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El reenvasado de medicamentos es el procedimiento empleado en los servicios de farmacia (SF) para adaptar al sistema de dispensación por dosis unitaria (SDMDU) las marcas comercializadas que lo precisen, alterando el acondicionamiento primario o secundario pero garantizando la correcta identificación para evitar posibles errores. Existen diferentes equipos disponibles en el mercado para esta tarea (reenvasadoras de sólidos), los cuales requieren adecuada cualificación, y generan elevado número de recursos humanos y materiales (plástico, papel y aluminio). Por tanto, disminuir el número de marcas comerciales a reenvasar adquiere importancia, ya que supone prevenir posibles problemas de seguridad relacionados con los medicamentos en el circuito hospitalario, y a la vez disminuir la huella de carbono generando menos residuos desde el SF

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Implantar una instrucción técnica (IT) que garantice la correcta utilización de una nueva reenvasadora de sólidos adquirida en el SF, sin poner en riesgo la seguridad del paciente. Reducir el número de marcas comerciales de fármacos sólidos orales adquiridas por nuestro SF que precisen reenvasado y poder reducir así la generación de residuos, a través de una menor huella de carbono.

Metodología

Se analizó el manual del nuevo equipo adquirido (HOSPIFAR® Dosimed), y se impartió una sesión formativa por el proveedor al personal, previa a su puesta en marcha en el servicio. Se evaluaron los manuales disponibles hasta la fecha, para la adaptación, redacción de la IT y actualización del procedimiento normalizado de trabajo (PNT) del reenvasado de sólidos del SF. Se evaluaron las marcas comerciales adquiridas durante 2022, y se analizó la disponibilidad de otras marcas ya adaptadas a SDMDU. Se consultó el archivo histórico de reenvasado del SF, y la información disponible a través de la sociedad española de farmacia hospitalaria para calcular la reducción de residuos materiales y el ahorro potencial de tiempo empleado por el personal

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha obtenido una instrucción técnica (IT) detallada para el personal técnico auxiliar del servicio, encargado de la tarea del reenvasado diario. De las compras realizadas en 2022 se detectaron 49 marcas comerciales para las cuales existían alternativas adaptadas al SDMDU. Desde el análisis hasta la actualidad solo 5 de esas 49 se siguen adquiriendo por diferentes motivos, por lo que hemos reducido en torno a un 90% las marcas susceptibles de reenvasar, lo que supone una reducción de 4,2 Kg de residuos materiales y de 9,3 horas de trabajo del personal.

Conclusiones

Con la participación del SF se ha implementado la adecuada utilización del nuevo equipo de reenvasado, y se ha adaptado la adquisición de marcas comerciales optimizando los recursos disponibles y contribuyendo a la reducción de la huella de carbono. Es destacable el papel que la industria farmacéutica está llevando a cabo para colaborar con los sistemas sanitarios y la sostenibilidad medioambiental.

VACUNACIÓN ESCOLAR. LA SOMBRA DE LO INVISIBLE

ANA CLÁUDIA PEREIRA DE OLIVEIRA; MARIA JOSE LIAÑO; MARIA PILAR ALVAREZ GARCIA

CAP SANT GENÍS, CST// CATALUÑA

ID: 17431

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Las campañas de vacunación escolar masiva en territorio español tienen inicio en los años 60. Considerando este un procedimiento más eficiente y con mejores resultados de cobertura vacunal, son varias las Comunidades Autónomas que en algún momento de la escolarización trasladan esta actividad de los Centros de Atención Primaria a los centros escolares bajo estrictos protocolos de actuación. Sin embargo, este no es un acto libre de sombras, desde el trabajo invisible de los profesionales responsables por ello a los riesgos que se le asocian.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Identificar prácticas inseguras relacionadas con la vacunación escolar
- Mejorar el proceso de vacunación escolar

En nuestra área de influencia, un 25% de los incidentes notificados relacionados con vacunas ocurren en la comunidad, siendo un 16% del total en contexto de vacunación escolar. Tras el análisis causa-raíz, se identifican puntos comunes que ponen en énfasis prácticas inseguras. Revisando el análisis de procesos, se evidencia la importancia del trabajo invisible sistemático no relacionado con el acto físico de vacunar propiamente dicho, tal y como lo contemplan las guías y protocolos de práctica clínica. Es imprescindible:

- correcta identificación de los pacientes,
- revisión de las historias clínicas
- validación de vacunación grupal,
- preparación del material necesario,
- entorno adecuado y documentación necesaria (libre de distracciones, autorización firmada y libro de vacunas)
- adecuada técnica de administración para evitar reacciones adversas
- capacitación para actuación ante situaciones de emergencia

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se identifican prácticas inseguras relacionadas con:

- Comunicación con agentes educativos y familias
- Falta de acceso a información de salud
- Falta de responsabilidad individual
- Organización de los equipos
- Protocolos y formación
- Entorno no sanitario
- Registros incompletos
- Cadena de frío

La pérdida de información de valor por dificultades en el acceso a información y/o incumplimiento de registros es tal vez la primera causa que precipita los eventos adversos asociados a la vacunación escolar y por eso un importante punto de mejora.

Estos incidentes a pesar de ser considerados habitualmente de bajo riesgo tienen alto potencial de generar segundas víctimas por su relación directa con pacientes pediátricos.

El trabajo previo de los profesionales responsables de la vacunación escolar carece muchas veces de reconocimiento y visibilidad.

El uso de listas de verificación puede ser de gran ayuda para sistematizar el proceso de vacunación escolar, poniendo de manifiesto parte del mismo que es invisible y eliminando prácticas con alto potencial para hacer sombra a los puntos fuertes de estas campañas.

ACCIONES DE MEJORA PARA ABORDAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CRISTINA MARCOS LEZCANO; SONIA GONZÁLEZ GONZALO; MERCE GASULL GOMIS; ELENA MATEO ZAPATA; ENCARNACIÓN RUIZ MORCILLO; MARGARITA MARTIN MOUAT

CAP SANT SALVADOR// CATALUÑA

ID: 17552

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El centro de salud en el que trabajamos atiende a una población de 11.469 habitantes, de los cuales sólo un 14% es población mayor de 65 años.

Dentro del número total de habitantes encontramos que el 79% es autóctono y que el 21% restante es de otras nacionalidades, concretamente un 12,6% es población marroquí.

Los problemas crónicos más relevantes en nuestra población son la obesidad, hipertensión arterial no complicada, trastornos de ansiedad, alteraciones del metabolismo lipídico y la diabetes no insulino dependiente.

Dada la situación tan variable en la que nos encontramos decidimos que queremos analizar la adherencia al tratamiento ya que es un dato que no es visible dentro de nuestra base de datos y por tanto no tenemos información de partida. Todo ello también nos permitirá hacer un análisis de dudas que puedan tener los pacientes respecto el tratamiento y mejorar la concordancia entre lo que realmente se toman y lo que hay registrado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En este caso lo que queremos es analizar los resultados sobre la adherencia al tratamiento mediante el cuestionario Morisky-Green en la población adulta y con problemas crónicos de nuestro centro de salud, con el objetivo de detectar las características más relevantes de los pacientes no cumplidores, para posteriormente realizar intervenciones dirigidas a este grupo y mejorar la adherencia.

Para ello, cualquier profesional sanitario del centro que se encuentre con un paciente mayor de edad y con una o más patologías crónicas, ya sea en consulta o domicilio, realizará el cuestionario Morisky-Green. Para explotar los datos a posteriori, se acuerda de hacer un registro los usuarios a los que se les ha realizado el cuestionario incluyendo el CIP de los pacientes. El objetivo será valorar los siguientes datos: edad, sexo, autóctono, cuestionario morisky-green, numero de fármacos recogidos a SIRE, vivir solo, enfermedades silentes (HTA, DM, DL) y deterioro cognitivo.

Para obtener más información, se puede pedir al usuario que lleve toda la medicación que toma siguiendo la metodología "bolsa".

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La situación inicial muestra que no hay registros de la prueba Morisky-Green para los pacientes del grupo mencionado anteriormente (mayores de edad y con una o más patologías).

Una vez obtenidos los siguientes resultados será necesario analizarlos para comprobar que grupo es más cumplidor en los diferentes ítems mencionados anteriormente.

Después de revisar diferentes estudios que evidencian que la polifarmacia y el aumento de edad (>50 años) son factores que se asocian a una menor adherencia al tratamiento, consideramos importante determinar acciones de mejora para abordar la población que sea menos cumplidora con el fin de mejorar su adherencia al tratamiento y, por tanto, su calidad de vida.

OBSERVACIONES DE FARMACIA PARA ENFERMERIA: CÓMO UNA ACCIÓN SENCILLA AYUDA A CONSEGUIR UN GRAN BENEFICIO

RAFAEL ILARDIA LORENTZEN; ARANZASU ARROITAJAUREGI GUTIERREZ; MIREN ZUAZO OROZKO
HOSPITAL GORLIZ// PAÍS VASCO

ID: 17618

Tipo de comunicación: Póster
Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La inserción de catéteres vasculares es una práctica habitual en el paciente hospitalizado, siendo el catéter periférico corto el más utilizado. A la hora de escoger el dispositivo adecuado son tres los factores que se han de tener en cuenta: las características del paciente, las características del fármaco y la duración del tratamiento. Con respecto al fármaco, la complicación más habitual es la flebitis química, especialmente si se administran medicamentos irritantes con catéteres venosos cortos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para ayudar en la elección del dispositivo adecuado, y en línea con el proyecto BPSO Guía de Acceso Vasculares, desde la Farmacia del Hospital empezamos a redactar una alerta en el primer trimestre de 2021, valiéndonos del programa de prescripción electrónica asistida. Este programa, entre otras ventajas, permite que tres colectivos, personal médico, Enfermería y Farmacia, compartamos la información. Así, cuando desde Farmacia se detecta la prescripción de un medicamento irritante venoso, emite la alerta: "ATENCIÓN: medicamento que precisa acceso vascular avanzado (midline o PICC). Consulta con Equipo de Terapia Intravenosa – ETI".

Esta alerta quiere ayudar en la elección del dispositivo vascular más adecuado cuando se utiliza un fármaco irritante o vesicante, ya que éste debe ser infundido por un acceso vascular avanzado tipo midline o catéter central de inserción periférica (PICC), en detrimento de los catéteres venosos cortos. De esta forma queremos contribuir a reducir la flebitis química.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implementación de la Guía de Accesos Vasculares del proyecto BPSO, con las medidas dirigidas a una correcta elección del dispositivo de acceso vascular, el número de catéteres venosos cortos ha disminuido en un 52%, mientras que el de los dispositivos avanzados, especialmente midlines, ha aumentado en un 400%.

Con la implantación de la alerta, del total de solicitudes de canalización de dispositivo vascular avanzado, el 22% se debe a la prescripción de medicamentos irritantes. Los más frecuentes son meropenem (38%), ertapenem (22%) y vancomicina (9%).

La tasa de flebitis ha disminuido en un 46%, si bien es cierto que han intervenido más factores, como la mejora en el mantenimiento de los accesos vasculares. Pero elegir el dispositivo en función de las características del medicamento ha tenido, sin duda, un papel importante.

Como despliegue a futuro se plantea revisar la bibliografía actual para ampliar la alerta a más medicamentos potencialmente irritantes, así como empezar a redactar una alerta para tratamientos intravenosos superiores a 6 días.

ADAPTACIÓN DE TAREAS Y CONTROL DE MATERIALES, UN SEGURO PARA TRABAJADORES Y PACIENTES

M^a CARMEN IZCARAY GARRIDO; ANTONIA PEÑA DEL RÍO; ADORACIÓN VIDAL REQUEJO; PURIFICACIÓN VILA MANSILLA; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14432

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El colectivo de celadores del hospital tiene una excelente dinámica de adaptación de tareas de su personal al puesto de trabajo, en caso de que tenga indicaciones del Servicio de Prevención debidas a su estado de Salud. Por otra parte, cuenta además con un control de materiales de trabajo de uso común por parte del celador y del mobiliario de pacientes. Todo ello supone un valor nada despreciable para la seguridad y confort del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son:

- Adaptar a los celadores a los puestos de trabajo en base a su capacidad operativa, prestando el servicio donde mejor pueden desempeñarlo o adquiriendo nuevas oportunidades de atención para los usuarios.
- Llevar un control preventivo de materiales basado en un chequeo visual y primario que ayude a detectar posibles averías futuras o actuar en consecuencia si se confirman.
- Llevar una metodología rigurosa y eficaz de nuestro papel en el control correctivo de materiales, incluyendo la emisión de partes para reparación.
- Ofrecer participar en el control de otro tipo de materiales para asegurar el correcto traslado a reparación y su disponibilidad, mediante circuitos de recogida y suministro.

La metodología empleada ha sido:

- Creación de un fichero Excel en el que se detalle el nivel de operatividad de cada integrante de la plantilla que precise adaptación de tareas, basado en 43 ítems definidos para valoración del Servicio de Prevención.
- Implementación de bases de datos de materiales, donde se recoja:
 - El estado semestral del material de uso por parte del celador y del mobiliario de pacientes (camas, camillas, sillas de ruedas, grúas, etc.).
 - Averías, sustituciones y suministros de mobiliario de pacientes (camas, colchones, sillones, sillas y mesillas).
- Admitir el trasiego de otro tipo de materiales de rotación frecuente (bombas de perfusión, colchones anti escaras, etc.), que actualmente está en estudio con otras jefaturas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el periodo 2016-2022 se ha constatado que:

- Ha habido una disminución de reclamaciones por parte de todas las partes interesadas referentes al trasiego o disponibilidad de recursos materiales de un 38 %.
- Han disminuido las reclamaciones de usuarios en un 29,7 %
- Se han reducido las averías en un 22,5 %; estamos seguros de que buena parte se ha debido a la labor preventiva que estamos realizando.
- También han disminuido los informes emitidos por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (de 107 en 2016 a 69 en 2022).
- Han disminuido los accidentes laborales, llegando a tener solo 6 en 2022, ninguno imputable a los materiales de trabajo.

Podemos concluir que:

- Ha mejorado la disponibilidad de materiales para los pacientes en cuanto a calidad e inmediatez.
- Si el celador está seguro, por nuestra parte también lo estará el paciente.

PARTICIPACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN LA REALIZACIÓN DE UN MAPA DE RIESGO DEL CIRCUITO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS

ANA GARCÍA PAVESIO; SONIA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ; LUÍS ALFONSO BURGÚES BURILLO; MIREIA VÁZQUEZ VALLEJO; JOAN MONGE DOMINGO; LAURA FERNÁNDEZ IGLESIAS

HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA// CATALUÑA

ID: 15082

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La participación de los profesionales y la utilización de herramientas de mejora de la calidad y la seguridad clínica fomentan la cultura de seguridad en nuestra organización.

La atención al paciente agitado es una urgencia frecuente, con consecuencias potencialmente graves. Se trata de un paciente escasamente colaborador, y en el que su manejo presenta dificultades que entorpecen la labor sanitaria habitual, por lo que se necesita analizar el circuito de atención de este tipo de pacientes, y mejorar su atención.

Los métodos de análisis de riesgos son técnicas que se utilizan para evaluar los riesgos de un proyecto o proceso. Estos métodos ayudan a tomar decisiones que permiten implementar medidas de prevención contra peligros potenciales o reducir su impacto.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

1. Promover la participación y el conocimiento realizando un mapa del riesgo del circuito del paciente agitado en urgencias de un hospital terciario utilizando la metodología AMFE (Análisis Modal Fallos Efectos).
2. Identificar acciones de mejora del circuito del paciente agitado en urgencias.

METODOLOGÍA:

Se realizó un AMFE como instrumento analítico y preventivo que reduce los riesgos para los usuarios de un producto o servicio, tanto en las fases del diseño como en las fases de producción para conseguir la seguridad en los procesos sanitarios.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar y representativo.

Se programaron las reuniones: constitución del grupo y explicación de la dinámica de trabajo, identificación de los riesgos mediante la herramienta brainstorming, ordenación y puntuación mediante consenso y priorización y definición de las acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Participaron 12 profesionales: 4 auxiliares sanitarios, 1 enfermera, 2 médicos, 2 profesionales de seguridad, 1 coordinadora de calidad, 1 técnico de la Dirección de Calidad y 1 enfermera clínica.

Se identificaron 13 riesgos, de los cuales destacaron el riesgo de broncoaspiración, el riesgo de lesión por contención y el riesgo de desconocimiento del paciente por dificultad de comunicación y barrera idiomática.

Se identificaron 4 acciones de mejora que nos permitieron actualizar el PNT Circuito asistencial del paciente agitado en el área de urgencias e incluir nuevo material de protección para los profesionales y nuevos conceptos en la formación del paciente agitado y contención física.

El resultado de participación fue del 100%.

Conclusiones

Los profesionales que colaboraron consideraron la experiencia muy satisfactoria, práctica y eficiente. Resulta esencial el apoyo por parte de la Dirección del servicio para la participación de los profesionales.

El AMFE nos ha ayudado a mejorar el circuito del paciente agitado en urgencias y fomentar la cultura de seguridad.

MONITORIZACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN URGENCIA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LAS RECONSULTAS

ISABEL MARIA REINA NICOLÁS; SARA RAMOS LÓPEZ; BLANCA GALINDO MARQUÉS; JULIAN ALCARAZ MARTÍNEZ; CRISTINA ESTEBAN LLORET

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17193

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La revisión de casos de incidentes de seguridad como método de detección de problemas es una herramienta de uso en seguridad del paciente. Las reconsultas a urgencias están identificadas como una fuente de datos bastante rentable que se incluye incluso en trigger tools. La pandemia de COVID 19 supuso una parada de todo lo que no fuese asistencia en urgencias, pero se han ido retomando otras actividades como la presente. Que se revisen periódicamente posibles incidentes de seguridad que ocurren en el servicio por los mismos profesionales puede ayudar a mejorar la cultura de seguridad

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

- Detectar posibles incidentes de seguridad en los pacientes que acuden al menos dos veces en una semana a Urgencias.
- Comparar con años anteriores.
- Analizar las causas de estos incidentes

Material y Métodos

De los pacientes que han acudido a Urgencias durante el mes de abril de 2023 se ha seleccionado una muestra aleatoria de 100 casos de pacientes que hubieran acudido, al menos, en dos ocasiones separadas como máximo 7 días. En ellos se ha valorado si el motivo de la reconsulta tenía como causa algún problema de seguridad del paciente relacionado con la primera visita. Se ha valorado el impacto sobre el paciente, los factores casuales y las consecuencias sobre el paciente. Así mismo, se ha valorado si pudiera o no haberse evitado. La evaluación ha sido interna por personal del propio servicio de Urgencias. Todos los casos detectados y los dudosos, se han valorado adicionalmente por el responsable de seguridad del paciente del centro. Esta metodología se viene usando desde hace unos años y se han comparado los resultados con los de anteriores evaluaciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se han revisado los 100 casos, detectándose 12 con incidente de seguridad. De ellos, 2 no afectaron al paciente, por detectarse a tiempo, 5 si llegaron al paciente, sin causar daño y los otros 5 si causaron daño. La causa más frecuente de incidentes fue el erro diagnóstico (8 casos) seguido por la medicación (3) y cuidados (1). No hubo consecuencias en el paciente en 4 casos, pero en los otros 8 se agravó la situación clínica. Podían haberse evitado, a juicio de los evaluadores 8 casos (66%).

Comparando con años anteriores, se han realizado revisiones similares, pero sólo buscando incidentes con daño en los años 2006, 2010, 2013 y 2016, siendo los resultados de 8,7%, 11,5%, 6,6% y 8,7% respectivamente. Este año, incidentes con daño han sido el 8%, que está en la media de anteriores evaluaciones.

Conclusiones

Continuamos detectando eventos adversos en urgencias con niveles similares a los de anteriores evaluaciones. La causa más frecuente de incidentes detectada este año han sido los problemas diagnósticos.

DESCRIPCIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

GABRIEL QUINTANA¹; SARA PEREZ PIÑERO²; MIRIAM NOMDEDEU FERNANDEZ¹; MARÍA DEL MAR ZARZA MÁRQUEZ¹; DAVID JIMENEZ MEDINA¹; JESUS CAMPOS ALBERT¹

¹HOSPITAL SANTA LUCÍA, ²HOSPITAL REINA SOFÍA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17503

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso de contenciones mecánicas es una práctica que puede ser necesaria para evitar autolesiones, en pacientes con agitación psicomotriz, una vez que ha fallado una primera aproximación de control de forma verbal.

La UCI del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena tiene un protocolo guía para el uso de contenciones mecánicas

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos

Describir el Protocolo guía sobre uso de contenciones mecánicas en UCI

Metodología

Se describe el protocolo de utilización de contenciones mecánicas de la UCI que se enmarca en el plan de Calidad Asistencial acreditado y re-acreditado según norma ISO 9001-2015 desde el año 2018. Con especificaciones, este protocolo está en consonancia con el que está en vigor a nivel asistencial en el área sanitaria de la que forma parte.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se describe el protocolo de contenciones mecánicas de nuestra unidad reflejándose en un árbol de toma de decisiones Inicio mantenimiento y finalización de las medidas de contención en UCI:

Se realiza una evaluación periódica del estado de conciencia de los pacientes por parte del enfermero encargado. Si el paciente presenta confusión, delirio, agresividad o riesgo de retirada accidental de dispositivos, se realiza una contención verbal. Si ésta no funciona, se procede a contención física y se avisa al médico especialista responsable del paciente o en su defecto al Intensivista de guardia

El facultativo reevalúa el estado clínico, realiza contención verbal y procura modificar factores ambientales que puedan desencadenar esta alteración (manejo adecuado del dolor, uso excesivo de medicamentos como mórnicos o benzodicepinas, entre otros). Si la intervención falla se puede prescribir el uso de fármacos como medida de contención, lo comunica al enfermero encargado del paciente y prescribe la orden tratamiento en el programa de historia clínica electrónica ICCA (Intellispace Critical Care and Anesthesia de Philips) indicando el tipo de medicamento y la posología. Se continua con la evaluación periódica, cada 8 horas y a demanda, del estado clínico, observando si la contención farmacológica ha sido efectiva o no. Si es así, se valora la retirada de las contenciones mecánicas, ya sea blandas o en casos seleccionados tipo imán. En este momento, se procede a anular la orden de tratamiento y se indica al enfermero la retirada de las mismas. De igual manera, se mantiene una vigilancia activa por si hubiera algún cambio clínico que hiciera necesario una modificación en el tratamiento para reinstaurar las medidas de contención más adecuadas.

Conclusiones

El uso de contenciones en el paciente crítico es una práctica habitual y necesaria en el manejo integral del paciente crítico, pero no está exenta de riesgos, y mal utilizadas pueden provocar lesiones físicas y psicológicas que pueden influir negativamente en el pronóstico y evolución del mismo. La protocolización del uso de esas medidas ayuda a la toma de decisiones para proporcionar atención de calidad a nuestros pacientes.

PROTOCOLO DE TRASLADO, SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES

BEATRIZ FÁTIMA CEBALLOS BOLADO; PILAR SÁNCHEZ CLEMENT; FERNANDO PANTOJA RODRÍGUEZ; JOSÉ RIVERA MORALES; ALFREDO SOMOLINOS MARTÍNEZ; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14422

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los celadores somos una parte fundamental en el proceso de transferencia de pacientes, que se rige por la secuencia: origen - traslado - destino. Este proceso debe garantizar la continuidad de cuidados asistenciales, y por ello hemos procedimentado todas las situaciones de traslado de pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para asegurar por nuestra parte la continuidad de cuidados de los pacientes, el objetivo que nos planteamos es elaborar un procedimiento para que cada profesional conozca en todo momento: "qué tiene que hacer", "hasta dónde participa el celador", "quién se encarga de qué", "cómo lo tiene que hacer" y "qué precauciones debe tomar o comunicar para prevenir riesgos".

Así pues, dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la Unidad de Celadores, se encuentra desarrollado desde 2015 el "Protocolo de traslado de pacientes", que está a disposición de todos los trabajadores en la Intranet del hospital.

El protocolo se inicia cuando el celador recibe una solicitud de traslado y finaliza cuando se realiza el mismo. Tras recibir el aviso, el celador se asegurará de que ha existido llamada previa de viabilidad entre origen y destino. Si es así, solicitará a la enfermera que le indique el medio de transporte, recogerá la documentación y pertenencias que le entregue y comprobará la identidad del paciente mirando la pulsera y verbalmente (si esto es posible).

La enfermera le indicará los medios auxiliares que se deban utilizar (ej: oxígeno), devolviendo el material que proceda (bombas de perfusión, etc.), tras el traslado.

Si todos los requisitos son correctos, procederá a trasladar al servicio de destino, donde informará al personal responsable de la recepción del paciente; éste le acompañará para ubicarle y ayudar a su acomodo.

En los casos en los que se reciban indicaciones específicas por la especial situación del paciente, realizará el cambio de cama, devolviendo la misma o la original al servicio de origen, así como el material de vuelta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Han disminuido los errores en transferencias o segundos viajes (camas no preparadas, faltas de comunicación, etc.) en un 31%.

Han disminuido las pérdidas de tiempo por dobles paseos o esperas no previstas en un 27%. Por tanto, se puede concluir que:

- El celador se muestra como elemento fundamental para la seguridad del paciente, siendo clave en la instrucción nº 2 de la Unidad Funcional de Riesgos (identificación de pacientes con pulsera).
- Hemos participado en la implicación de todas las direcciones para las operativas que afectan a los traslados, lo que representa un claro beneficio para pacientes y trabajadores.
- Hemos contribuido a definir los cometidos e intereses cruzados en las diferentes fases del proceso.

CIRCUITOS DE TRASLADOS DE PACIENTES, UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR SU EXPERIENCIA

PILAR SÁNCHEZ CLEMENT; BEATRIZ FÁTIMA CEBALLOS BOLADO; CARMEN DEL ÁLAMO SOTO; PEDRO MÁRQUEZ DÍAZ; BELÉN HERNANDO HELGUERO; CÉSAR ADOLFO GÓMEZ DERCH

HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS// COMUNIDAD DE MADRID

ID: 14451

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Uno de los aspectos más importantes de la actividad asistencial es atender a los pacientes en el tiempo previsto y de forma adecuada. El paciente siempre espera de todo el personal rapidez e inmediatez, pero además todo traslado implica cierta inquietud por su parte. Esto presenta para el personal celador una importante oportunidad de mejora, pues sabemos que podemos aportar iniciativas de valor, ya que conocemos el tránsito dentro del hospital perfectamente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos a alcanzar para la mejora de la experiencia del paciente son principalmente tres:

- Definir un mapa de trayectos para traslados que presente suficiente fluidez, elimine los cuellos de botella y no incida en los flujos generales de actividad del hospital.
- Optimizar el uso de los ascensores.
- Adecuar la dinámica de trabajo en planta para que la ausencia del celador por traslados tenga el menor impacto en las ayudas a pacientes encamados.

Por ello, pusimos en marcha las siguientes medidas:

- Determinación a priori del tipo de vehículo para el traslado, por parte del personal sanitario, cuando se realice la petición del servicio.
- Implementación de la normativa de dos personas para trasladar una cama (con o sin paciente). Esto agiliza el traslado, evita incidentes, lo hace más cómodo y rápido y los celadores regresan antes a su unidad.
- Estudio de trayectos idóneos sobre plano en cada planta, teniendo en cuenta nuestra actividad y la de otros colectivos (servicios técnicos, hostelería, mobiliario, suministros, etc.).
- Establecimiento de dinámicas específicas clave, como el protocolo de traslado de pacientes desde las unidades de hospitalización a Radiodiagnóstico para pruebas programadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Disminución de los tiempos de traslado y retorno de los pacientes, de 20 a 11 minutos de media (2017 vs 2022).
- Disminución del nivel de demanda de celadores por situaciones puntuales.
- Mejora en la seguridad de los trabajadores, llegando a tener en 2022 únicamente 6 accidentes laborales, ninguno de ellos relacionados con los materiales de trabajo.
- Disminución de reclamaciones por sensación de tardanza en un 73 %. Por tanto, podemos afirmar que:
- Se ha constatado una mejora en la circulación general y uso de ascensores del hospital.
- Han disminuido los tiempos de traslado de pacientes para la realización de pruebas.
- Ha aumentado el tiempo de presencia de celadores en las unidades de hospitalización.
- Se constata una mejor experiencia de los pacientes respecto a sus traslados.

PLAN DE MEJORA DEL CIRCUITO DEL LABORATORIO DE UN CENTRO DE SALUD

BEATRIZ MORAN HUGUET; MONTSERRAT MERCADE GONFAUS; MONTSERRAT TOMÀS MARTÍ; IRIA MUIÑO BOVÉ; FILOMENA CALAMOTE MANSO; BEATRIZ NADAL MENDEZ

CAP CUAP SALOU// CATALUÑA

ID: 17702

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Desde febrero de 2022, el laboratorio clínico de referencia implantó cambios en el circuito administrativo de las peticiones analíticas integrando las generadas por personal especialista y por los profesionales del centro. Esto facilitó la integración de determinaciones en peticiones de otro profesional y así minimizar extracciones repetitivas en un mismo paciente.

Este cambio requería de la reinformación administrativa de la petición el mismo día de la extracción por lo que esta tarea, que hasta el momento se dejaba adelantada el día anterior, había que adaptarla.

La no adaptación a este nuevo proceso ponía en riesgo la seguridad del paciente, puesto que ante una incidencia de laboratorio, la fecha por la que se guiarían sería la de la reinformación y no la de la recepción de la muestra.

La inclusión de la seroteca, también ponía de manifiesto la necesidad de adaptar el cambio puesto que las muestras se conservaban una semana desde la fecha de reinformación y no de la recepción.

Es por todo ello, que se elaboró un proceso de análisis interno con la finalidad de detectar los puntos susceptibles de cambio.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro centro procesa diariamente más 100 muestras de laboratorio. Dicho volumen es similar en otros dos centros de la misma zona donde ya implementaron el cambio.

La Comisión de Calidad y Seguridad (CCyS) del centro junto con el Equipo De Mejora de laboratorio (EDM), monitorizaron todas las etapas del proceso de laboratorio (fase preparatoria, de recepción del paciente, previa a la extracción, de extracción, postextracción).

Se realiza un benchmarking con uno de los centros vecinos y se listan los puntos claves del circuito y se realiza un análisis con la metodología A3 (definición del problema, situación actual, objetivo del análisis, causa-raíz del problema, propuestas de mejora, plan de acción y seguimiento/resultados).

Determinamos el plan de acción y se pilotan los cambios durante una semana observando aquellas áreas clave.

Al finalizar la semana de pilotaje, la CCyS y el EDMLab se reúnen para hacer seguimiento de los puntos clave y obtener resultados, los cuales son presentados al resto del equipo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se detecta una gran pérdida de tiempo en la recepción del paciente con un retraso en la impresión de las peticiones analíticas y extracción sanguínea.

La identificación del paciente en la recepción de muestras no sanguíneas y entrega de la petición para muestra de sangre disminuye el riesgo de error y disminuye las incidencias detectadas por el laboratorio clínico.

Los cambios en el circuito de la reinformación final de la todas la peticiones minimiza el riesgo de error y de incidencias de laboratorio.

Después de varias semanas, se observa una correcta adaptación de los pacientes y profesionales al nuevo circuito.

El nuevo sistema de recepción del paciente facilita una gestión más rápida y una espera más corta en el servicio, evitando el malbaratamiento en el papel de extracciones en el caso del paciente ausente.

PREVALENCIA Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

ÁNGELA PUCHE CANDEL¹; MARÍA DOLORES LÓPEZ ABELLÁN¹; MARÍA ISABEL DÍAZ LÓPEZ¹; ALBERTO FERNÁNDEZ REINA¹; MARÍA DEL MAR ORTIZ ROMERO²; ALICIA SELLÉS SÁNCHEZ¹

¹HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA, ²HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 15546

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Streptococcus pyogenes (*S. pyogenes*) es un coco grampositivo, anaerobio facultativo y catalasa negativo. Perteneció al grupo A de Lancefield (SGA) y desde el punto de vista nutritivo, es un microorganismo exigente, ya que crece en medios enriquecidos con sangre o suero. Presenta dos características que permiten su identificación en el cultivo: la beta-hemólisis y la sensibilidad a la bacitracina. Es la causa más común de faringoamigdalitis bacteriana en niños y adolescentes, aunque también puede causar otros cuadros clínicos, como infecciones cutáneas, fascitis necrotizante, escarlatina o sepsis.

En los últimos meses, se ha informado un aumento de incidencia de infecciones por el estreptococo beta-hemolítico *S. pyogenes* en nuestra área de salud, entre las que destacan las enfermedades invasivas, motivo por el que esta bacteria se ha convertido en un problema actual de salud pública.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de *S. pyogenes* en nuestra área de salud, así como la tasa de resistencia antimicrobiana.

Durante el período comprendido entre octubre de 2022 y marzo de 2023, se recogieron los datos de exudados faríngeos con una prueba diagnóstica rápida para la detección de *S.pyogenes* (test inmunocromatográfico). Todas las muestras fueron sembradas en medios de cultivo y la identificación bacteriana se realizó mediante MALDI-ToF. La determinación de la sensibilidad se realizó mediante disco difusión de acuerdo a las guías EUCAST.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se recogieron un total de 2026 exudados faríngeos con prueba rápida para la detección de *S.pyogenes*. De ellas, 1658 (81,84%) fueron negativas y 368 (18.16%) fueron positivas. De los resultados negativos, en 232 (14 %) se aisló *S.pyogenes* en cultivo, mientras que en 13 (0.78 %) se aisló *Streptococcus dysgalactiae*.

En cuanto a las pruebas de sensibilidad antimicrobiana, todas las cepas de *S.pyogenes* aisladas en cultivo (n=581) fueron sensibles a penicilina. Solamente 15 (2.58%) presentaron resistencia conjunta a clindamicina como eritromicina, mientras que 1 (0.17%) presentó solamente resistencia a clindamicina y 2 (0.34%) a eritromicina.

Este estudio revela que:

- La técnica de cultivo permitió recuperar un 14% de cepas de *S.pyogenes* en exudados faríngeos con resultado antigénico negativo.
- Mediante el cultivo es posible recuperar otros microorganismos causantes de faringoamigdalitis.
- Nuestra área de salud presenta una baja tasa de resistencia a macrólidos, siendo mayoritaria la resistencia conjunta a eritromicina y clindamicina.

MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EMPÍRICOS EN NEUMONÍAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CRISTINA N ESTEBAN LLORET; MARIA E MOLINA CARRASCO; SARA RAMOS LÓPEZ; ISABEL MARIA REINA NICOLÁS; MARIANO GARCÍA LÓPEZ

HOSPITAL MORALES MESEGUER// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17194

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

La adecuación a guías regionales de tratamiento empírico es uno de los objetivos de los programas PROA. En nuestra región se cuenta desde hace dos años con una guía regional de tratamiento antibiótico de las principales infecciones en ámbito hospitalario. La existencia de la guía no garantiza su seguimiento, por ello es importante medir la adecuación a la guía y poner en marcha medidas correctoras. El hecho de encontrar tratamientos diferentes a los indicados en la guía no necesariamente significa que esté mal tratado el paciente. En las guías se escoge de entre las opciones terapéuticas posibles una o dos con el objetivo de seleccionar los antibióticos a usar y reservar otros.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es medir la adecuación del tratamiento antibiótico inicial en neumonías diagnosticadas en Urgencias y valorar su mejora después de introducir medidas de mejora.

Material y Métodos

Es un estudio retrospectivo de nivel de calidad asistencial. La población de estudio la componen pacientes vistos en urgencias en las dos primeras semanas de abril con diagnóstico de alta de Urgencias de neumonía no COVID. Tras dar a conocer los resultados se difundió la guía regional y se incluyó en el sistema electrónico de prescripción. Un año después se ha vuelto a evaluar con la misma metodología. La toma de datos ha sido realizada por adjuntos del mismo servicio (evaluación interna). Se ha considerado adecuado o no el tratamiento en base a las recomendaciones de la guía regional hospitalaria de terapéutica antimicrobiana en adultos de 2021. Los resultados se han comparado con el test de la Chi cuadrado usando el programa SEQUALITA.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

En 2022 se vieron 57 casos de neumonía, en los cuales el antibiótico era correcto en el 42,1% ($\pm 12,8\%$) de casos. En el 54,4% ($\pm 12,9\%$) de casos se había solicitado cultivo. En 2023 se diagnosticaron en el mismo periodo 52 neumonías, que fueron tratadas según la guía en el 59,6% ($\pm 13,3\%$) de casos. La diferencia respecto al año anterior es estadísticamente significativa. Se solicitaron cultivos en el 63,4 \pm 13,3% de casos. El antibiótico empírico usado con más frecuencia en los casos no adecuados en 2022 fue el levofloxacin (40% casos) que en el 2023 apenas se utilizó en 4 casos. La causa más frecuente de inadecuación en 2023 fue, en los casos donde la guía recomendaba amoxicilina + azitromicina, añadir ácido clavulánico.

Conclusiones

Hay una mejora respecto al año anterior, pero aunque la diferencia es estadísticamente significativa, aun pueden mejorarse los resultados.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UCI

ANTONIO TORRES CRUZ

HOSPITAL HLA LA VEGA// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17390

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Indicadores de seguimientos de infecciones asociadas a días de ventilación, vías centrales y sondas vesicales en UCI para la seguridad del paciente.

- Neumonías asociadas a días de ventilación mecánica.
- Sepsis asociadas a canalización de vías centrales.
- Infecciones urinarias asociadas a sonda vesical

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Elección, seguimiento y corrección de incidentes de los indicadores infecciosos para la seguridad del paciente en la UCI

Seguimiento trimestral de los tres indicadores en los últimos 5 años aplicando correcciones con el objetivo CERO INFECCIÓN NOSOCOMIAL asociadas a actos médicos

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Objetivo infecciones CERO

Seguimiento trimestral

Corrección de incidentes

Se consigue un descenso significativo de los procesos infecciosos tras actuaciones correctoras de aplicación trimestral en un periodo de 5 años.

CARACTERIZACIÓN DEL BROTE DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN CENTRO SOCIO SANITARIO

JAIME DANILO CALLE BARRETO; MARÍA ISABEL SOTO PEÑALVER; MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ ANTÓN; CLAUDIO CONTTESOTTO SPADETTO; JOSÉ ANTONIO SUBIELA GARCÍA; MARÍA DEL MAR ALCALDE ENCINAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR// REGIÓN DE MURCIA

ID: 17716

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del Paciente

JUSTIFICACIÓN

Los residentes de Centros Socio – Sanitarios (CSS) están expuestos a la transmisión de microorganismos con potencial epidémico. Los programas de prevención y control de infecciones en este tipo de centros no están todavía claramente establecidos por lo que la presencia de agentes infecciosos puede representar un reto en la asistencia de los diferentes usuarios (mayores, discapacitados, etc.). Las infecciones por virus respiratorios entre los residentes de CSS en ocasiones se concentra en unos pocos casos y suelen ser auto limitadas, aunque también puede resultar en una transmisión del agente más allá de lo esperado.

En esta investigación se describen las características socio-demográficas de los residentes afectados por un brote de Virus Sincicial Respiratorio (VRS), los factores de riesgo más frecuentes, y el impacto del brote (resultado clínico).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- o Identificar los factores de riesgo más frecuentes entre los residentes afectados por el brote de VRS.
- o Determinar las características socio-demográficas de los afectados.
- o Proponer acciones de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos.

Metodología

- o Análisis descriptivo, transversal. Fuente de datos: Historia clínica de GCM Selene.
- o Análisis estadístico: comparación de medias (t de student, ANOVA). Programa estadístico PSPP

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se estudió las características socio-demográficas de 146 personas (65% mujeres, media de edad 81 años) que fueron residentes de un CSS durante el brote de VRS en diciembre 2022. La tasa de ataque de VRS en el CSS fue de 34%. La tasa de mortalidad fue de 2,7% y la tasa de letalidad fue de 8%. El 10% de los afectados fueron hospitalizados.

Entre los casos confirmados, el 67% fueron mujeres, y la media de edad fue 82 años. Entre los casos confirmados que fueron hospitalizados, el 73% fueron mujeres la media de edad fue de 85 años.



PREMIOS



Utilice CTRL+F
para buscar la
comunicación deseada

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN DEL CONGRESO

La Gestión inteligente y ética de la lista de espera en la Unidad del Dolor. Mejora el dolor y el ambiente laboral.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

La Gestión inteligente y ética de la lista de espera en la Unidad del Dolor. Mejora el dolor y el ambiente laboral.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN GESTIÓN DE LA CALIDAD

ISO 9001 y Lean Healthcare: integrándolos para la gestión y mejora de los procesos del bloque quirúrgico.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN RELACIÓN CON LOS PACIENTES

El dato de la encuesta de satisfacción. Hasta el infinito y más allá.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Efectividad de Telerrehabilitación e Inteligencia Artificial en la accesibilidad, lista de espera y gestión de recursos.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ATENCIÓN BASADA EN VALOR

La Cuádruple Meta como base para pasar de procesos clínicos a unidades de práctica integrada.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Optimización de la herramienta trigger para la detección de eventos adversos en cirugía torácica.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN PÓSTER

Afectación de la calidad de vida e influencia del perfil del paciente en el hiperparatiroidismo primario.

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN PRESENTADA POR PROFESIONALES EN FORMACIÓN

Aumentando la actividad de la unidad de Imagen Cardíaca: resultados de la implementación de la metodología Lean.

PREMIO SOMUCA MEJOR COMUNICACIÓN PRESENTADA POR LA REGIÓN DE MURCIA

Mejora de la calidad asistencial a través de la "atención líquida".



COLABORADORES

COLABORADORES





Secretaría Técnica Cdecongresos

C/Acislo Díaz, 5C Edificio CROEM 3ªPlanta 30005 Murcia
T. 968 210 684 secretaria.technica@cdecongresos.es