



XL Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Las Palmas de Gran Canaria
2024

Palacio de Congresos Auditorio Alfredo Kraus
16 al 18 de octubre de 2024

SECA
Sociedad Española
de Calidad Asistencial

FECA
Federación Española
de Calidad Asistencial

ACCA
Asociación Canaria de Calidad Asistencial

© SECA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

ISBN 978 - 84-09-66720-8

Este libro 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.



Carta de presentación

XL CONGRESO SECA LAS PALMAS 2024

Avanzando juntos hacia un sistema de salud renovado

Para la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y la Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA) es un gran honor presentarles el XL Congreso de SECA que tendrá lugar en Las Palmas de Gran Canaria del 16 a 18 de Octubre de 2024.

Hace ya 20 años desde que en 2004 celebramos en nuestra ciudad el XXII Congreso de SECA, y estamos ilusionados y preparados para llevar adelante este reto con la mayor garantía.

Nuestra ciudad, Las Palmas de Gran Canaria, es un verdadero espacio de mar y cultura, que podrán comprobar en el maravilloso entorno de la playa urbana de Las Canteras, en sus calles y en la riqueza cultural y gastronómica que podrán disfrutar. El carácter afable canario hará que se sientan acogidos desde el primer momento y notarán la calidez, no solo de su clima, sino también de su gente.

El punto de encuentro, donde navegaremos en nuestro océano de conocimientos, será el Palacio de Congresos de Canarias / Auditorio Alfredo Kraus, sede abierta a orillas de la playa. Esta concebido como una obra arquitectónica de una belleza imponente, que evoca al mundo marino creando un ambiente único y mágico.

La imagen del congreso es un reflejo de nuestra isla de Gran Canaria, un continente en miniatura. Amarillo de sol y arena, marrón por ser tierra de volcanes, verde de sus bosques y azul como el océano que nos rodea.

Diversos informes y diagnósticos coinciden en que el sistema de salud de España necesita adaptarse a profundos cambios, recuperar impulso e ilusión y construir consenso social en torno a prioridades. Hay que crear un proyecto compartido hacia el futuro, y la calidad es uno de los objetivos esenciales en el proceso, analizando nuestro presente e identificando las claves del futuro de un sistema de salud que debe ser transformado.

El Congreso de SECA en Las Palmas de Gran Canaria será una excelente oportunidad para avanzar juntos hacia ese sistema de salud renovado.

En definitiva, tenemos entusiasmo, ilusión, un proyecto sólido con profesionales excelentes y comprometidos para afrontar este gran proyecto, aunque nos falta un detalle... vuestra presencia.

Les esperamos



Comité Director

Inmaculada Mediavilla Herrera

Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Fernando Vázquez Valdés

Secretario Sociedad Española de Calidad Asistencial

Victor Reyes Alcazar

Tesorero Sociedad Española de Calidad Asistencial

Alicia Hernández Santana

Presidenta Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Presidenta XL Congreso SECA

Sergio Fernández Ureña

Vicepresidente Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Jorge Luis Cobián Martínez

Tesorero Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Beatriz González López-Valcárcel

Presidenta Comité Científico XL Congreso SECA

Pedro Ruiz López

Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial Presidente XLI Congreso SECA

Comité Organizador

Alicia Hernández Santana

Presidenta Asociación Canaria de Calidad Asistencial
Presidenta XL Congreso SECA

Sara García Luzardo

Secretaria de la Asociación Canaria de Calidad Asistencial

José Blanco López

Gerente
Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (Gran Canaria)

Jesús Domingo Delgado Santana

Gerente
Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife

Antonio Ojeda Cruz

Presidente Sociedad Española Electromedicina e Ingeniería Clínica

Luis Pedro Martínez del Castillo

Vocal Asociación Canaria de Calidad Asistencial
Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (Tenerife)

María Hernández Yáñez

Vocal Asociación Canaria de Calidad Asistencial
Dirección de Calidad y Procesos (Lanzarote)

Javier Duque Arimany

Jefe de Servicio de Calidad. Hospital Universitario de Canarias

Comité Científico

Presidenta

Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC)
Investigadora en Economía de la Salud

Secretario

Sergio Fernández Ureña

Vicepresidente Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Vocales

Julián Alcaraz Martínez

Presidente Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA)
Coordinador de Calidad. Hospital Morales Meseguer

Alfonso Alonso Jaquete

Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial
Director Médico – Hospital Vithas Vitoria

Andreu Aloy Duch

Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial
Director de Planificación y Calidad. Consorci Sanitari del Maresme (Barcelona)

Berta Candía Bouso

Presidenta Sociedad Gallega de Calidad Asistencial (SO-GALCA)

Paloma García de Carlos

Coordinadora autonómica de la Estrategia de Seguridad del Paciente y PRAN
Servicio Canario de la Salud (SCS)

Francisco Javier García García

Vocal Asociación Canaria de Calidad Asistencial
Unidad de Calidad y Seguridad. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Joaquín Grande Baos

Jefe de Servicio Unidad de Apoyo a la Dirección del Servicio Canario de Salud
CPI y Planificación Estratégica en SCS

M^a Eugenia Llaneza Velasco

Presidenta Asociación Calidad Asistencial del Principado de Asturias (PasQal)

Marta Macías Maroto

Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial y AMCA
Coordinadora de Calidad. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid)

Vicente Olmo Quintana

Presidente CEIm Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria
Coordinador Programa PROA Gerencia de AP (SCS)

Salvador Peiró Moreno

Director del área de investigación en servicios de salud de la Fundación de Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)

Lilisbeth Perestelo Pérez

Responsable del Servicio de Evaluación y Planificación del SCS (SESCS)
Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

Rosalía Pérez Moreira

Presidenta Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)
Técnica de Gestión de los SSCC del Servicio Andaluz de Salud

Delvys Rodríguez Abreu

Jefe de Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Presidente Fundación Canaria de Cáncer de Pulmón

Anna Rodríguez Cala

Vocal Sociedad Española de Calidad Asistencial
Consultora de proyectos estratégicos, calidad, RSC y Agenda 2030

Fátima Ruano Ferrer

Vocal Asociación Canaria de Calidad Asistencial
Enfermera Doctora en Biomedicina PhD

Manel Santiñá Vila

Past President y miembro Junta Directiva de la SECA
Editor del Journal Healthcare Quality Research. Investigador en FRCB-IDIBAPS

Fernando Simarro Mir

Presidente Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial (SOVCA)
Coordinador del Servicio de Calidad y Planificación. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Rosa Simón Pérez

Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial (SCQA)
Directora de Calidad y Organización. Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf

M^a Angeles Tebar Betegón

Presidenta Sociedad Calidad Asistencial de Castilla La Mancha (CALCAM)
Inspectora Sanitaria

José María Turón Alcaine

Presidente Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial (SACA)

Miércoles 16 de octubre

🕒 10:00 - 14:00 ▶ TALLERES PRECONGRESO

TALLER 1 - Metodología LEAN: Partiendo desde cero

Sala Cámara

Concepción Fariñas Álvarez. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Susana Lorenzo Martínez. Directora de Journal of Healthcare Quality Research (JHQR)
Jefa del Área de Calidad y Gestión de pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

TALLER 2 - ¿Es posible comunicarnos mejor? Cómo hablar y que te escuchen. “Role play”

Sala Gran Canaria

Rafael Lledó Rodríguez. Gerente de Consorci Sanitari del Maresme
Andreu Aloy Duch. Director de Calidad y Planificación de Consorci Sanitari del Maresme

TALLER 3 - Comunicación con pacientes y familia como mejora de la calidad asistencial y experiencia del paciente

Sala Tenerife

José María Quintillá Martínez. Unidad de Simulación Clínica del Hospital Sant Joan de Déu
Gemma Claret Teruel. Unidad de Simulación Clínica del Hospital Sant Joan de Déu

TALLER 4 - Burnout y los caminos de la recuperación

Sala Atlántico

Héctor Montesdeoca Naranjo. Psicólogo Clínico del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

TALLER 5 - PREM, PROM y datos clínicos. Uso de cuadros de mando con inteligencia artificial

Sala Lanzarote

Carlos Bezos Daleske. Presidente del Instituto Experiencia del Paciente

TALLER 6 - La Voz del paciente con Hipertensión Pulmonar

Sala Fuerteventura

Desirée Alemán Segura. Enfermera. Subdirectora de Cuidados
Unidad Multidisciplinar Vascular Pulmonar del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín
Miembro del Comité de Bioética de España
Daniel López Fernández. Director de la Escuela de Pacientes de Canarias

“Avanzando juntos hacia un sistema de salud renovado”

MESAS TEMÁTICAS

COMUNICACIONES

PLENARIAS

ESPACIOS SECA

SESIONES TÉCNICAS

🕒 14:00 ▶ ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

🕒 14:30 - 15:30 ▶ SESIONES TÉCNICAS (INCLUYE PICNIC)

Proyecto Diabetes Lighthouse

Herramienta digital para la medición de resultados en salud
Sesión Técnica patrocinada por Novonordisk

Modera: Inmaculada Mediavilla Herrera. Presidenta de SECA. Coordinadora de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS

Miércoles 16 de octubre

Sala Gran Canaria

→ **Construir un dashboard con una mirada longitudinal: desafíos y ventajas****M^a Dolores Conejos Miguel.** Responsable del Contrato Programa de la Gerencia de AP y del cuadro de mando eSOAP (de gestión clínica) de la Gerencia. Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS→ **Identificar y explorar la información para una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2****Alfredo Más Morán.** Unidad mixta de Investigación en TICs aplicada a la reingeniería de procesos sociosanitarios (ERPSS). Unidad de Calidad del Instituto de Investigación Sanitaria La Fé de Valencia→ **Diabetes Lighthouse: herramienta de evaluación comparada para optimizar la atención de la diabetes tipo 2****Ana Megía Colet.** Jefa del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII**Impacto de la tecnología en la Gestión y la Praxis médica: casos reales aplicados a mejora del desempeño y seguridad del paciente**

Sesión Técnica patrocinada por Relyens

Modera: **Mónica García Bergón.** Responsable de Gestión de Riesgos (Relyens España)**Sandra Durán.** Adjunta a Dirección de Enfermería. Fundació Salut Empordà (Figueres)**Jose Alberto Suárez del Arco.** FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda)**Javier Cervera Irimia.** Cirujano Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Sala Tenerife

🕒 **15:30 - 16:30 ▷ COMUNICACIONES ORALES**

CO 1 → Sala Cámara

CO 2 → Sala Gran Canaria

CO 3 → Sala Tenerife

CO 4 → Sala Atlántico

CO 5 → Sala Lanzarote

CO 6 → Sala Fuerteventura

CO 7 → Sala La Palma

CO 8 → Sala La Gomera

CO 9 → Sala Hierro

🕒 **16:30 - 17:30 ▷ ESPACIO SECA****Nos sumamos a la Normalización, ¿Qué estamos haciendo y qué más se puede hacer?****Elisabeth González Lao.** Presidenta CTN 179 "Calidad y seguridad en los centros de asistencia sanitaria"**Cristina Hernán.** Representante de UNE**Paz Iglesias Casarrubios.** Miembro de CTN 196 SC2**Marta Macías Maroto.** Miembro del GT 15, del CTN 66 y del SC 1 del 196. Vocal Junta Directiva SECA

Sala Atlántico

🕒 **16:30 - 17:30 ▷ MESAS TEMÁTICAS****Mirando al futuro de la Calidad**Modera: **Alfonso Alonso Jaquete.** Director Médico del Hospital Ruber Juan Bravo Madrid→ **Adecuación y alianzas: autopistas hacia la calidad****Óscar Moracho del Río.** Consultor de Gestión Sanitaria→ **Simulación clínica para diseñar el mejor sistema asistencial****José María Quintillá Martínez.** Jefe de la Unidad de Simulación del Hospital Sant Joan de Déu→ **Certificación de buenas prácticas en el Servicio Murciano de Salud****Carlos Alberto Arenas Díaz.** Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación en la Región de Murcia**Uso de antimicrobianos y resistencia a los antibióticos**Modera: **Paloma García de Carlos.** Coordinadora autonómica de la estrategia nacional de Seguridad del Paciente y del PRAN→ **Intervenciones para optimizar la utilización de antibióticos en los sistemas de salud****Rocío Fernández Urrusuno.** Farmacéutica de Atención Primaria. Coordinadora científico-técnica del PROA en el Servicio Andaluz de Salud→ **Cultura de Seguridad en el ámbito residencial de personas mayores****María Belén Suárez Mier.** Técnica del Observatorio de Salud y Coordinadora de Seguridad del Paciente del Principado de Asturias

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Sala Sintonía

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sala Cámara

Miércoles 16 de octubre

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Sala Gran Canaria

Avances en evaluación de tecnologías sanitarias (ETS)

Modera: **Lilisbeth Perestelo Pérez**. Responsable del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). RedETS

→ **Sistemas sanitarios preparados para las nuevas tecnologías: ¿Cómo?**

María José Faraldo Vallés. Responsable de la Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico (AVALIA-T) de la Axencia Galega de Coñecemento en Saúde (ACIS). RedETS

→ **Uso de Big Data y datos de la vida real para la ETS**

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Coordinador de gestión del conocimiento y ETS, Bioef y Responsable del Servicio de ETS de Euskadi (Osteba). RedETS

→ **Evaluación de las tecnologías de salud digital**

Rosa María Vivanco Hidalgo. Directora del Área de Evaluación, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). RedETS

🕒 **17:30 - 18:30 ▷ DEBATE TEMÁTICO****La participación del paciente en el Sistema Sanitario**

Modera: **Rita Trisancho Ajamil**. Directora General del Paciente y Cronicidad del Servicio Canario de la Salud

→ **Modelo ICE-VH de participación ciudadana**

Ana Martí Delgado. Coordinadora de Atención y Participación Ciudadana del Hospital Vall d'Hebron

→ **Procesos de participación de pacientes en evaluación de servicios y tecnologías sanitarias**

Ana Toledo Chavarri. Técnica de investigación en Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS). Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud (SESCS)

→ **¿Qué dicen los pacientes?**

Manuel Arellano Armisen. Vicepresidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes

🕒 **17:30 - 18:30 ▷ COMUNICACIONES ORALES**

CO 10 → Sala Cámara

CO 11 → Sala Gran Canaria

CO 12 → Sala Tenerife

CO 13 → Sala Atlántico

CO 14 → Sala Lanzarote

CO 15 → Sala Fuerteventura

CO 16 → Sala La Palma

CO 17 → Sala La Gomera

CO 18 → Sala Hierro

🕒 **18:30 - 19:30 ▷ ACTO INAUGURAL (SALA SINFÓNICA)**🕒 **19:30 - 20:15 ▷ CONFERENCIA INAUGURAL**

Modera: **Delvys Rodríguez Abreu**. Jefe de Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Presidente Fundación Canaria Cáncer de Pulmón

¿Cómo crean los hospitales valor para los pacientes?

Tomás Urda Valcárcel. Gerente Hospital Quirón Málaga

Sala Sinfónica

Jueves 17 de octubre

08:00 ▷ APERTURA DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

08:30 - 10:30 ▷ COMUNICACIONES ORALES LARGAS

CO 19 → Sala Sinfónica

CO 20 → Sala Cámara

CO 21 → Sala San Canaria

CO 21 → Sala Tenerife

08:30 - 10:30 ▷ COMUNICACIONES ORALES BREVES

CO 23-1 y CO 23-2 → Sala Atlántico

CO 24-1 y CO 24-2 → Sala Fuerteventura

CO 25-1 y CO 25-2 → Sala La Palma

CO 26-1 y CO 26-2 → Sala La Gomera

CO 27-1 y CO 27-2 → Sala Hierro

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

Modera: **Inmaculada Mediavilla Herrera** (Presidenta de SECA) y José Miguel García Abajo (Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Coordinador ARES MPSP)

10:30 - 11:30 ▷ ESPACIO SECA

Indicadores para la medición de la calidad en Residencias de Mayores. Presentación del Proyecto de colaboración SECA - Sanitas

Modera: **Inmaculada Mediavilla Herrera**. Presidenta de SECA

→ *Situación actual de las Residencias de mayores*

Rocío Menéndez Colino. Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario La Paz

→ *Sistemas de información y medición de la calidad en Residencias de mayores. El modelo de Sanitas.*

Miryam Piqueras Bravo. Directora de Gobierno Clínico. Sanitas Mayores

→ *Resultados del proyecto: "Indicadores para medir la calidad en las Residencias de mayores" SECA-Sanitas*

Pedro Ruiz López. Investigador Consultor. Instituto de investigación Biomédica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Representante de SECA en el proyecto

10:30 - 11:30 ▷ MESAS TEMÁTICAS

Cuestiones éticas no resueltas en el SNS

Modera: **Beatriz González López-Valcárcel**. Catedrática en Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Presidenta Comité Científico

→ *La equidad en el Sistema Nacional de Salud: ¿qué nos queda por hacer?*

Rosa Urbanos Garrido. Catedrática en Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid

→ *Cuestiones bioéticas no resueltas en la innovación en salud basada en IA*

Itziar de Lecuona. Investigadora. Directora Máster bioética de Universidad de Barcelona

Desarrollo profesional como parte del compromiso en las organizaciones

Modera: **Rosa Simón Pérez**. Presidenta Sociedad Catalana de Calidad Asistencial (SCQA)

→ *El aprendizaje continuo: corresponsabilidad y compromiso*

Ana Sedano Martínez. Directora Gerente de Unión Consorcio Formación (UFC)

→ *Organizaciones orientadas al aprendizaje*

Nieves Fiel. Subdirectora General de Desarrollo Profesional y sistemas de información del SERGAS

Sala Lanzarote

Sala Atlántico

Sala Sinfónica

Sala Cámara

Jueves 17 de octubre

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Sala Cámara

→ **El desarrollo profesional orientado a la aportación en los equipos y en la organización**

Josune Retegui. Subdirectora de Desarrollo y Formación (Osakidetza)

→ **Retos de las organizaciones para conseguir trabajar con equipos intergeneracionales**

Marcos Hernández Pereña. Subdirector médico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

PERSPECTIVA Y PARTICIPACIÓN DE PACIENTES

Sala Gran Canaria

Creación y medida de valor para los pacientesModera: **José Jonay Ojeda Feo**. Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario La Paz Presidente Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA)→ **La ecuación del valor como herramienta para la toma de decisiones**

Borja García Lorenzo. Economista de la salud en Instituto Biosistemak

→ **Metodología ICHON (International Consortium for Health Outcomes Measurement)**

Carolina Varela Rodríguez. Unidad de Calidad del Hospital Universitario 12 de Octubre

→ **Medicina basada en valor, de la teoría a la práctica**

Javier Arcos Campillo. Gerente Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sala Tenerife

Avanzando hacia una asistencia sanitaria más seguraModera: **Fátima Ruano Ferrer**. Vocal Junta Directiva de ACCA→ **Diseño y resultados basales del ensayo clínico híbrido tipo I dirigido a evaluar la efectividad e implementación de SINERGIAPS**

Ignacio Ricci Cabello. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa)

→ **Hospitales isolates, una nueva categoría para mejorar por comparación**

Modesto Martínez Pillado. Jefe de Sección Unidad de Calidad SERGAS. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS)

→ **Mejora de la seguridad en la atención perioperatoria: proyecto europeo (SAFEST)**

Carola Orrego Villagrán. Directora Instituto Universitario Avedis Donabedian

**11:30 - 12:00 ▷ PAUSA CAFÉ (Área Expo Polivalente y Exterior Polivalente)****12:00 - 13:00 ▷ SESIONES TÉCNICAS****Diagnóstico precoz de la diabetes tipo 1: una nueva era**

Sesión Técnica patrocinada por Sanofi

→ **Un nuevo paradigma en el abordaje de la diabetes tipo 1**

María Cristina Ontoria. Endocrinología pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

→ **Un programa educativo que evoluciona**M^a Dolores García Álvarez. Educadora terapéutica en diabetes infantil. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria→ **Un cambio de vida**

Tania Pérez Rodríguez. Madre de niño con diabetes

Sala Tenerife

Recomendaciones “No Hacer” en el Cáncer de Mama Metastásico: un ejemplo en calidad asistencial

Sesión Técnica patrocinada por Alianza Daiichi-AstraZeneca

Modera: **Emilio Ignacio García**. Gestión de Proyectos SECA



Jueves 17 de octubre

Sala Tenerife

- ▶ **M^a Angeles García Rescalvo**. Directora Gerente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves
- ▶ **Fernando Moreno Antón**. Oncólogo. Hospital Clínico San Carlos
- ▶ **Yolanda León Mañas**. Miembro Asociación Española Cáncer de Mama Metastásico

Benchmarking entre las MCSS: Mejoras en Seguridad del Paciente

Sesión Técnica Mútuas. Sesión coordinada por las Mútuas Colaboradoras con la Seguridad Social
Presentación de la Mesa: **Rafael Manzanera** UPF y **José Joaquín Mira** UMH

→ ***Incidencia de Eventos Adversos en atención ambulatoria: APEAS en MC Mutual***

Diego Moya. MC Mutual

→ ***Mejoras en seguridad del paciente: La opinión de los pacientes***

Federico Bárez. Fremap

→ ***Indicadores clave de Seguridad del paciente: impacto en la mejora***

Caridad Amador. Fraternidad Muprespa

→ ***Mejoras derivadas de la formación: Resultados en los profesionales***

María Dulce Puget. Asepeyo

→ ***Instrumentos organizativos para la mejora en humanización***

Clara Guillen. Ibermutua

→ ***Avanzando en Humanización de los cuidados: Personalización de la asistencia sanitaria***

Miguel Ulibarrena. Mutualia

→ ***Conclusiones del Benchmarking de las MCSS. Estudio multicéntrico (resultados preliminares)***

Rafael Manzanera UPF y **José Joaquín Mira** UMH

Sala Cámara

Sala Fuerteventura

Diabetes y Emociones: Un enfoque integral

Sesión Técnica patrocinada por Dexcom

Victoria Partida Menéndez. Enfermera Educadora en Diabetes
Hospital Universitario Clínico San Carlos

Sala La Palma

El PBM (Patient Blood Management) como herramienta para mejorar la calidad y seguridad del paciente

Sesión Técnica patrocinada por CLS Vifor

Moderador: **Manel Santiñá Vila**. Past President SECA. Editor JHQR. Investigador IDIBAPS

▶ **Carles Illa Díaz**. Director, Healthcare. IQVIA

▶ **Beatriz Soria Santa Bárbara**. Directora Técnica del Centro Canario de Transfusión (CCT)

▶ **Luz María González del Castillo**. FEA Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Sala Lanzarote

La investigación integrada en el hospital con Ovid Synthesis y Ovid Discovery Inteligencia Artificial para una mejor calidad asistencial

Sesión Técnica patrocinada por Wolters Kluwer

Mauro Castillo García-Mauriño. Director, Customer Engagement EMEA & Ovid Discovery Wolters Kluwer Health

Jueves 17 de octubre

🕒 **12:00 - 13:30 ▷ SESIONES TÉCNICAS****Atención integral: Experiencias innovadoras para mejorar la continuidad asistencial**

Sesión Técnica patrocinada por Novartis

Modera: **Inmaculada Mediavilla**. Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial→ **Asegurando el seguimiento de las pacientes larga supervivientes con cáncer de mama través de la coordinación entre primaria y especializada****Francisco Ripoll**. Jefe de Sección de Patología Mamaria y Coordinador Quirúrgico de la Unidad Funcional de Mama del Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia)→ **La optimización de recursos sanitarios a través del manejo coordinado de pacientes con ECVA en prevención secundaria en Andalucía.****Adriano Sianes**. Subdirector de Enfermería y responsable de Calidad del área de Gestión Sanitaria Virgen de Valme.→ **Creando redes para la adecuada derivación de pacientes con hidradenitis supurativa en la Comunidad de Madrid****Sergio Ruiz**. Director Técnico Sistemas de Información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria SERMAS🕒 **13:00 - 14:00 ▷ SESIONES TÉCNICAS****Enfocando el presente y futuro de la mejora de la experiencia del paciente en el sector sanitario**

Sesión Técnica patrocinada por la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria Janssen -Universidad Rey Juan Carlos (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→ **Modelo Afectivo - Efectivo****Pedro Martínez Jiménez**. Institutional Relations Director. Exp: The Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson→ **Modelo de evaluación y mejora de la Comunidad de Madrid****Alberto Pardo Hernández**. Subdirector General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Profesor asociado URJC (Madrid)**Cómo medir la experiencia del paciente con una enfermedad rara: Estrategias para optimizar su calidad de vida**

Sesión Técnica patrocinada por AstraZeneca

Modera: **Carolina Varela Rodríguez**. Hospital Universitario 12 de Octubre▶ **Juan Carlos Pérez Marín**. Servicio de medicina interna del Hospital Universitario Insular, Las Palmas

▶ Paciente de la Asociación Balear de la Enfermedad de Andrade: ABEA

▶ **Rubén Andrades**. Enfermería en Hospital Universitario del Negrín, Las Palmas**FLS: Calidad y coste-efectividad**

Sesión Técnica patrocinada por AMGEN

Modera: **Rita Tristáncho Ajamil**. Directora General del Paciente y Cronicidad del Servicio Canario de la Salud→ **Estructura funcional de una FLS****María Amparo Molina Tercero**. Enfermera Coordinadora de la Unidad de prevención de fracturas Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín→ **Analizando el coste-efectividad de la FLS en España****Antonio Naranjo Hernández**. Jefe de Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín→ **ACUPSF: Norma para la acreditación de Unidades de Prevención Secundaria de fracturas por fragilidad ósea****Manel Santiñá Vila**. Past president SECA. Editor JHQR. Investigador IDIBAPS→ **Gestión de la prevención de la fractura secundaria desde la Administración. Indicadores en contratos programa****Xavier Surís Armangué**. Jefe de Sección de Reumatología. Hospital General de Granollers

Sala Atlántico

Sala Gran Canaria

Sala Tenerife

Sala Lanzarote

Jueves 17 de octubre

Sala Fuerteventura

La monitorización continua de glucosa como intervención terapéutica en Salud. Madrid

Sesión Técnica patrocinada por Abbot Diabetes Care

Modera: **Nuria Domínguez Pérez**. Médico de familia. Técnico en el Área de Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Coordinadora del grupo de trabajo para la elaboración del procedimiento para la solicitud y dispensación de sistemas de monitorización continua de glucosa en diabetes tipo 2 en Atención Primaria► **Antonio J Díaz Holgado**. Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Técnico Sanitario en la Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria. Gerencia Asistencial de AP► **Esperanza Jiménez Castro**. Enfermera C.S. Monterrozas. Enfermera Educadora Hospital Quirón Madrid. Miembro del Grupo de trabajo de Tecnología aplicada a la diabetes RedGdps

Sala La Playa

Diálogos entre Humanidad y Tecnología: IA como aliada en la Seguridad del Paciente

Sesión Técnica patrocinada por ASHO

→ **¿La seguridad del paciente se puede beneficiar de la inteligencia artificial?****Santiago Tomás Vecina**. Director de la Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)→ **Desde la información perdida en el sistema hasta la toma de decisiones****Juli Climent**. Director de IA de ASHO→ **¿Por qué no hemos de tener miedo a las nuevas tecnologías?****Ángels Fumás Comas**. Responsable de Gestión de Datos y Business Intelligence de Badalona Serveis Assistencials🍽️ **14:00 - 15:30 ▷ COMIDA DE TRABAJO (Sala San Borondón)**🕒 **15:30 - 16:30 ▷ ESPACIO SECA**

Sala Atlántico

Encuentro con Editores de la Revista JHQR**Susana Lorenzo Martínez**. Directora de Journal of Healthcare Quality Research (JHQR)

Jefa del Área de Calidad y Gestión de pacientes del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

🕒 **15:30 - 16:30 ▷ MESAS TEMÁTICAS****Decisiones al final de la vida: el testamento vital**Modera: **Manel Santiñà Vila**. Past President y miembro Junta Directiva de SECA→ **¿Qué está representando el Documento de Voluntades Anticipadas o Testamento Vital y la Eutanasia para las personas que están en su final de vida?****Glória Cantarell Barella**. Vicepresidenta Asociación Derecho a Morir Dignamente de Cataluña Médico Medicina Interna, experta en cuidados paliativos→ **Cómo se han organizado lo/as ciudadano/as para conseguir que se mejore la atención al final de la vida y se tenga en cuenta sus derechos como personas****Javier Velasco Laiseca**. Presidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente→ **¿Qué está significando la aplicación de la ley que regula la eutanasia en España?****Albert Tuca Rodríguez**. Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña

Sala Sinfónica

Jueves 17 de octubre

PERSPECTIVA DE PROFESIONALES

Sala Cámara

Cómo cambiar las organizaciones sanitarias para un finModera: **Sergio Fernández Ureña**. Pediatra. Vicepresidente de ACCA→ **Iniciativa IHAN**

Salomé Laredo Ortiz. Presidenta de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)

→ **Evolución de la asistencia al parto en las últimas décadas****Alicia Martín Martínez**. Jefa de Servicio Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil (Las Palmas)

SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

Sala Gran Canaria

Contribución de los hospitales al medioambiente y la descarbonizaciónModera: **Anna Rodríguez Cala**. Consultora de Proyectos Estratégicos, Calidad, RSC y Agenda 2030 Vocal Junta Directiva de SECA→ **La aventura de la gestión ambiental sanitaria: un viaje, demasiado lento**

Sergio García Vicente. Médico documentalista Hospital de Sagunto. Conselleria de Sanitat-GVA Vocal Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud (AES)

→ **Hospitales saludables**

Luis Talavera. Director de Gestión de Ingenierías del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

🕒 **16:30 - 18:00 ▷ ESPACIO SECA****Norma SECAcredita**Modera: **Manel Santià Vila**. Past President SECA. Editor JHQR▶ **José Jonay Ojeda Feo**. Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Universitario La Paz Presidente de Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA)▶ **Andreu Aloy Duch**. Director de Calidad y Planificación Consorci Sanitari del Maresme Vocal Junta Directiva de SECA

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Sala Sinfónica

🕒 **16:30 - 17:30 ▷ MESAS TEMÁTICAS****Más no siempre es mejor**Modera: **Salvador Peiró Moreno**. FISABIO Valencia→ **Variabilidad en las tasas de cirugía y listas de espera****Enrique Bernal Delgado**. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS. Ciencia de Datos para la Investigación en Servicios y Políticas→ **Reversión quirúrgica. Por qué hacemos cirugías ineficaces y cómo evitarlo****Julio Doménech Fernández**. Director Departamento Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria de Navarra

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Sala Cámara

Datos para la calidad y calidad de los datosModera: **Eva Elisa Álvarez León**. Jefa de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria→ **Big Data e Inteligencia Artificial en el Sector Salud****José Luis Fernández Arteagabeitia**. Director General IQVIA España→ **Gestionando la seguridad del paciente en tiempo real: experiencia desde un centro de control y el impacto de la digitalización en la mejora de la calidad asistencial****Daniel Toledo Bartolomé**. Responsable de Servicio de Admisión y Documentación Clínica del HGU Gregorio Marañón. Responsable de Gobierno de Indicadores de Gestión y Planificación Sanitaria (Servicio Madrileño de Salud)→ **La calidad de los datos en el fundamento de la calidad asistencial****Lola Ruíz Iglesias**. Médico especialista Community Medicine. Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)

Jueves 17 de octubre

PERSPECTIVA DE PROFESIONALES

Sala Gran Canaria

La visión de los profesionales sobre seguridad del paciente, burnout y agresiones

Modera: **Luis Pedro Martínez del Castillo**. Coordinador de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Univ. Ntra. Sra. de Candelaria (Tenerife). Vocal Junta Directiva de ACCA

→ **Burnout en médicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud**

Ferrán Catalá López. Investigador científico CCHS-IPP. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Madrid)

→ **Visión de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**

Mónica García Bergón. Responsable de Gestión de Riesgos (Relyens España)

→ **Agresiones hacia el personal sanitario en España**

Alejandra Martínez Gandolfi. Médica Familiar y Comunitaria. Antropología Médica (Madrid)

🕒 **17:30 - 18:30 ▷ SESIÓN PLENARIA****Debate sobre cambio climático y salud**

Modera: **Joaquín Grande Baos**. Médico. Experto en Innovación, Gestión y Calidad. Canarias

→ **Efectos de las temperaturas extremas sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios**

Julio Díaz Jiménez. Profesor de Investigación del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

→ **Impactos del Cambio Climático en la salud a nivel global**

Cristina Linares Gil. Científica titular del ISCIII. Codirectora del recién creado Observatorio en cambio climático y salud

→ **Programas de atención y planes locales de intervención que afectan al ciudadano**

Jesús de la Osa. Médico. Coordinador del Itinerario en Salud Global del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

🕒 **18:30 - 19:30 ▷ ESPACIO SECA****Resultados de la encuesta nacional sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales y atención primaria. Proyecto SECA - FIDISP**

Modera: **Carlos Aibar Remón**. Profesor Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Zaragoza

► **Santiago Tomás Vecina**. Director Gerente Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP)

► **Pilar Astier Peña**. Miembro del ejecutivo mundial de Wonca World. Coordinadora Sección Seguridad del Paciente SECA y SEMFYC

🕒 **17:30 - 18:30 ▷ COMUNICACIONES ORALES**

CO 28 → Sala Atlántico

CO 29 → Sala Cámara

CO 30 → Sala Gran Canaria

CO 31 → Sala Tenerife

CO 32 → Sala Lanzarote

CO 33 → Sala Fuerteventura

CO 34 → Sala La Palma

CO 35 → Sala La Gomera

CO 36 → Sala Hierro

**21:30 ▷ CENA DEL CONGRESO**

Finca Condal Vega Grande

Sala Simfónica

Sala Simfónica



Viernes 18 de octubre

🕒 08:30 ▷ APERTURA DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

🕒 09:00 - 10:30 ▷ SESIÓN DE MEJORES COMUNICACIONES (Áreas Temáticas)

Gestión de la Calidad

Sala Sinfónica

Modera: **Julio Uwaldo Villán García**

SAF Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

Seguridad del Paciente

Sala Cámara

Modera: **Fátima Ruano Ferrer**

Vocal de la Junta Directiva de ACCA. Miembro Grupo de trabajo de Seguridad del Paciente de SECA

Perspectiva y Participación de Pacientes

Sala Gran Canaria

Modera: **Lilisbeth Perestelo Pérez**

Responsable del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)

Perspectiva de Profesionales

Sala Tenerife

Modera: **Alicia Martín Martínez**

Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Innovación Tecnológica

Sala Atlántico

Modera: **Pablo Sánchez Santandreu**

Jefe de Servicio de Informática. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Sostenibilidad Ambiental y Transición Ecológica

Sala Lanzarote

Modera: **Cristina Torres Aragón**

Subdirectora de Gestión de Servicios de Ingeniería. Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

☕ 10:30 - 11:00 ▷ PAUSA CAFÉ (Área Expo Polivalente y Exterior Polivalente)

🕒 11:00 - 12:15 ▷ MEJORES COMUNICACIONES DEL CONGRESO

Sala Sinfónica

Modera: **Alicia Hernández Santana**. Presidenta de la Asociación Canaria de Calidad Asistencial

Presidenta del XL Congreso SECA. Miembro de la Junta Directiva de SECA

🕒 12:15 - 13:00 ▷ CONFERENCIA DE CLAUSURA

Sala Sinfónica

Modera: **Beatriz González López-Valcárcel**. Catedrática en Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Presidenta Comité Científico XL Congreso SECA

Calidad de la Gestión

Vicente Ortún Rubio. Catedrático Emérito de Economía. Universidad Pompeu Fabra



Viernes 18 de octubre

✓ **13:00 - 13:30 ▷ ENTREGA DE PREMIOS Y ACTO DE CLAUSURA (Sala Sinfónica)**

⊙ **Inmaculada Mediavilla Herrera.** Presidenta de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Alicia Hernández Santana. Presidenta de la Asociación Canaria de Calidad Asistencial (ACCA). Presidenta del XL Congreso SECA

Beatriz González López-Valcárcel. Presidenta del Comité Científico XL Congreso SECA



ORGANIZADORES:



COLABORADORES:





COMUNICACIONES



Índice de Comunicaciones

ID	TÍTULO	PAG
1	Impacto económico de la implantación de un protocolo de uso de Sugammadex en nuestro hospital	32
2	Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión de la gestión y uso adecuado de la medicación	33
4	Satisfacción laboral de las enfermeras de cuidados intensivos.....	34
6	Diferencias en la satisfacción laboral según la intención de abandono de las enfermeras de UCI	35
8	HANA no es nombre de mujer: migración de SAP a la nube.....	36
9	Transformación digital de la actividad complementaria: cuidando los pacientes derivados a nuestro hospital	37
11	Discriminación laboral en los hospitales, ¿es todavía un problema?.....	38
13	Análisis de las causas que afectan la adherencia al tratamiento anticoagulante oral: impacto del seguimiento clínico.....	39
14	Concienciación de la adecuada segregación de residuos	40
15	Gestión del riesgo sanitario mediante certificación con norma UNE 179003	41
16	Mapa de experiencia del paciente en una consulta de pre-díalisis	42
17	Protocolo de acompañamiento a pacientes ingresados.....	43
18	Grado de adopción del consenso nacional sobre ERC desde Atención Primaria en pacientes con factores de riesgo en España	44
19	Implementando la desimplementación (o cómo revertir prácticas de poco valor)	45
20	Una aproximación “cuerpo a cuerpo”: implementando las rondas en seguridad del paciente.....	46
21	Análisis DAFO de un programa de cribado de rinopatía diabética desde la perspectiva del médico de atención primaria.....	47
22	Aproximación a la gestión de riesgos en una unidad de terapia intravitrea en un hospital rural	48
25	De la teoría a la práctica: evaluando el plan de calidad CV. Mejora continua, seguridad y experiencia de paciente.....	49
26	Cuidando a quien cuida: música y musicoterapia para los equipos sanitarios	50
27	Resultados tras la implantación de un programa de terapia secuencial con inhibidores de la bomba de protones.....	51
31	Satisfacción con la calidad de una unidad de atención primaria de salud por parte de trabajadores y usuarios	52
32	Incidentes de seguridad de una unidad de cuidados intensivos en la pandemia covid-19.....	53
33	Implementación de las medidas de los programas zero en las unidades de críticos mediante auditorías internas	54
34	Evolución de las notificaciones al sinasp de 2018 a 2023. ¿Cómo mejorar?.....	55
37	Impacto de un programa de innovación: análisis de la perspectiva de los profesionales sanitarios.....	56
38	¿Qué opinan nuestros pacientes acerca del programa de ejercicio físico intradiálisis?	57
39	Mejora de la actividad física del paciente renal mediante un sistema de telecoaching automático (Mafipar)	58
41	Proyecto eir - Equipo de Intervención Rápida	59
42	Talleres de mieloma múltiple: dando voz y cuidando de pacientes y familiares	60
43	Humanización de los cuidados de enfermería en la gestión del duelo perinatal	61
45	Implementación de una intervención multimodal para la higiene de manos en un hospital de atención intermedia.....	62
46	¿Están realmente seguras las vacunas? desafíos, análisis y propuestas de seguridad y preservación de las vacunas.	63
47	Experiencia: 14 años de experiencia y 7 certificados en la norma ISO 9001:2015	64
48	Efectividad de un protocolo para evitar gasometrías arteriales seriadas en urgencias	65
50	Personas cuidadoras de pacientes con nivel de intervención alto: un enfoque comunitario desde la atención primaria	66
51	Reconocimiento precoz de la enfermedad crítica y adecuación terapéutica en un hospital de tercer nivel	67
53	Seguridad en el traslado UCI móvil en paciente crítico pediátrico.....	68
54	Mejora de la demora media en consultas externas de oftalmología. Aportación del servicio de atención al ciudadano.	69
55	Evolución de la demanda de consultas externas hospitalarias desde atención primaria.....	70
56	Valoración de las reprogramaciones de consultas en un hospital: tenemos un problema.	71
57	Análisis de las acciones de mejora generadas desde notificaciones de seguridad en una organización sanitaria integrada.....	72
58	Incidentes de riesgo extremo: seguridad de pacientes al límite	73
59	Incidentes catastróficos en seguridad de pacientes: el peor escenario posible.....	74
60	La seguridad del paciente y su gestión en las organizaciones desde la visión enfermera	75
61	Revisión y propuesta de cuadro de mando integral para psicología clínica en el sistema nacional de salud	76
63	La importancia del registro de la inmovilización terapéutica	77
65	Las unidades de aprendizaje y servicio: una posibilidad real para las enfermeras.....	78
66	Mejorar la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto urinario en un centro de atención primaria.....	79
67	Formación de equipo de terapia intravenosa: mejora en la calidad del cuidado y seguridad del paciente	80
68	Utilización de recursos audiovisuales en la educación para la salud de pacientes obstétricas.....	81
69	Percepción del ambiente educacional en las residencias médicas y su relación con la seguridad del paciente	82

72	Implantación de protocolos 0/1 y 0/2 horas en la determinación seriada de troponina t en pacientes con dolor torácico	83
73	Implantación de un algoritmo para la detección de dislipemias	84
74	Análisis de la coordinación de enfermería para retirar infusores de quimioterapia en la zonas básicas de salud.....	85
75	Una nueva metodología de trabajo: hospital líquido.....	86
76	Proyecto right: cuidado correcto, persona correcta y recurso correcto	87
77	Impacto de la diferentes modalidades de docencia para mejorar las competencias digitales de los profesionales.....	88
82	Consulta de enfermería oncohematológica: la calidad en la asistencia directa con los pacientes y familiares.....	89
83	Proyecto de mejora: entiende la disfagia de la mano de tu enfermera de atención primaria.....	90
84	¿Qué opinan los pacientes de un programa de apoyo a enfermedad minoritaria como la hipertensión arterial pulmonar (hap)?	91
86	Resultados a 1 año de una unidad de diagnóstico rápido y alta resolución de cardiología en ámbito hospitalario	92
87	Implantación de un sistema de gestión ambiental en un hospital de 2º nivel.....	93
88	Mejora del estándar de calidad de prescripción farmacológica: un trabajo en equipo.....	94
89	Análisis de cultura de seguridad del paciente en profesionales en formación sanitaria especializada.....	95
90	Diseño y aplicación de un sistema de certificación para garantizar la calidad de la unidad de pacientes externos	96
91	Implantación de prácticas seguras en atención intermedia: es momento de actuar	97
92	Mejorar la experiencia del paciente en el proceso de embarazo, parto y lactancia mediante grupos focales.....	98
93	Cobertura vacunal frente a enfermedades respiratorias: covid gripe y neumococo en el paciente institucionalizado.....	99
94	Sistema de previsión y planificación para consultas externas.....	100
95	Proyecto gestión de mejora de la continuidad asistencial.....	101
96	Optimización del flujo de pacientes triados en urgencias.....	102
101	Percepción de la importancia y situación de la atención al dolor en un servicio de urgencias extrahospitalarias	103
103	Experiencia práctica estable en el tiempo de participación conjunta de paciente y profesional	104
105	Cartografiando experiencias y vivencias en atención primaria: el abordaje cualitativo de una encuesta de satisfacción.....	105
106	Mejorar la calidad de cuidados enfermeros: estrategia regional de centros comprometidos con la excelencia en cuidados	106
107	¿Sabemos que es la práctica avanzada de enfermería (epa)? revisión del concepto de epa en un contexto internacional	107
108	Programa de optimización de antimicrobianos (proa) en un hospital comarcal aislado.....	108
109	Evolución de la frecuencia de las itu en pacientes sondados, en uci en un hospital de 3º nivel en los últimos 5 años	109
110	Adherencia test sma q al tto inmunosupresor en paciente trasplantado hepático de canarias.....	110
111	¿Damos respuesta telefónica en los centros de atención primaria?	111
112	¿Hemos sustituido la higiene de manos por el uso de los guantes? un nuevo reto inesperado y difícil.....	112
113	Un paso más: escuchar la voz del paciente en una jornada nacional	113
114	Fomentando la cultura de seguridad a través del chequeo quirúrgico.....	114
115	16 años de incidentes y eventos adversos en una unidad de ictus.....	115
116	Caídas hospitalarias: ¿prevenibles y evitables?	116
117	Percepción del paciente de la humanización en los cuidados en un hospital secundario.....	117
118	Cultura organizacional: todo es cuestión de preguntar	118
119	Reordenación de la atención continuada y urgente en la atención primaria: propuesta de implementación y resultados.....	119
120	Introducción de los análisis aleatorios de seguridad en tiempo real en la uci de un hospital de 2º nivel	120
121	Circuito eficaz en coagulación pediátrica: “una consulta menos, una sonrisa más”	121
122	¿Llega bien la sangre al laboratorio?.....	122
124	Debilidades y amenazas: la gestión como defensa	123
125	Informatización del proceso asistencial del paciente en el área de urgencias	124
126	Implementación de un equipo de terapia intravenosa en un hospital de atención intermedia mediante el modelo pdca	125
127	Priorización del transporte sanitario del paciente respiratorio: mejorando la calidad y seguridad del paciente	126
128	Ruta hacia la excelencia: compromiso con la seguridad del paciente y la mejora continua.....	127
129	Exéresis de arteria radial tras rotura de catéter: gestión de un incidente.....	128
130	Discrepancias o conflictos con otros colectivos	129
131	Hanuflo: modelo de gestión de la unidad de celadores del hospital clínico san carlos	130
132	Proyecto de optimización de la atención domiciliaria para pacientes atdom de un equipo de atención primaria	131
133	Mejora del procedimiento de extracción de sangre venosa. Un aspecto de calidad de la muestra.....	132
135	Planificar, implantar, evaluar y mejorar.....	133
136	Procedimiento interdisciplinar de traslados de pacientes a pruebas radiodiagnósticas.....	134
138	Reposición y sustitución de camas y colchones.....	135
139	Proyecto de mejora en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.....	136

140	Mejora del proceso del parto.....	137
141	Identificación positiva de alergias en pacientes.....	138
142	La fatiga del profesional, ¿pasamos a la acción?.....	139
143	Optimización de las reservas sanguíneas para intervenciones quirúrgicas (rtu).....	140
144	Implementación, revisión y mejora de programa de prevención de la fragilidad en el medio hospitalario.	141
145	Proyecto de apoyo a las segundas víctimas en el personal sanitario de atención primaria.....	142
146	Mejora de la adecuación de la práctica asistencial en la actividad extractora.....	143
147	Coste sanitario de las caídas en un hospital de tercer nivel.....	144
148	Aplicación de un modelo matemático predictivo de riesgo de caídas intrahospitalarias: proyecto piloto.....	145
149	Plan de actuación para mejorar la seguridad del paciente en el sº medicina intensiva (uci) de un hospital de 2º nivel.....	146
151	Actividad asistencial con enfoque comunitario desde ámbito sociosanitario: Unidad de Atención a Residencias (UAR).....	147
152	Mejora en la gestión de contratación.....	148
153	Creación de un modelo matemático predictivo de riesgo de caídas intrahospitalarias: proyecto piloto.....	149
154	Implementación de la metodología lean para optimizar la activación del código ictus.....	150
155	Participación del paciente en su seguridad: día mundial de la parada cardiaca.....	151
158	El uso prudente de los antibióticos: campaña de difusión institucional.....	152
159	Trazabilidad de implantes: un estudio piloto, del método manual a la eficiencia digital.....	153
160	Gestión de casos entre niveles asistenciales para la extracción de analíticas en las zonas básicas de salud.....	154
161	Proyecto regional de disminución del impacto ambiental sanitario.....	155
162	Mejorando la gestión del grupo de interés aliados en atención primaria: ¿qué opinan y qué esperan de nosotros?.....	156
165	Escuela de pacientes: cuáles son las necesidades percibidas por los pacientes.....	157
167	Elaboración de los mapas de riesgos a través de fuentes de información objetiva a nivel ambulatorio y hospitalario.....	158
168	Uso local de estándares de calidad sanitaria como herramienta de mejora en centros ambulatorios.....	159
169	Mejora de los registros clínicos en fisioterapia.....	160
171	¿Cómo estamos de orientados al paciente? encuesta de cultura de experiencia en quirónsalud.....	161
173	Alinear el talento colectivo a la resolución de retos organizativos. El impacto de los círculos de participación.....	162
174	Evolución de la frecuencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en la uci de un hospital en los últimos 7 años.....	163
175	Trasferencia segura del paciente entre niveles.....	164
176	Mejora en la gestión, organización y planificación de alumnos en atención primaria.....	165
177	Continuidad asistencial, acompañando al paciente crónico complejo.....	166
178	Estrategia médicos qs evaluación del desempeño médico.....	167
179	Reconociendo el talento y valorando los recursos.....	168
180	Casos que enseñan : aprender de los incidentes de seguridad.....	169
181	Hablando sobre salud mental con los/las adolescentes y jóvenes. Asistencia comunitaria basada en valor.....	170
182	Revisión por dirección del sistema de gestión de calidad según iso 9001 de los distintos servicios certificados.....	171
183	Experiencias vividas por las familias tras el diagnóstico de diabetes tipo 1 de su hijo/a.....	172
184	Percepción del estrés laboral en las tareas de enfermería y su relación con un evento de acreditación hospitalaria.....	173
186	Análisis de la motivación laboral en los profesionales de enfermería.....	174
187	Compromiso y satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel.....	175
188	Ambientes laborales enfermeros, calidad asistencial y resultados en salud.....	176
189	Programa de prevención de caídas en un hospital de atención intermedia guiada por la enfermera de práctica avanzada.....	177
190	Validación transcultural de la versión española del instrumento “skilled nursing facilities” trigger tool.....	178
191	El valor de las decisiones compartidas con otros sectores de la comunidad: mapeo de activos.....	179
192	Mejoras en la calidad técnica de la imagen radiológica y formación continua en radiodiagnóstico.....	180
193	Influencia de la bolsa de trabajo de enfermería en la implantación de programas eras.....	181
196	Navegando hacia la calidad: desarrollo de una web calidad de referencia en el departamento de salud.....	182
198	Mejora en la conciliación terapéutica de las benzodiacepinas para el insomnio en personas mayores y gma-4.....	183
199	Variabilidad en la lectura de mamografías de cribado: una contribución al consenso de criterios entre radiólogos/as.....	184
200	Un proceso de selección y difusión de informes de evaluación de tecnologías sanitarias.....	185
201	Plan de reactivación de la enfermería en atención primaria. La gestora clave en el cambio.....	186
203	Incorporación de nuevas enfermeras al entorno sanitario de atención primaria. Estrategias y desafíos.....	187
205	Saer, una herramienta de comunicación efectiva entre profesionales, para mejorar la seguridad del paciente.....	188
206	Impacto de la pandemia covid-19 en el diagnóstico y pronóstico de pacientes con tumores sólidos en el noreste peninsular.....	189
207	Implementación de recomendaciones no hacer: dormir sin pastillas.....	190

208	Acciones de mejora para evitar la pérdida de talento de profesionales sanitarios por el síndrome de burn out	191
209	Impacto en la seguridad terapéutica del paciente oncológico con la puesta en marcha de acciones correctivas.....	192
210	Implementación del debriefing clínico en el área asistencial de sala de partos	193
212	Mejora del acceso y formación al proceso de test viscoelásticos. Experiencia de la comisión de evaluación de tecnología.....	194
213	Pilotaje para la formación e identificación de futuras gestoras y gestores entre alumnado pregrado.....	195
214	Plan de mentorización a nuevas gestoras. Creando redes.....	196
215	Nirsevimab: investigación, comercialización, seguridad y eficacia.....	197
216	Consolidando la comunicación entre profesionales mediante la interconsulta no presencial.....	198
218	Checklist de enfermería en el entorno de una mutua laboral: herramienta de mejora continua en la atención ambulatoria	199
219	Nueva estrategia del servicio de admisión y documentación clínica en un entorno hospitalario.....	200
220	Desarrollando la estrategia de responsabilidad social corporativa en el sector salud.....	201
221	Optimización de la toma de decisiones en la gestión de camas hospitalarias.....	202
222	Telemedicina para consultas ambulatorias de enfermería de una mutua colaboradora con la seguridad social.....	203
223	Profilaxis antibiótica de la infección de localización quirúrgica en un hospital comarcal aislado	204
224	Optimización de tiempos de consulta a partir de una estratificación de pacientes según su complejidad asistencial.....	205
225	Implicación del servicio de farmacia en la creación de una unidad de hospitalización infantojuvenil mental.....	206
226	Implantación de sistema de notificación en nuevas unidades. Alcance formativo.....	207
227	Asociación de la incidencia de delirio intrahospitalario con la mortalidad en el entorno hospitalario.....	208
228	¿Aumentó la incidencia de delirio intrahospitalario debido a las restricciones de visitas durante la pandemia?	209
229	Nuevas estrategias de comunicación para aumentar la motivación de profesionales en la notificación de incidente sin daño	210
230	Facilitador clínico enfermería.....	211
231	Evaluación del plan oncológico de euskadi 2018-2023	212
232	Servicios no presenciales de enfermería	213
233	Covid-19 y neoplasias hematológicas: impacto diagnóstico y supervivencia. Estudio multicéntrico en el nordeste de España.....	214
235	Proceso enfermero de continuidad asistencial de hospitalización y atención comunitaria en varios territorios	215
236	El valor de la acreditación en una unidad de endoscopia.....	216
237	Implantación de la guía de valoración y manejo del dolor en un centro candidato bps®: estrategia y resultados.....	217
238	Prevención y actuación ante el raptó infantil en el ámbito hospitalario: código rosa.....	218
239	Implantación de un sistema de alerta temprana en aplicativo para el registro de los cuidados de enfermería	219
240	Barreras de acceso de los refugiados ucranianos en Alicante (España) al sistema de atención sanitaria	220
241	Evaluación del proyecto piloto de visitas simultáneas interdisciplinares en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.....	221
244	Escalas de valoración del dolor pediátrico.....	222
245	Pase de visita virtual cirugía torácica	223
246	Rueda de cuidados 360: mejora en la atención recibida por enfermería de hospitalización mediante formación continuada.....	224
248	Empoderamiento del paciente: registro del dolor seguro y de calidad.....	225
249	¿Hay diferencias en los indicadores de agresividad terapéutica en cáncer de pulmón versus el resto de tumores sólidos?.....	226
251	Minería de procesos en análisis de datos oncológicos.....	227
252	Satisfacción de las madres al alta respecto a la educación sanitaria madre/hijo recibida.....	228
254	Validación de una lista de verificación para la atención inicial del código infarto.....	229
255	Impacto de estrategias de mejora para el registro correcto de los cuidados en la historia clínica electrónica	230
256	Diseño de un cuadro de mando para la revisión del estado de vacunación frente al neumococo en población de 60+ años.....	231
257	Evolución del proyecto gestión de la demanda de enfermería 2021- 2024.....	232
258	Monitorización digital personalizada del paciente oncológico en el tratamiento y seguimiento.....	233
259	Información activa en urgencias hospitalarias	234
260	Adecuación de la solicitud de pruebas preoperatorias de rutina en cirugía electiva. Variabilidad entre hospitales.....	235
261	Innovación en procesos asistenciales en atención primaria. La experiencia de utilizar un simulador.....	236
262	Proyecto esalut: una transformación digital del modelo asistencial	237
263	Impulso de una red de comisiones para mejorar la adecuación de la práctica asistencial y clínica	238
264	Dianasalud.com, una herramienta que promueve la adecuación en salud.....	239
267	Encuestas a tiempo real para mejorar la experiencia del paciente en un servicio de urgencias extrahospitalarias.....	240
268	Estudio sobre alfabetización digital en salud en pacientes que utilizan una aplicación de telemedicina	241
269	Checklist para la realización de una auditoría interna	242
270	Grupos de trabajo creados a raíz de una estrategia de calidad y seguridad del paciente.....	243
271	Inclusión de los objetivos de desarrollo sostenible (ods) en un servicio de urgencias extrahospitalaria (sue)	244

273	Incentivar y fortalecer la humanización en la asistencia en un servicio de emergencias: personas al servicio de personas	245
275	Creación del comité de pacientes en un servicio de emergencias médicas.	246
278	Humanibox: escuchando a pacientes, familias y equipo sanitario.	247
279	Proyecto de referente de seguridad transfusional en un hospital terciario	248
280	Health improvement en las mutuas colaboradoras con la seguridad social en la sociedad española de calidad sanitaria	249
281	Health improvement en seguridad del paciente entre las mutuas colaboradoras con la seguridad social (mcss) en la seca	250
283	Escala de centor, la gran olvidada.	251
284	Aplicación informática para la gestión del personal asignado a las secretarías asistenciales	252
285	Habitación del respiro familiar: un recurso para seguir cuidando.....	253
286	Co-diseño con los pacientes: evaluar para mejorar la experiencia del paciente mediante prem y prom.....	254
287	Creación del observatorio de resultados obstétricos y ginecológicos de canarias.....	255
288	Importancia de la implantación del servicio de perro de asistencia en el transporte sanitario	256
289	¿Qué experiencia transmiten los pacientes entrevistados atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalarias?.....	257
291	Mejora de la relación y satisfacción de proveedores mediante priorización y encuestas en una organización sanitaria.....	258
292	Cocreación en acción: mejorando la atención sanitaria con la voz del paciente.....	259
293	¿Cómo mejorar una intervención digital a través de la experiencia del paciente con apnea obstructiva del sueño (aos)?	260
298	Optimización de los recursos de hospital de día en la administración de tratamientos de esclerosis múltiple	261
299	Problemas relacionados con la medicación anticoagulante oral en pacientes hospitalizados.....	262
300	Riesgo de complicaciones y mortalidad en pacientes hospitalizados según tipo de anticoagulante oral	263
301	Evolución de la estrategia formativa del proyecto: gestión de la demanda de enfermería (gde)	264
302	Atención sanitaria y procedimiento de actuación a pacientes penitenciarios	265
303	Aplicaciones de inteligencia artificial en la asistencia sanitaria en mutua laboral	266
304	Digitalización del registro enfermero en una unidad de atención domiciliar oncohematológica	267
305	¡Nuestro principal indicador de calidad es la leche!.....	268
306	Percepción de los profesionales de un servicio de urgencias extrahospitalarias (sue) sobre personas con una discapacidad	269
307	Reducción de tiempos de espera en urgencias mediante la implementación de circuitos específicos para pacientes autónomos	270
308	Asistencia a pacientes que solicitan interrupción voluntaria de la gestación en el servicio de obstetricia y ginecología.....	271
309	Identificación inequívoca del recién nacido en el área de urgencias, paritorio y puerperio.....	272
310	Asistencia al duelo perinatal.....	273
311	Implantación de sistema de gestión de calidad en hospitalización a domicilio. Certificación norma iso 9001:2015	274
312	Perfil de usuario que utiliza la monitorización remota app esalud en hospitalización a domicilio: prueba piloto.....	276
313	Impacto de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (iras) en la seguridad del paciente.....	277
315	Mejora continua: validación de nueva técnica de biología molecular para implantación en un servicio de microbiología	278
316	Enfermera de práctica avanzada en patología mamaria, implementación del circuito rápido tras la metodología lean	279
318	Disminución de la jornada de trabajo: un deseo hecho realidad	280
321	Incorporación de la experiencia del paciente en el servicio de obstetricia y ginecología	281
323	Puesta en marcha de formación continuada en salud a pacientes en el ámbito hospitalario de una mutua laboral	282
324	Circuito del consentimiento quirúrgico. Un paso más en la seguridad del paciente	283
325	Propuesta de evaluación de la competencia para identificar áreas de capacitación, enfermería/tcae	284
327	Transferencia segura :conferencia de casos en un centro de salud de atención primaria	285
329	Un nuevo enfoque para los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva en atención primaria (ap)	286
331	Contribución de la orquestación de servicios para mejorar en el ámbito sociosanitario: Proyecto Orkesta	287
332	¿Podemos beneficiarnos de la ia para mejorar en estrategias poblacionales? proyecto distra.....	288
333	¿Estamos estableciendo los canales adecuados de manejo de antibióticos en las infecciones frecuentes? proa-ac itu	289
334	Gestión de incidentes de seguridad: ¿disponemos de suficientes barreras para mitigar los errores diagnósticos?.....	290
335	¿Cómo pueden afectar los errores de trazabilidad de las muestras biológicas la seguridad del paciente?	291
336	Impacto del análisis de la mortalidad en la gestión de la calidad	292
337	Codiseño con pacientes del proceso de atención a pacientes con cáncer	293
338	Sesiones formativas de educación sanitaria para adolescentes.....	294
340	Proyecto comunicación transversal estandarizada	295
341	Health improvement mediante estándares de calidad sanitaria en la atención ambulatoria de una mcss	296
342	Reducción de las incidencias de reinformación en la agenda de extracción de laboratorio y de las muestras no remitidas	297
343	¿Qué necesitan los niños que nunca se van a curar?.....	298
344	Gestión unificada de las peticiones de cita para procesos de media y alta complejidad.....	299

345	Rediseño de listado de verificación quirúrgica (lvq) para su mejora como herramienta de seguridad del paciente.....	300
346	Impacto en el causa de una campaña para el uso seguro del medicamento.....	301
347	El maltrato infantil duele toda la vida. Si puedes detectarlo, debes notificarlo.....	302
348	Tecnologías médicas: un análisis transversal en el hospital Germans Trias i Pujol.....	303
349	Uso del mentoring para incorporar aspectos de calidad sanitaria en el personal administrativo de una mutua laboral.....	304
350	Equidad en la atención hospitalaria del paciente con trastorno mental: una historia de cambio en el modelo de gestión.....	305
351	Plan anticipado de decisiones y cuidados en personas con trastorno mental grave: hacia el empoderamiento del paciente.....	306
352	Gestión de la acreditación de las auto formaciones de los centros de salud de una comunidad.....	307
353	Jornadas de difusión y divulgación en materia de salud a la población. Herramienta clave para una escuela de salud.....	308
356	Implementación del plan personal de prevención de la fragilidad y caídas en atención primaria.....	309
357	Puesta en marcha de un procedimiento de planificación y registro de actividades comunitarias en atención primaria.....	310
358	Errores de medicación del paciente: del análisis a la acción.....	311
359	Servicio de diagnóstico precoz de patologías y problemas de salud prevalentes en atención primaria: esencial seguir mejorando ...	312
360	Humanización de la asistencia pediátrica.....	313
361	Creación de un mapa de viaje del paciente con diabetes en dos centros de salud con diferente índice de vulnerabilidad.....	314
362	Impulsando la detección precoz del cáncer colorrectal en atención primaria: un compromiso con la seguridad del paciente.....	315
363	“Estudio piloto del programa ap_cuida2 en canarias”.....	316
364	Innovación tecnológica, clave de la mejora de los programas de cribados oncológicos poblacionales en nuestra comunidad.....	317
365	Reforzando la seguridad y confianza del paciente en la vacuna de heminópteros: repicadura intrahospitalaria (rih).....	318
366	Perfil de reacciones adversas en dos hospitales del SNS a través del conjunto mínimo básico de datos.....	319
368	Generando sinergias. Consenso entre atención primaria y especializada hospitalaria para adecuar las derivaciones.....	320
369	Deprescripción de la aspirina en prevención primaria cardiovascular: estudio de intervención en atención primaria x.....	321
370	Participación en el programa “científicos en prácticas” con el CSIC y centros de enseñanza.....	322
371	Alineación y priorización de los ODS en la estrategia de un hospital del grupo 2.....	323
372	Life: implicación de pacientes con cáncer de pulmón en proyectos de investigación. Fomentando su empoderamiento.....	324
373	Diseño de un conjunto de mejoras asistenciales en pacientes de cirugía electiva de artroplastias de rodilla y cadera.....	325
374	Relación entre los prem-prom y los indicadores de efectividad y seguridad clínica en cirugía electiva de artroplastias.....	326
375	Evaluación de la satisfacción del cliente interno en la dirección de atención a la ciudadanía 2020-2023.....	327
376	Cuidando al profesional de enfermería en la sanidad privada. ¿Es posible?.....	329
377	Proyecto journey del profesional: nuevas rutinas de trabajo hospitalario para facilitar el descanso de los pacientes.....	330
378	Acciones de mejora para evitar la pérdida de talento de profesionales sanitarios por el síndrome de burn out.....	331
379	Impacto en la seguridad terapéutica del paciente oncológico con la puesta en marcha de acciones correctivas.....	332
382	Evaluación de la percepción, conocimientos y actitudes frente al vih/sida en sanitarios en un hospital de tercer nivel.....	333
384	El valor de las sesiones clínicas multidisciplinares, más allá de la clínica.....	334
385	Conexión humana: impacto del estado de ánimo de los profesionales en la experiencia del paciente.....	335
386	Normalización de la práctica enfermera en la unidad de trastornos respiratorios durante el sueño de neumología.....	336
387	Eventos adversos de severidad media-alta. ¿Qué hacemos con las segundas víctimas?.....	337
388	Implantación de una unidad de enfermería de atención aguda urgente.....	338
389	Revisión de solicitudes presentadas desde la entrada en vigor de la eutanasia en una comunidad del sns.....	339
391	Superando desafíos con un módulo informático de notificación de complicaciones e incidencias en el bloque quirúrgico.....	340
392	¿Salud digital o alud digital? no te dejes arrastrar.....	341
393	Envejecimiento activo: programa de ejercicio físico “vivifrail” en el centro de salud.....	343
394	Experiencia sobre la modificación de hábitos en un grupo con obesidad: programa piloto.....	344
395	Aprendiendo de nosotros: valoración de la calidad de la evaluación formativa de una capacitación para enfermería.....	345
396	Preparándonos para llegar a los pequeños corazones: programa formativo de ecmo pediátrico.....	346
397	Innovación en la organización de la medicación de emergencia.....	347
398	Análisis de las rondas de seguridad en las unidades de críticos.....	348
399	Cuadros de mandos inteligentes.....	349
400	¿Acogemos adecuadamente al personal de nueva incorporación?.....	350
401	Walking round y debriefing sobre seguridad del paciente.....	351
402	Elviaje del paciente con con cardiopatía isquémica.....	352
403	Mejorar la adherencia del paciente al tratamiento del h.pylori con una intervención enfermera nic 5618.....	353
404	Análisis del cumplimiento de higiene de manos en uci polivalente.....	354
405	Evaluación y mejora en el uso de guantes en UCI: proyecto manos seguras 3.0.....	355

408	Adecuación del cumplimiento del “bundle” de medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico. Programa Vincat	356
409	Carrusel formativo de enfermería: orientación de las competencias para la excelencia en la asistencia.....	357
410	Gestdoc: proyecto de colaboración de formación de residentes de enfermería invirtiendo en futuras generaciones.....	358
411	Innovación tecnológica en la consulta de ostomías. Aportando calidad al proceso asistencial	359
414	Uso de la telemedicina en salud mental. ¿Piensan lo mismo pacientes y profesionales?	360
415	Unidad de calidad experiencia de un modelo integrado	361
416	Nos vamos al quirófano.....	362
417	Evaluación de la implantación de estancias formativas hospitalarias de médicos de centros ambulatorios	363
419	El impulso de la formación para aplicar el enfoque comunitario.....	364
420	Empoderamiento enfermera en la cura complicada de un absceso isquiorrectal refractaria a tratamientos estandarizados.....	365
421	Pide atención directa: sistema de gestión de solicitudes y comunicación de pacientes con su hospital.....	366
422	Desarrollo y evaluación de un nuevo modelo para el abordaje de la enfermedad renal crónica en una comunidad autónoma.....	367
423	Hemodiálisis en centro extrahospitalario: creando valor a través de la contratación pública	368
424	Proyecto expaderm: incorporando la experiencia de paciente para mejorar el proceso asistencial en dermatología.....	369
425	Desarrollo y aplicación de un cuadro de mando para el programa de salud infantil.....	370
426	Cuadro de mando de atención primaria: una nueva oferta preferente.....	371
427	Evaluación del uso de tecnologías para la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.....	372
428	Buscando la excelencia, dando voz a los pacientes.....	373
429	Adecuación de la terapia inhalada para la salud y el medio ambiente.....	374
430	Implantación de un modelo auditorías internas csur.....	375
431	Datos sanitarios macro de las mutuas laborales en España: un Bismark en la corte del Rey Beveridge	376
432	Mejora de la calidad asistencial a través de la “atención líquida”.....	377
434	Adecuación de la ampliación de parámetros en el cribado de hipotiroidismo gestacional del primer trimestre.	378
435	Proyecto sobre el impacto del medioambiente, incluido el cambio climático, en la actividad asistencial de un hospital	379
436	El cuadro de mando de violencia de género como instrumento de evaluación y seguimiento de objetivos.....	380
437	Comparación encuesta administrada mediante sms versus encuesta telefónica en un servicio regional de salud.....	381
439	Oficina kaizen como motor de la mejora continua y la optimización de procesos asistenciales	382
441	Cómo mejorar el proceso de atención a la fractura de cadera: análisis y mejoras	383
442	La formación a los profesionales, un pilar en el cambio del paradigma del abordaje no farmacológico del dolor crónico	384
443	Condiciones de entrega de material quirúrgico a la central de esterilización.....	385
445	Evaluación y mejora de la calidad en el orden y limpieza del box del paciente crítico adulto en el hcuva	386
446	Evaluación de la transferencia en la formación continuada: desarrollo de un marco evolutivo	387
447	Diseño y primeros pasos de un modelo propio de gestión y de reconocimiento de calidad para unidades asistenciales	388
448	Formación, un camino seguro para el empleado	389
449	Actualización de la recomendación de seguridad generalizable sobre el tratamiento empírico de la uretritis	390
450	Yo también participo en mi seguridad.....	391
451	Mejorando cultura de seguridad en el día a día en atención primaria: profesionales revisando historias en busca de incidentes.....	392
452	Mejora del proceso de rehabilitación cardíaca mediante metodología lean healthcare	393
453	El hospital como motor de la agenda 2030. Estableciendo un marco estratégico en responsabilidad social corporativa	394
454	Circuito asistencial de la acogida del paciente del área de psiquiatría de urgencias.....	395
456	¿Sirve de algo realizar un mapa de riesgos? despliegue y evaluación de un mapa de riesgos en atención primaria	396
457	Pmau: plan para la mejora de la atención en las urgencias del hospital universitario la paz.....	397
458	Implantación de un sistema de evaluación individualizada para la priorización en la gestión proactiva del riesgo.....	398
459	Gestión de calidad de una unidad de cuidados agudos cardiológicos.....	399
460	Seguimiento indicadores del contrato programa y observatorio de resultados a través de un cuadro de madnos integral	400
461	Hacia una prescripción más segura: farmalertas	401
462	“Corazón partío”: registro de las paradas cardiorespiratorias intrahospitalarias en un hospital de tercer nivel	402
463	Avanzando con las recomendaciones europeas: mejora del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal.....	403
465	Conocer a la población diana, punto de partida para una estrategia de abordaje a la insuficiencia cardíaca.....	404
466	Gestión integral de las comisiones técnicas consultivas a través de la plataforma.....	405
467	Concienciación de la importancia de la higiene de manos	406
468	Análisis de situación en relación con el cálculo de la huella de carbono en los centros de un servicio regional de salud.....	407
469	Verificación del cumplimiento de objetivos de calidad de un servicio de salud: el valor de las auditorías	408
470	Seguimiento e implantación de una estrategia de atención al dolor	409



471	Toma de decisiones compartidas en endometriosis.....	410
472	Seguridad de la atención sanitaria según la experiencia del paciente: visibilizando la parte oculta del iceberg.....	411
475	La metamorfosis del proyecto tximeleta.....	412
476	Help. Humanizando la enfermedad, escuchando y liderando con el paciente.....	413
477	Proyecto de abordaje de la emergencia climática.....	414
478	Implantación de una consulta de inmunización en un hospital de tercer nivel.....	415
482	Estrategias para mejorar la cultura de prevención de caídas.....	416
484	Covid-19 y linfoma difuso de células B grandes: consecuencias de la pandemia en el nordeste de España.....	417
485	Optimización del flujo del proceso quirúrgico con metodología Lean.....	418
486	Mejorar el registro del dolor, ¿todavía necesario?.....	420
487	Valoración de la intensidad de cuidados enfermeros en la uci de un hospital comarcal.....	421
488	Elaboración de objetivos estratégicos en un servicio de medicina nuclear mediante método hoshin kanri.....	422
489	Comunicación: piedra angular de los proyectos.....	423
490	Estrategia +ap: valor de la atención psicológica en atención primaria.....	424
492	Elaboración e implementación de una herramienta para la toma de decisiones compartidas en anticoncepción.....	425
493	El camino hacia la transformación de los servicios de urgencias de la compañía.....	426
494	La gestión de riesgos asistenciales como herramienta para un cambio cultural en la compañía.....	427
495	Implantación de un plan formativo en seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad.....	428
498	Vía clínica amigdalitis en el servicio de urgencias.....	429
499	Diseño de un plan de acción adaptado a las necesidades de coordinación entre equipos de atención primaria y hospitalaria.....	430
500	Gestión sostenible de un hospital. Medidas para un consumo sostenible de recursos.....	431
501	Mejorar la experiencia de nuestros pacientes más pequeños celebrando días especiales.....	432
502	Mejorando la experiencia del paciente a través de nuestros profesionales.....	433
503	Cultura de seguridad en equipos directivos y referentes de calidad de atención primaria.....	434
505	Implantación de la ecografía como herramienta de diagnóstico en fisioterapia y tratamiento invasivo en una mutua laboral.....	435
507	Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora del proceso de atención de primeros episodios psicóticos.....	436
508	Mejoras en el circuito de formalización y registro de documentos de voluntades anticipadas.....	437
509	Análisis de la aplicación práctica de la ley orgánica de regulación de la eutanasia.....	438
511	Circuito de diagnóstico rápido del glaucoma: experiencia en la población.....	439
512	Medidas para una mejor calidad percibida.....	440
513	Impacto en la calidad de vida de los pacientes tras ser intervenidos de prostatectomía y colecistectomía.....	441
514	Resultados en salud en pacientes con insuficiencia cardíaca, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.....	442
515	Incremento de las notificaciones, reflejo de una mayor cultura de seguridad del paciente en atención primaria.....	443
517	Asistente virtual para pacientes ingresados: mejorando la experiencia y la seguridad del paciente.....	444
518	Metodología lean: el perfil analítico al alta del paciente del síndrome coronario agudo.....	445
520	Impacto organizativo de las primeras citas de consultas externas de hospital.....	446
521	Mensajes de seguridad del paciente mediante salvapantallas dirigidos a los profesionales de atención primaria de salud.....	447
522	Experiencia del paciente en una unidad multidisciplinar de enfermedades minoritarias neuromusculares.....	448
523	¿Es posible la mejora de la gestión del grupo de interés sociedad en atención primaria?.....	449
524	La salud comunitaria y el despliegue de su estrategia ¿cómo lo hacemos en atención primaria?.....	450
526	Optimización del efecto de la luz uv en la eliminación de microorganismos multiresistentes un hospital de tercer nivel.....	451
527	Mejora de la calidad del proceso asistencial de la persona ostomizada tras la implantación de las buenas prácticas.....	452
528	Profesional involucrado en un evento adverso, ¿y ahora qué?.....	453
529	Análisis de incidentes notificados en hospitales con distinto circuito de administración de componentes sanguíneos.....	454
530	Trazadores digitales para la monitorización de proyectos de acreditación.....	455
532	Experiencia con resultados en salud en pacientes de urología.....	456
533	Zona gamer: retos de lactancia materna como metodología activa para afianzar conocimientos.....	457
534	Código de ética de un servicio de emergencias extrahospitalarias: al lado de los pacientes, al lado de las personas.....	458
535	Enfermeras como facilitadoras del cambio en la práctica de la reanimación cardiopulmonar: el carro de parada.....	459
536	Marcaje preoperatorio de la ostomía en cirugía urgente. Una intervención enfermera que aporta calidad a los cuidados.....	460
537	Estudio de prevalencia y conocimientos sobre buenas prácticas relacionadas con dispositivos urinarios.....	461
538	Transformación en higiene de manos: efectos positivos de la autoevaluación de la oms.....	462
539	Percepción de la enfermería sobre las interrupciones durante el manejo de medicación y seguridad del paciente.....	463
540	Envío de sms con encuestas de calidad a pacientes: impacto en la mejora asistencial.....	464

541	Plan de impacto reputacional: proyecto hole (hospital organizado, limpio y estandarizado)	465
542	Autoevaluación de la implementación del programa de optimización de uso de los antibióticos en la comunidad autónoma	466
543	Percepción de los profesionales sobre la preparación y evaluación de un modelo de acreditación de calidad asistencial	467
544	Diseño e implantación de la gestión por procesos basado en la norma iso 9001:2015 en un banco de sangre	468
545	Seguridad en las transferencias de pacientes: mejorando la comunicación entre profesionales.....	469
546	Creación de una herramienta de autoevaluación de estándares joint commission	470
547	Evolucion del net promoter score en un hospital de tercer nivel.....	471
548	Paciente en hemodialisis, una vision mas allà de lo físico	472
550	Optimizando la trazabilidad de la transferencia de pacientes intra-hospitalaria.....	473
551	Importancia de la humanización en el ámbito sanitario	474
553	Avanzando juntos en la transformación digital de la comunicación, la docencia y la formación en un hospital terciario	475
557	Formación teórica y práctica en reanimación cardiopulmonar en el hospital general universitario gregorio marañón.....	476
558	Desarrollo de un modelo de implantación de impresión 3d en los servicios de oncología radioterápica	477
559	Unidad de geriatría de enlace: gestión de la polifarmacia en el paciente mayor institucionalizado	478
560	Desarrollo definitivo de estándares validados para unidades de calidad de centros sanitarios: estudio delphi-2023	479
561	Evolución de la percepción de la calidad subjetiva de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel, 2019-2023.....	480
562	“Evitar lo evitable en el área quirúrgica. Circuito check-list”	481
563	Pulsera identificativa del acceso vascular para hemodiálisis: una intervención efectiva para preservarlo	482
564	Fortalezas y oportunidades de los celadores.....	483
565	Respuesta basada en datos	484
567	Detección de situaciones de estrés en el colectivo de celadores y oportunidades de mejora.....	485
568	Promoviendo el bienestar en el entorno laboral.....	486
569	Análisis de reclamaciones, agradecimientos y conflictos.....	487
570	Importancia del seguimiento en oncología ¿deberíamos revisar cuando dar de alta a los pacientes?	488
571	Eficacia y seguridad del balón de neumotaponamiento: estudio comparativo en el entorno quirúrgico.....	489
572	Implementación de bateas codificadas y espacio de ampollas vacías para reducir errores de medicación en anestesia	490
573	Gestión de la transformación en el centro coordinador de urgencias de un servicio de urgencias extrahospitalarias	491
574	Experiencia del proceso del parto: mejoras utilizando “investigación acción participativa”	493
575	La expeciencia de pacientes con discapacidad intelectual durante el tratamiento bucodental en cirugía mayor ambulatoria.....	494
576	Gestión de riesgos en una unidad de reanimación ¿zona de transito o zona de ingreso?.....	495
577	Rondas de seguridad en urgencias	496
578	Plan de intervención para la reducir la incidencia de infección en la cirugía colo-rectal.....	497
580	La gestión de incidentes, aspecto fundamental para la mejora de la seguridad del paciente.....	498
582	Valor añadido al proceso asistencial del paciente con insuficiencia cardiaca, incluida la experiencia del paciente	499
583	Desarrollo de una unidad de calidad asistencial y seguridad del paciente en un hospital terciario	500
584	Gestión de riesgos en un servicio de farmacia.....	501
585	Inicio, desarrollo y coordinación del proceso asistencial integrado del paciente con epoc.....	502
586	Transferencia de información de pacientes entre personal de enfermería de urgencias. Análisis de la situación actual.....	503
587	Uso de herramientas digitales para la formación del personal de laboratorio.....	504
588	Estrategia para mejorar del uso de opioides en dolor crónico no oncológico entre atención primaria y hospital.....	505
589	Implementación de un modelo de inteligencia artificial para apoyar la tutorización en una formación de calidad.	506
590	Encuestas 360 grados de los servicios dependientes de la dirección económica	507
592	Indicadores de calidad para un servicio de electromedicina	508
593	Mejora en los procesos asistenciales: ¿puede influir la inteligencia artificial?.....	509
594	Mejorar la protección de la salud evitando repetición de incidentes en productos sanitarios	510
595	Innovacion tecnologica y calidad asistencial. ¿Hacia dónde vamos?.....	511
596	Innovando en la evaluacion del avance de la estrategia: metodología cualitativa e indicadores cuantitativos	512
597	Metamorfosis del proceso de gestión de la voz del paciente: el arte de escuchar	513
598	Mejora de la accesibilidad y la continuidad de cuidados a través de interconsultas no presenciales de enfermería	514
600	Marco de transferencia de valor de la investigación y la innovación (innvalue index)	515
601	La humanización en la gestión sanitaria, un elemento nuclear de la atención excelente.....	517
602	Seguimiento e implementacion de una estrategia de seguridad del paciente.....	518
603	Hallazgos útiles para mejorar en la tercera encuesta de calidad de vida laboral en un área de atención primaria	519
604	Plan de sostenibilidad ambiental (psa) 2023 – 2025.....	520



605	Actividad en las unidades funcionales de gestión de riesgos en un servicio de salud: hacia el habito.....	521
606	Creación de la 1ª unidad de experiencia incorporando pacientes y cuidadores en los procesos asistenciales.....	522
607	La elaboración de indicadores potencia la implicación de los profesionales en sus respectivas áreas y mejora resultados.....	523
608	Carpetas de salud: educando y empoderando a la ciudadanía	524
609	Mejora de las competencias de profesionales implicados en la seguridad del paciente	525
610	Percepción de la utilidad de la norma iso 9001 como herramienta de gestión en un hospital de tercer nivel	526
611	Viabilidad de algoritmo para la transmisión automatizada de una unidad asistencial en emergencias extrahospitalarias	527
612	“Actúa ahora” desde el comité de rsc-ods	528
613	Integración de aplicaciones externas en un plataforma tecnológica de un servicio de urgencias.....	529
614	La importancia de automatización de los registros en un programa de calidad	530
615	Evaluación de un sistema de control del proceso asistencial en un servicio de urgencias extrahospitalarias	531
616	Implantación de un sistema de gestión de la calidad en el servicio de microbiología y parasitología	532
617	Evolución en el sistema de medición de satisfacción de usuarios	533
618	Formación y acreditación en ecografía: impulsando su uso en una dirección asistencial (da) de atención primaria	534
619	Mejora de resultados tras la automatización de tareas en el proceso del tratamiento radioterápico	535
620	Un abordaje lean, pedagógico y digital a la continuidad asistencial para disminuir reinfartos en pacientes en riesgo	536
621	Revisión y adecuación de la terapia respiratoria domiciliar en pacientes residentes en centros sociosanitarios.....	537
622	Circuito de diabetes mellitus no conocida o mal controlada desde el servicio de urgencias de un hospital terciario.....	538
623	Escuchar al notificador	539
624	Adecuación de la prescripción antibiótica en un servicio de urgencias extrahospitalario: estudio piloto	540
625	Mejora y resolución de incidencias preanalíticas del laboratorio según recomendaciones de la Sociedad Científica SEQC	541
626	Impacto del seguimiento de indicadores asistenciales en la calidad del cuidado y satisfacción en enfermería	542
628	Hacia un futuro sostenible: iniciativa de hospital papel cero	543
629	Intervención en residencias de ocho países europeos para mejorar el uso de antibióticos y reducir infecciones.....	544
630	Revisión de manejo de la cardiopatía isquémica, ¿lo hacemos bien?.....	545
631	¿Estamos optimizando el tratamiento de nuestros pacientes?.....	546
632	Diseñando una intervención para reducir las prescripciones potencialmente inapropiadas en atención primaria.....	547
634	Implementación de barreras para la seguridad del paciente en el laboratorio clínico.....	548
635	Proyecto pharaon: impacto en el estilo de vida de los participantes en el piloto sanitario de “asistencia líquida”.....	549
636	Promoviendo la salud: un viaje hacia un hospital saludable	550
637	Diseño de un proceso asistencial para priorizar la atención a las personas con dolor crónico no oncológico	551
638	Charlaterapia, el arte de comunicar. ¿Una alternativa eficaz para el paciente sometido a biopsia de médula ósea?	552
639	Valoración geriátrica integral en un servicio de urgencias	553
640	La endoscopia mamaria en canarias. Avances e innovación en calidad asistencial	554
641	Impacto de los eventos adversos relacionados con las iras en un hospital de alta complejidad.....	555
642	Desarrollo competencial en calidad y seguridad del paciente: habilidades, conocimiento y actitudes.....	556
643	Cirugía mamaria en régimen ambulatorio: calidad para las pacientes y eficiencia en la atención.....	557
644	Vía clínica de cirugía tiroidea en régimen de corta estancia	558
645	Pequeños cambios hacia la transformación digital de una unidad de calidad de un hospital terciario.....	559
646	Mejoras estructurales en el área de urgencias a través de la experiencia paciente	560
647	Análisis de la calidad percibida en el proceso asistencial cáncer de mama en un hospital terciario	561
648	Producción científica de los servicios de reumatología en España, análisis de 10 años.....	562
649	Aportar valor a los pacientes sin desplazamientos innecesarios de un servicio de rehabilitación	563
650	Coordinación asistencial para evitar el reingreso de pacientes frágiles: unidad de alta complejidad	564
653	Fase lunar errónea: eritroaféresis como tratamiento de la drepanocitosis	565
654	Adaptación transcultural de la versión 2.0 de una encuesta de cultura de seguridad del paciente: un proyecto piloto.....	566
655	Análisis de dos casos de éxito de atención integrada entre el ámbito social y sanitario: canterbury y norrtälje.....	567
656	Comparativa de modelos internacionales de asistencia sociosanitaria: alto vicentino (coordinado) y norrtälje (integrado)	568
657	Uso de herramientas de inteligencia artificial para reducir la carga de trabajo de una unidad de calidad	569
658	Propuesta de mejora del paso de los pacientes al cumplir los 15 años del equipo de pediatría al equipo de adultos.....	570
659	Influencia del farmacéutico clínico en el servicio de urgencias en un hospital de tercer nivel	571
661	Estudio de la concordancia del registro de alergias a medicamentos en un hospital terciario con atención primaria.....	572
664	La calidad de los sistemas de información: modelo de mcall	573
665	Voluntariado y tecnologías de la comunicación: una alianza para mejorar la supervivencia de los pacientes críticos	574

667	Aplicaciones de text mining: estudio sistemático del campo de texto libre antecedentes	575
669	¿Es posible reducir a "o" los riesgos de uppen pacientes ingresados en una unidad de lesionados medulares?	576
670	De la teoría a la práctica: implementación del enfoque basado en valor en una unidad de ictus (2021-2023).....	577
671	Una unidad de calidad asistencial y seguridad del paciente diferente: comunicación y soporte activo	578
672	Evolución de la vacunación frente al covid. Estrategia e impacto. 2020-2024	579
673	Normalización en la transferencia de información durante el cambio de turno de enfermería	580
674	Papel de las enfermeras de prevención y promoción en atención primaria.....	581
675	Evaluación de los factores psicosociales del personal del servicio de medicina intensiva finalizada la covid19	582
676	Proyecto reducción del absentismo en consultas externas a través de recordatorio de cita con llamada telefónica	583
677	JCI como herramienta estratégica para mejorar la calidad y seguridad del paciente de una organización sanitaria.....	584
678	Interconexión bidireccional entre receta electrónica y prescripción hospitalaria: garantía de continuidad asistencial	585
679	La inteligencia artificial (IA) como aliada en la seguridad del paciente.....	586
680	Una metodología ágil para impulsar la innovación organizativa.....	587
681	Mejora de la calidad del transporte sanitario no urgente: parametrización del seguimiento personalizado del servicio.....	588
682	Impacto sobre los riesgos del paciente tras la implantación de un comité técnico de equipos e infraestructura (ctei).....	589
683	Participación activa del paciente en la adquisición de sistemas de monitorización de glucosa por el servicio de salud.....	591
684	Sostenibilidad medioambiental en la farmacia de hospital: buscador corporativo de medicamentos estratégicos.....	592
686	Determinantes sociales de la salud como agentes de cambio sanitarios: comparación de herramientas de medición de dss.....	593
687	Estrategia multimodal para la mejora de la identificación del paciente: más allá de la pulsera.	594
688	Oncoand: sistema de ayuda a la toma de decisiones en los comités de tumores.....	595
689	Salud participativa. Cómo crear un espacio virtual en un hospital de alta complejidad.....	596
690	Evaluando la percepción de los profesionales sobre la seguridad del paciente en nuestro servicio	597
691	Experiencia del paciente en un servicio de urgencias.....	598
692	Implementación de pre-rondas de seguridad del paciente y revisión de procesos en el hospital.....	599
693	Despliegue del plan estratégico de calidad	600
694	Sistema de seguimiento de pacientes con ERCA	601
695	Perfil de la enfermera docente en el servicio de esterilización como acción de mejora.....	602
696	Implantación de la metodología enfermera nanda, nic, noc en los cuidados del neonato.....	603
697	Conectados FSM.....	604
699	Trazabilidad y seguridad del paciente en un servicio de esterilización.....	605
700	Análisis inmediato de resolución en emergencia extrahospitalaria.....	606
701	Mejora de la experiencia del paciente en el servicio de diagnóstico por imagen	607
705	Indicadores de calidad en patient blood management y adecuación de la práctica clínica en cirugía ortopédica.....	608
706	Proceso participativo para identificar retos y definir el futuro de la calidad asistencial: compartiendo el conocimiento	609
707	Implementación de la norma iso 14001: un paso hacia la sostenibilidad	610
708	El informe de cuidados de enfermería como pieza angular en la calidad asistencial.....	611
709	Calidad en los cuidados a través de la práctica colaborativa	612
711	Evaluación de estrategias de implantación en un programa BPSO autonómico.....	613
712	Abordaje autonómico de la continuidad asistencial.....	614
713	Evolución de la percepción de la calidad objetiva de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel 2019 - 2023.....	615
716	Implantación del marcaje quirúrgico como línea estratégica dentro de la cirugía segura en el hospital	616
717	Proteger al paciente con trasplante cardíaco: recomendaciones para evitar las infecciones fúngicas.....	617
720	Hospitales verdes: prospectiva estratégica para una salud sostenible.....	618
723	Resultados del estudio sobre la satisfacción materna en el parto	619
724	La unidad de calidad como nexo clave de gestión de la excelencia en centros sanitarios	620
727	Tutorización de residentes en el entorno de urgencias	621
728	Área de observación psiquiátrica en un servicio de urgencias.....	622
729	Mejora de procesos asistenciales en dermatitis atópica y psoriasis basada en la experiencia del paciente	623
731	Cultura de seguridad del paciente (sp) en una organización: ahrq y mosps.....	625
732	Impacto de una estrategia informativa en pruebas diagnósticas sobre la calidad y satisfacción percibida por el paciente.....	626
733	Uso de dispositivos móviles inteligentes en la gestión de cuidados enfermeros en la unidad de cardiología.....	627



IMPACTO ECONÓMICO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE SUGAMMADEX EN NUESTRO HOSPITAL

 Castelao González, Florencio • Palomares Olivares, Ana Isabel

 Vithas Hospital Las Palmas

Identificador: 1

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Controlar el impacto económico y el uso adecuado de la mediación.

OBJETIVOS

Analizar el impacto económico de la puesta en marcha de un Formulario de Solicitud de Reposición de sugammadex al Servicio de Farmacia. Los costes asociados a la compra de sugammadex se habían incrementado de forma exponencial desde su inclusión en Guía Farmacoterapéutica en el año 2011.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo analizando el consumo anual de sugammadex y su alternativa terapéutica del año 2012 al año 2023. Elaboración de un Formulario de Solicitud de Reposición de sugammadex al Servicio de Farmacia, donde se especifica el régimen de dosificación, los datos del paciente y las indicaciones aprobadas en Comisión de Farmacia. Implantación de Formulario de Solicitud en septiembre del año 2019. Número de intervenciones quirúrgicas medias anuales entre los años 2012 y 2023: 7.100. Coste unitario sugammadex: 74 euros. Coste total alternativa terapéutica neostigmina más atropina: 0,12 euros. Gasto sugammadex en el año antes de la implantación del Formulario (2018): 8,9% del gasto total anual en fármacos del hospital exceptuando unidad de pacientes externos, y 44% del gasto anual de fármacos en quirófano. Coste reversión de rutina paciente 70 kg: sugammadex (103,6 euros), alternativa (0,63 euros). Coste reversión inmediata paciente 70 kg: sugammadex (414 euros), alternativa (0,73 euros). Registro de las indicaciones utilizadas.

RESULTADOS

La variación en porcentaje del consumo de sugammadex respecto al año anterior fue la siguiente: 2012: incremento del 50%, 2013: incremento del 49%, 2014: incremento del 66%, 2015: incremento del 39%, 2016: incremento del 35%, 2017: incremento del 18%, 2018: incremento del 5%, 2019: reducción del 20%, 2020: reducción del 66%, 2021: reducción del 21%, 2022: reducción del 9% y 2023: reducción del 3%.

Incremento del consumo en el año 2018 respecto a su inclusión en Guía en el año 2011: 2.050%.

Reducción del consumo de sugammadex: 81%, desde su pico máximo en el año 2018 hasta el año 2023, donde se estabiliza el consumo. Dicha reducción incluye los costes de la alternativa terapéutica.

Gasto sugammadex en el año 2023 (una vez estabilizado su consumo): 1,7% del gasto total anual en fármacos del hospital exceptuando unidad de pacientes externos, frente al 8,9% antes de la implantación del Formulario, y 13% del gasto anual de fármacos en quirófano, frente al 44% antes de la implantación del Formulario.


El uso en las indicaciones aprobadas fue el siguiente: Intubación o ventilación fallida: 26%, Intubación de secuencia rápida: 4%, Contraindicación de uso de Neostigmina: 5%, Obesidad mórbida: 30%, Enfermedad respiratoria grave: 14%, Enfermedad coronaria grave: 20%. Enfermedad neuromuscular: 0,5%. Otras: 0,5%.

CONCLUSIONES

El control del uso farmacoterapéutico por parte del Servicio de Farmacia impacta en la reducción de los costes y el uso adecuado de la medicación.



CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR, PARA LA REVISIÓN DE LA GESTIÓN Y USO ADECUADO DE LA MEDICACIÓN

 *Castelao González, Florencio • Da Silva Martins, Victor Flavio • Perez Llarena, Raico • Rodriguez Sanso, Maria Isabel • Palomares Olivares, Ana Isabel*

 *Vithas Hospital Las Palmas*

Identificador: 2

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

No conformidades y recomendaciones relacionadas con la gestión y uso adecuado de la medicación, detectadas en auditoría interna de preparación para la renovación de la acreditación ISO 9001:2015 en diciembre del año 2022. Almacenamiento e identificación de forma incorrecta de la medicación, en las distintas unidades del hospital.

OBJETIVOS

Homogenizar los procesos de gestión, almacenamiento, identificación y uso adecuado de la medicación en las distintas unidades del hospital. Implantar un proceso adecuado para el manejo de la medicación de alto riesgo y electrolitos concentrados. Resolver las no conformidades y recomendaciones necesarias para conseguir la renovación de la acreditación ISO 9001:2015, y la acreditación UNE179003:2013 gestión del riesgo sanitario.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar dependiente de la Comisión de Farmacia, integrada por el Farmacéutico, el Responsable de Calidad, Dirección Médica y Dirección de Enfermería.

Revisión sistemática de los siguientes procesos: distribución y almacenamiento de la medicación, gestión de medicamentos de alto riesgo, y manejo seguro del potasio concentrado y cloruro sódico hipertónico.

Definición y análisis del proceso-AMFE: gestión de la medicación de alto riesgo.

Revisión de las recomendaciones del ISMP (Instituto para el uso seguro de la medicación), elaborando los correspondientes listados de medicación de alto riesgo, medicación con nombre similar y medicación con apariencia similar.

Reuniones trimestrales a lo largo del año 2023.

Elaboraciones de las correspondientes actas vinculantes para todos los Servicios del hospital.

Seguimiento de las medidas consensuadas por el grupo de trabajo mediante visitas periódicas a los distintos Servicios del hospital, revisando el estado de la implantación de las mismas.

RESULTADOS

Eliminación del potasio concentrado y cloruro sódico hipertónico de los almacenes del hospital, exceptuado la UCI y la UCI pediátrica. Utilización de soluciones de potasio diluidas en todas las unidades de hospitalización. Almacenamiento e identificación homogéneo de la medicación, utilizando los mismos criterios en la totalidad del hospital. Elaboración de las recetas de nutriciones parenterales en el Servicio de Farmacia, impidiendo el aditivo de electrolitos concentrados en planta. Identificación y almacenamiento correcto, siguiendo las recomendaciones del ISMP, de la medicación de alto riesgo, medicación con nombre similar, y medicación con apariencia similar.


Acreditación de la ISO 9001:2015 y UNE179003:2013 gestión del riesgo sanitario, en el último trimestre del año 2023.

CONCLUSIONES

La integración del Responsable de Calidad en la Comisión de Farmacia es clave, trabajando conjuntamente con el Farmacéutico, en la mejora de la gestión y uso adecuado de la medicación. La creación de grupos de trabajo multidisciplinarios dentro del hospital repercute en el aumento de la calidad asistencial de nuestros pacientes y fortalece el buen ambiente laboral.

SATISFACCIÓN LABORAL DE LAS ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS

 Santana Martín, Marta ⁽¹⁾ • SANTANA CABRERA, JOSE LUCIANO ⁽²⁾ • López Álvarez, José Manuel ⁽³⁾ • Santana Padilla, Yeray Gabriel ⁽⁴⁾ • Santana López, Borja Nicolás ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Universidad Fernando Pessoa Canarias • ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil • ⁽³⁾ Universidad Pessoa Canarias • ⁽⁴⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Identificador: 4

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción laboral, se relacionaba inicialmente con las condiciones para desempeñar el trabajo tales como horarios, salarios, promoción profesional. Sin embargo, hoy en día, se le considera como un factor que influye directamente y de manera muy importante en la calidad asistencial ofrecida

OBJETIVOS

- Valorar la satisfacción laboral de las enfermeras de UCI.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en el que participaron enfermeras de UCI de los hospitales públicos de una ciudad. Se difundió un cuestionario electrónico, en el cual se incluyeron preguntas sobre variables sociodemográficas y laborales y el cuestionario de satisfacción laboral validado de Font Roja. Este está compuesto por 27 preguntas. Cada una de ellas es una afirmación, la cual el participante tuvo que valorar mediante una escala de Likert de 1-5 en función del grado de acuerdo con esta, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”. Estas preguntas se agrupaban en las 8 dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral: Presión en el trabajo, Promoción profesional, Satisfacción con el puesto de trabajo, Monotonía laboral, Relaciones interprofesionales, Competencia profesional, Tensión relacionada con el trabajo y, por último, Relaciones interpersonales con compañeros.

RESULTADOS


En general, podemos afirmar que las enfermeras encuestadas (n= 152) se encontraban satisfechas con su trabajo, esto lo podemos corroborar a través del ítem número 7 del cuestionario (“En mi trabajo me encuentro muy satisfecho”) donde se les preguntaba específicamente sobre su percepción de la satisfacción ($3,37 \pm 1,109$). Sin embargo, en la “promoción profesional” consideraban que tenían pocas posibilidades ($2,34 \pm 1,196$) y que no recibían el reconocimiento adecuado por su trabajo ($2,49 \pm 1,179$). Tampoco estaban satisfechas con el sueldo que recibían ($1,99 \pm 0,935$) y, transmitían que, en ocasiones, el trabajo podía llegar a perturbar su estado de ánimo, su salud o sus horas de sueño ($2,12 \pm 1,170$). En relación con las distintas dimensiones estudiadas, fueron las mejor puntuadas las relaciones interpersonales (3,58/5) e interprofesionales (3,31/5) y la satisfacción en el puesto laboral (3,24/5)

CONCLUSIONES

Aunque las enfermeras están satisfechas con su trabajo hay aspectos a mejorar como el reconocimiento de su trabajo o posibilitar la promoción profesional.

DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN LABORAL SEGÚN LA INTENCIÓN DE ABANDONO DE LAS ENFERMERAS DE UCI

 *Santana Martín, Marta* ⁽¹⁾ • *SANTANA CABRERA, JOSE LUCIANO* ⁽²⁾ • *López Álvarez, José Manuel* ⁽¹⁾ • *Santana Padilla, Yeray Gabriel* ⁽³⁾ • *Santana López, Borja Nicolás* ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ *Universidad Fernando Pessoa Canarias* • ⁽²⁾ *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil* • ⁽³⁾ *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria*

Identificador: 6

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales factores relacionados con el abandono o la intención de abandono, entre las enfermeras, es la satisfacción laboral.

OBJETIVOS

Contrastar las diferencias en la satisfacción laboral y la intención de abandonar la UCI entre el personal de enfermería de adultos y pediátricas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en el que participaron enfermeras de UCI de los hospitales públicos de una ciudad. Se difundió un cuestionario electrónico, en el cual se incluyeron preguntas sobre variables sociodemográficas y laborales y el cuestionario de satisfacción laboral validado de Font Roja. Este está compuesto por 27 preguntas. Cada una de ellas es una afirmación, la cual el participante tuvo que valorar mediante una escala de Likert de 1-5 en función del grado de acuerdo con esta, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “muy de acuerdo”. Estas preguntas se agrupaban en las 8 dimensiones que intervienen en la satisfacción laboral: Presión en el trabajo, Promoción profesional, Satisfacción con el puesto de trabajo, Monotonía laboral, Relaciones interprofesionales, Competencia profesional, Tensión relacionada con el trabajo y, por último, Relaciones interpersonales con compañeros. Además, se les planteó una pregunta cualitativa acerca de sobre su intención de abandono: “¿Considera activamente dejar su trabajo actual en UCI?”. Las posibles respuestas eran “No”, “Sí, tengo planeado marcharme en los próximos seis meses” y “Sí, tengo planeado marcharme, pero no sé exactamente cuándo”. Para el análisis estadístico, se agruparon las últimas dos (Intención o No Intención de abandono) con el fin de comparar la satisfacción entre ambos grupos.

RESULTADOS


Encontramos diferencias significativas en 14 de los 27 ítems estudiados. Aquellos que sí deseaban abandonar se sentían más cansados después de trabajar ($p=0,000$), creían que el trabajo es excesivo ($p=0,014$) y sentían no tener los recursos necesarios para desempeñar bien su trabajo ($p=0,010$). En cuanto al reconocimiento por su labor, los que querían abandonar se sentían menos reconocidos ($p=0,000$) y tenían una peor relación con su jefe y compañeros ($p=0,011$). Además, en la dimensión de la tensión relacionada con su trabajo, los que tienen intención de abandonar, afirmaron que con bastante frecuencia se ven sorprendidos fuera de su centro pensando en cuestiones relacionadas con su trabajo ($p = 0,015$) y que éste perturba su estado de ánimo, su salud o su ritmo de sueño ($p=0,000$).

CONCLUSIONES

Encontramos una relación inversa entre la satisfacción laboral y la intención de abandono entre las enfermeras de UCI.



HANA NO ES NOMBRE DE MUJER: MIGRACIÓN DE SAP A LA NUBE

 Galísteo Giménez, Maria • Izco Urroz, Mayte • Bonilla Serrano, Carolina • Uria Alvarez, Elisabet • Fornieles Moreira, Margarita • Cadena Caballero, Roser

 Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 8

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, el uso de grandes cantidades de datos de pacientes requiere de una fácil y rápida gestión de la información, por lo que es imprescindible un repositorio potente que permita ejecutar análisis de forma rápida, a tiempo real, y permitiendo un almacenamiento de datos a largo o indefinido plazo.

El sistema SAP es un sistema robusto en lo que a seguridad se refiere, pero actualmente es necesario disponer de más almacenamiento, encriptado, seguro y fiable, así como la posibilidad de poder ejecutar el análisis de grandes cantidades de datos; por lo que se llevó a cabo la migración a SAP HANA (High-performance ANalytic Appliance), una base de datos que los almacena en su memoria como alternativa a discos externos.

El proceso de migración implicaba una parada de 4 días del sistema de trabajo actual en un hospital de alta tecnología, por lo que se llevó a cabo un trabajo previo de detección de necesidades y de pasos a seguir para garantizar la seguridad en la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Asegurar una práctica asistencial segura y de calidad durante el proceso de migración a SAP HANA.

Identificar, en base a los entornos de trabajo, qué mínimas necesidades de registro y consulta requerían e informar sobre el correcto uso del sistema de pruebas.

METODOLOGÍA

Junto con la Dirección de Sistemas de Información (DSI) se identificó y consensuó con los equipos asistenciales la fecha para realizar la migración, siendo elegido un período de baja actividad asistencial. El proceso duró 4 días y pudimos disponer de SAP consulta, con acceso a la información de los pacientes, pero sin poder registrar en el sistema, ya que se perdería en el momento de la migración. Creamos un grupo de trabajo con las Enfermeras Clínicas de cada instituto para definir qué metodología de registro en papel llevaríamos a cabo, de forma transversal, en todas las unidades. Priorizamos el registro informatizado del curso evolutivo que aun haciéndolo en SAP consulta, DSI sí podría volcar esta información a SAP HANA. Definimos el proceso de transición de SAP consulta a SAP HANA, integrando la actividad realizada durante la parada en el sistema, de forma paulatina.


RESULTADOS

La planificación previa del proceso con todas las partes implicadas, incluyendo DSI, farmacia, profesionales asistenciales, cocina, servicios generales..., permitió asegurar una asistencia de calidad y segura a todos nuestros pacientes. Aseguramos un mínimo registro de datos en la historia de los pacientes para poder consultar la información y poder atenderlos respondiendo a sus necesidades durante la migración.

CONCLUSIONES

La comunicación, planificación e inclusión de todos los profesionales en la toma de decisiones que repercutan en la práctica asistencial, permite identificar soluciones adecuadas a todas las necesidades, ya que decidir conjuntamente la actuación, permitió llevar a cabo este difícil proceso de migración que fue aceptado y valorado por todos los profesionales.

TRANSFORMACION DIGITAL DE LA ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA: CUIDANDO LOS PACIENTES DERIVADOS A NUESTRO HOSPITAL.

 Gonzalez Sanchez, Jose Antonio • GUTIERREZ ALVAREZ, LUIS • ALVAREZ MUÑOZ, MARIA BEGOÑA • RUBIO CANAL, SUSANA • CARTON VAZQUEZ, ANGEL • CONESA LOPEZ, MARIA DEL MAR

 FUNDACION HOSPITAL DE JOVE

Identificador: 9

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

INTRODUCCIÓN

La actividad complementaria que se deriva al Hospital incluye pruebas diagnósticas, consultas y actividad quirúrgica. Ésta se registraba de forma manual. El resultado de la realización de la actividad derivada se comunicaba tanto a servicios centrales del SESPA, como al hospital de origen del paciente, así como a nivel interno del propio hospital. Este Excel evolucionó a una base de datos (Access) que generaba informes para facilitar el control de la actividad complementaria. A medida que el volumen de esta actividad derivada crecía el Access funcionaba de forma más dificultosa y esto generaba problemas en la gestión y el control de los procesos. Durante más de un año se trabajó hasta conseguir un software Enterprise Resource Planning (ERP) adaptado a las necesidades.

OBJETIVOS

- Transformar digitalmente la gestión de la Actividad Complementaria derivada desde el SESPA al Hospital.
- Facilitar una herramienta ágil que ayude a la gestión de la actividad asistencial y sirva de apoyo a la gestión económica de la actividad complementaria y ofrezca información sobre la situación de dicha actividad a terceros.
- Disponer de informes de situación de los procesos derivados para rendir cuentas ante el SESPA.

MATERIAL

- Consultoría de tecnología de la información
- ERP.
- Ordenadores con capacidad de instalación de ERP.

MÉTODOS

Se desarrolló todo el trabajo técnico, con revisiones permanentes por parte del Hospital y de la Consultora, realizándose una instalación en pruebas, que cuando se comprobó la completa funcionalidad, se procedió a la migración del contenido de la base de datos “antigua” (Access) al ERP. Éste ha ido evolucionando con modificaciones que cubren las necesidades de las distintas partes interesadas (Hospital y SESPA).

RESULTADOS


El ERP se caracteriza por contemplar una serie de actividades ligadas a diferentes roles definidos previamente y en la que todos los registros que se realizan en la aplicación son trazables. Dichas actividades se muestran en formato de listas, con la posibilidad de realizar informes predefinidos o configurables. Desde el ERP se importa automáticamente la actividad derivada por parte del SESPA, eliminando la intervención humana en el registro y limitando la posibilidad de error. Dentro de la gestión de la exportación de actividades, necesaria para informar a Servicios Centrales del SESPA y a los hospitales que derivan la actividad, la herramienta permite la generación de ficheros para su envío posterior a través de correo electrónico.


CONCLUSIONES

La digitalización ha supuesto mejoras relativas a:

- Seguridad del paciente.
- Continuidad asistencial.
- Accesibilidad de la información relativa a la actividad complementaria por parte de los profesionales del Hospital.
- Explotación de datos.
- Agilidad en las tareas.
- Control del proceso de actividad complementaria, garantizando un control eficiente de las diferentes etapas del proceso.
- Trazabilidad de las operaciones realizadas.

DISCRIMINACIÓN LABORAL EN LOS HOSPITALES: ¿ES TODAVÍA UN PROBLEMA?

 Rapela Freire, Alba ⁽¹⁾ • Almendro Martínez, Isabel ⁽¹⁾ • Rodríguez Quirós, Alejandro ⁽¹⁾ • Cifo, Daniel ⁽²⁾ • Alonso Colón, María ⁽³⁾ • De Miguel, Javier ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital General Universitario Gregorio Marañón • ⁽²⁾ Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III • ⁽³⁾ Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III

Identificador: 11

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La ley 15/2022, de 12 de julio, para la igualdad de trato y la no discriminación tiene por objeto prevenir y erradicar cualquier forma de discriminación en el ámbito laboral respetando la igual dignidad de las personas.

Sin embargo, todavía no se ha alcanzado la igualdad en todas las organizaciones. Conocer la percepción del personal sobre la existencia de la discriminación en su ámbito de trabajo es fundamental para adentrarnos en la realidad de la organización más allá de lo que establecen las leyes.

OBJETIVO

Analizar la existencia de actitudes discriminatorias en nuestro centro a través de la percepción del personal de formación.

METODOLOGÍA

Encuesta de clima laboral realizada entre enero y mayo de 2023 en un hospital de alta complejidad para conocer la percepción del personal en formación sobre diferentes aspectos de su etapa formativa. El cuestionario fue elaborado por la Comisión de Docencia y contó con la colaboración de la Sección de Calidad.

La encuesta fue anónima y se difundió a todo el personal en formación del hospital (BIR, EIR, FIR, MIR, PIR, QUIR). Estaba compuesta por 55 preguntas, divididas en varias secciones. Para conocer la opinión sobre la posible discriminación laboral se realizaron 5 preguntas tipo Likert, en donde 1 era “nada de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. Para el análisis se agruparon las respuestas en tres categorías, considerando las respuestas “4-5” afirmativas, “3” neutro, “1-2” negativas. De las 5 preguntas: una preguntaba por discriminación racial, dos por género y una sobre la actitud de los tutores.

RESULTADO

Se obtuvieron 267 respuestas (Tasa de respuesta=46,35%). El 58,43% eran mujeres. El 79,02% de los participantes tenían entre 25 y 30 años. El 80,15% declaró haber nacido en España.

El 6,07% de los nacidos en España estaban de acuerdo con que existían actitudes de discriminación por origen en el centro. El porcentaje de respuestas afirmativas ascendía al 17,31% en los nacidos en un país diferente a España (15,38% de respuestas neutras).

En cuanto a la posible discriminación por género, en global, el 17,23% de los encuestados opinaban que existían actitudes machistas en el centro y el 16,85% discriminación por cuestiones de género. El mayor porcentaje de encuestados que contestaron de forma afirmativa fueron mujeres (21,15% y 19,30% respectivamente).

El 86,14% de los encuestados consideraban que el tutor fomentaba un clima de respeto entre el personal en formación.

CONCLUSIÓN

El análisis de las respuestas recibidas ha permitido conocer la opinión del personal en formación y detectar los aspectos en los que el Centro debe trabajar para mejorar el contexto laboral.

A juzgar por la información disponible, todavía existen actitudes discriminatorias por razón de género u origen. La percepción de las mismas es mayor en el caso de las mujeres y personas no nacidas en España respectivamente. Gracias a este estudio se llevarán a cabo acciones específicas que sirvan para impactar positivamente.



ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE AFECTAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL: IMPACTO DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO

 Subira Caselles, Maricel • Castilla Martin, Yolanda • Roque Garcia, Sara

 Hospital Universitari Sagrat Cor

Identificador: 13

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cerca del 1,5% de la población española recibe tratamiento con anticoagulantes orales. Por su mecanismo de acción y posibles efectos secundarios estos fármacos son considerados de alto riesgo. Cada año miles de personas anticoaguladas sufren ictus, hemorragias graves o incluso mueren a consecuencia del mal control o incumplimiento del tratamiento anticoagulante oral (TAO). Diversos estudios han comprobado que existe una baja adherencia y persistencia en el tratamiento que puede llegar a ser del 50% a los 3 años del inicio del TAO. El primer paso para reducir las consecuencias negativas y económicas del mal cumplimiento del tratamiento es medir su adherencia y determinar las principales causas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es determinar la adherencia al TAO de los pacientes del área sanitaria de referencia y analizar las causas y dificultades que presentan para mantener el tratamiento. En base a los resultados obtenidos se proponen acciones de mejora. Durante un periodo de 6 meses se ha realizado una encuesta a los pacientes hospitalizados en el centro y que tomaban previo al ingreso un anticoagulante. Se han registrado los datos demográficos, tipo de fármaco, educación sanitaria recibida al inicio del tratamiento, controles clínicos realizados, efectos adversos y dificultades para la toma del fármaco. Se ha utilizado el test de Morisky-Green como prueba objetiva de adherencia al tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se registraron los datos de 315 pacientes, 149 hombres (47,3%) y 166 mujeres (52,7%) con mediana de edad de 85 años (DS 8,3). El principal motivo de anticoagulación fue la fibrilación auricular (88%). El 77% de los pacientes tomaban un anticoagulante oral de acción directa (ACOD). El 65% referían haber recibido educación sanitaria al inicio del TAO y el 89% seguían controles clínicos regulares del TAO, mientras que el 11% no seguían ningún control. Según resultados de la prueba de Morisky-Green el 79% de los pacientes presentaban una buena adherencia al TAO. No se observaron diferencias en la adherencia según edad, sexo, patología de base, número de tomas diarias, polifarmacia, efectos adversos y lugar de control del TAO (hospital vs CAP). Los pacientes tratados con antivitamina K presentaban una adherencia significativamente mayor que los tratados con un ACOD. Para el grupo que tomaban un ACOD, los que recibían educación al inicio del TAO y los que realizaban controles clínicos periódicos presentaban una adherencia significativamente mayor, con mejor adherencia a mayor número de controles clínicos anuales realizados. En conclusión, la educación sanitaria y el seguimiento clínico periódico es el pilar básico para conseguir una buena adherencia al TAO. En base a los resultados obtenidos se ha creado una consulta hospitalaria específica para el seguimiento de estos pacientes liderada por una enfermera de práctica avanzada en anticoagulación.



CONCIENCIACIÓN DE LA ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS

 Corral Lumbreras, Elena

 Hospital Vithas Madrid Aravaca

Identificador: 14

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Los hospitales generan una gran cantidad de residuos, entre ellos puede haber peligrosos, que requieren un manejo especial. Pero también se generan grandes cantidades de residuos comunes como envases, papel, comida

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, la carga global de las enfermedades por exposición entre el personal de la salud corresponde en un 40% a las infecciones por hepatitis B y un 2,5% a las infecciones por VIH

Las decenas de miles de toneladas de desechos médicos adicionales derivados de la respuesta a la pandemia de COVID-19 han ejercido una enorme presión sobre los sistemas de gestión de desechos a nivel mundial, haciendo patente la necesidad apremiante de mejorar las prácticas de gestión de residuos

Un conocimiento inadecuado sobre la manipulación de residuos sanitarios puede tener graves consecuencias para la salud y también un impacto significativo en el medio ambiente

OBJETIVOS

Mejorar la segregación de los residuos del hospital con el fin de mejorar la salud de nuestros pacientes y los profesionales

Secundarios:

Disminuir la producción de residuos peligrosos en un 3% (Residuos infecciosos, citostáticos, medicamentos desechados)

Mejorar la segregación de envases vacíos contaminados

Aumentar el reciclaje de papel y cartón

Iniciar el control de la segregación de plásticos

METODOLOGÍA

Se decidió llevar a cabo un plan de concienciación a los profesionales

Se realizó un video *teaser* a través del cual introducíamos a los profesionales la intriga de la campaña “Piensa en RE”. Una semana más tarde se desveló el objetivo de la campaña mediante el envío de un comunicado

A la vez se realizó cartelera para colocar en zonas de segregación o producción como son zonas de impresión

Se grabaron micro píldoras con compañeros sobre la importancia de la segregación y que significaba “pensar en RE” para ellos.

También se realizó una formación personalizada por todos los servicios sobre la correcta segregación de residuos peligrosos.

Por último, se realizó un concurso competitivo entre los servicios que mejor realizaran la segregación de sus residuos.

RESULTADOS

O. principal: Tras auditoria de residuos pasamos de un 58% en el 2T2023 al 79% en 3T2023

O. secundario:

Objetivo 1º: Comparado entre año 2022 y 2023: Residuos infecciosos: 20% menor. Citostáticos: 37% menor. Medicamentos desechados: 54% menor

Objetivo 2º: 2022: 1,0967 KG por 1000 episodios, 2023: 2,1617 KG por 1000 episodios. Con incremento en el 2023 que puede atribuirse a una mejora en la segregación

Objetivo 3º: 2022: 43 KG por 1000 episodios, 2023: 55KG por 1000 episodios

Objetivo 4º: En junio del 2023 se comenzó con la estimación de segregación de plástico



CONCLUSIONES

La concienciación de los profesionales en materia de segregación es eficaz a la hora de una realización correcta

Se ha observado una disminución en los costos operativos y una reducción en los desperdicios, lo que ha contribuido a una gestión más sostenible y eficiente de los recursos del hospital



GESTION DEL RIESGO SANITARIO MEDIANTE CERTIFICACION CON NORMA UNE 179003

 Corral Lumbreras, Elena ⁽¹⁾; Alosete Palacios, Irene ⁽²⁾
 ⁽¹⁾ Hospital Vithas Madrid Aravaca • ⁽²⁾ Vithas Sanidad

Identificador: 15

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Norma UNE 179003, es una sistemática estructurada y uniforme, que sirve de guía a las organizaciones sanitarias para implantar un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Tiene como finalidad la identificación de situaciones de riesgo en las distintas fases de los procesos y la implantación de acciones para su reducción y prevención.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Mejorar la seguridad del paciente mediante la identificación de los principales riesgos asistenciales, activando un plan de acción para reducir así la materialización de efectos adversos.

ESPECIFICOS

Identificar los principales riesgos de los diferentes procesos.

Disminuir el nivel de riesgo.

Aumentar la cultura de notificación de incidentes de seguridad mediante la herramienta SEPAMOS.

Establecer un sistema de análisis de los incidentes.

METODOLOGÍA

Con la dirección al frente, liderando la implantación, se establecieron los líderes de seguridad de los procesos clave y se procedió a su empoderamiento explicando el por qué y las ventajas de la norma.

Se realizó formación en la norma UNE 179003 y en gestión del riesgo sanitario. Además se realizó formación en el nuevo sistema de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación y se estableció la metodología a seguir.

Se realizó agenda de reuniones de equipos de los diferentes procesos, en las que se analizaron los posibles riesgos de cada área desde el punto de vista de:

Probabilidad (ocurrencia): frecuencia del riesgo de materializarse o posibilidad de que se materialice.

Impacto (gravedad): grado en el que las consecuencias o efectos del riesgo pueden afectar si el riesgo se materializa.

Detectabilidad: posibilidad de detectar el riesgo antes de ocasionar consecuencias.

RESULTADOS

OBJETIVO PRINCIPAL

En el año 2023 se han analizado 132 riesgos de los cuales 85 pertenecen a la dimensión de seguridad del paciente. Con 4 de nivel de riesgo muy alto, 34 alto, 42 medio y 5 bajo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º Objetivo: Se han identificado los principales riesgos de los 16 procesos clave. Y 81 se han identificado como transversales.

2º Objetivo: De cada proceso, se han trabajado varios riesgos en 2023, mejorando en el 47% de ellos.

3º Objetivo: En los últimos años, hay una tendencia positiva en la notificación de incidentes: en 2022 se notificaron 141; en 2023, 199 y, en lo que vamos de 2024, 152.


4º Objetivo: Se establece un sistema de análisis de Sepamos que consiste en un núcleo de seguridad compuesto por 4 grupos gestores que analizan los incidentes por área.

CONCLUSIONES

La seguridad del paciente mejora si se trabaja en los riesgos de los procesos detectados tanto de forma proactiva como reactiva.

El análisis de los incidentes de seguridad mejora si se realiza con un equipo multidisciplinar.

MAPA DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA CONSULTA DE PRE-DIALISIS

 GONZALEZ FERRER, RUTH MARIA ⁽¹⁾ • MARTIN RODRIGUEZ, LUIS MARIA ⁽¹⁾ • ARTEAGA DE MORA, PILAR ⁽¹⁾ • PIQUIN GARCIA, MARIANA ⁽¹⁾ • MANZANERA ESCRIBANO, MARIA JOSÉ ⁽¹⁾ • GARCIA GONZALEZ, MARIA LUISA ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO

Identificador: 16

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El mapa de experiencia del paciente es una técnica cualitativa que sitúa al paciente en el centro de la atención sanitaria. Nos permite recopilar información de su experiencia personal durante el proceso asistencial, conocer sus emociones y sentimientos y detectar acciones de mejora.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue conocer los sentimientos y emociones de los pacientes en la consulta de pre-diálisis, así como las fortalezas y áreas de mejora de cada uno de los momentos de la asistencia sanitaria

Se realizó una reunión con el Servicio de Nefrología para conocer el funcionamiento de la consulta y las etapas de la ruta asistencial. Se diseñó un formulario de preguntas abiertas a realizar a los pacientes después de cada consulta.

Se seleccionaron los pacientes en consulta de pre-diálisis susceptibles para realizar el mapa de experiencia del paciente. Se desarrolló un cronograma con las consultas que tenían programadas. Se definieron las siguientes etapas: 1. Consulta de nefrología general en la que se comunicaba su inclusión en programa enfermedad renal crónica (ERCA). 2. Primera consulta médica ERCA. 3. Primera consulta enfermería (escalas, revisión medicación y extracción de analítica). 4. Segunda consulta médica ERCA (resultados de analítica e información sobre terapia renal sustitutiva). 5. Segunda consulta enfermería (dietas y recomendaciones, vacunación). 6. Consulta sobre técnicas (información y realización si procede de fistula arteriovenosa). 7. Consulta pre-diálisis

Al paciente se le informaba del objetivo del estudio y de la necesidad de grabación de las entrevistas para hacer una escucha en profundidad posteriormente. Los pacientes otorgaban consentimiento verbal para su realización.

RESULTADOS


Se realizaron entre 2-4 entrevistas personales a 10 pacientes. Se recogieron los resultados generales y se representó de forma gráfica la información obtenida.


En las primeras consultas aparece la incertidumbre y miedo ante el desconocimiento, fundamentalmente porque se trata de una enfermedad asintomática en la mayoría de las ocasiones. Conforme conocen a los profesionales sanitarios, se desarrolla una relación de confianza y empatía, estos miedos no desaparecen pero son mitigados por la confianza en los profesionales, su disponibilidad y la resolución de dudas. Destacan la satisfacción con el trato, la humanización y la información recibida por los profesionales. La puntuación global de la asistencia es de 9.5 sobre 10.

CONCLUSIONES

El mapa de experiencia aporta información relevante sobre las percepciones de los pacientes y nos ayuda a mejorar la atención prestada. Se destacan fortalezas para seguir trabajando en esa dirección, así como, ayuda a la detección de áreas de mejora que habitualmente no son detectadas por los profesionales. Es de destacar la satisfacción de los pacientes con la realización de dichas entrevistas, sintiéndose escuchados y poniendo en valor sus opiniones para la mejora de la atención.

PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES INGRESADOS

 GONZALEZ FERRER, RUTH MARIA ⁽¹⁾ • MARTIN RODRIGUEZ, LUIS MARIA ⁽¹⁾ • ARENAS HERNANDEZ, SERGIO ⁽¹⁾ • HERNANDEZ GALVEZ, ALICIA ⁽²⁾ • LOPEZ TALAVAN, HERMELINDA ⁽¹⁾ • CLEDERA ASENSIO, DANIEL ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO • ⁽²⁾ ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER

Identificador: 17

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN: Desde el comité de calidad percibida se detectó la necesidad de mejorar el acompañamiento de los pacientes ingresados tras la pandemia COVID. Se propuso como acción de mejora ofrecer a los pacientes un acompañamiento realizado por voluntarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del protocolo fue paliar la soledad no deseada de los pacientes ingresados, así como mejorar la calidad percibida por éstos. El objetivo secundario fue medir la satisfacción de los pacientes una vez implantado y puesto en marcha el protocolo.

Se diseñó un protocolo en el que participaron la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Dirección de Enfermería y la Unidad de Calidad. En dicho protocolo se definieron los criterios de inclusión y exclusión de pacientes para beneficiarse del acompañamiento. También se estableció el circuito para incluir a pacientes, que constaba de varios pasos: 1. Detección de necesidad de acompañamiento por parte de los profesionales o a solicitud del propio paciente en la unidad de hospitalización. 2. Cumplimentación del formulario de acompañamiento. 3. Valoración por parte de AECC del formulario y organización de las visitas. 4. Realización de las visitas.

En un segundo tiempo tras la inclusión progresiva de pacientes se propuso la realización de una encuesta de satisfacción para los pacientes y familiares, con la intención de medir los resultados de la acción y detectar posibles áreas de mejora.

RESULTADOS

Desde junio de 2023 hasta abril de 2024 se incluyeron un total de 93 pacientes, el 47% eran varones y la edad media fue 73 años. De estos pacientes el 61% tenían un antecedente de enfermedad oncológica y el 39% no tenían. A los pacientes y familiares se les ofrecía por parte de los voluntarios acompañamiento y apoyo emocional, con el objetivo de detectar necesidades. A los familiares de pacientes oncológicos y paliativos se les ofrecía además ventilación emocional, brindándoles la oportunidad de sustitución del cuidador principal. En caso de que hubiese pacientes en situación de últimos días se preavisaba a la coordinadora de la AECC para valoración del caso previo a la visita de los voluntarios. Se excluyeron del protocolo pacientes con deterioro cognitivo moderado-severo o con patología mental.

Por otra parte, se ha diseñado una encuesta de satisfacción desde el comité de calidad percibida para evaluar los resultados obtenidos que empezará a realizarse en el segundo semestre de 2024.

CONCLUSIONES

Abordar la soledad no deseada y el componente social-emocional de pacientes ingresados, puedan o no estar acompañados por familiares, es una actividad fundamental para tratar a los pacientes con una visión global, no sólo orientada al aspecto clínico. Esta orientación, debe ser también un pilar fundamental en el tratamiento de la enfermedad, para conocer necesidades y favorecer la calidad percibida por los pacientes.

GRADO DE ADOPCIÓN DEL CONSENSO NACIONAL SOBRE ERC DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO EN ESPAÑA

 *García Castillo, María*⁽¹⁾ • *Villarroel, Aída*⁽¹⁾ • *Díez García, Andrea*⁽²⁾ • *Fernández, Nicolás*⁽¹⁾ • *de Andrés, Ana*⁽¹⁾ • *Izarra, Aitziber*⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento Médico AstraZeneca • ⁽²⁾ Departamento Médico AstraZeneca

Identificador: 18

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Diabetes tipo II (DM2) y la obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del presente estudio es analizar el grado de homogeneidad entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) en cuanto a la adopción de las principales recomendaciones del consenso por parte de Endocrinología y Atención Primaria (AP). Material y métodos: El estudio recoge valoraciones obtenidas por 469 médicos de AP (MAP), en 14 CCAA. El análisis se centró en infradiagnóstico, cribado, derivación y tratamiento. Se cuantificó la proporción de profesionales sanitarios con un alto grado de adopción y se calculó la desviación estándar como medida de dispersión entre CCAA.

RESULTADOS


El 94% de MAP percibe un elevado infradiagnóstico de la ERC y esta percepción es homogénea entre CCAA (DE 6.6). Un 90% de MAP percibe que realizan la detección de albuminuria en más del 50% de los pacientes con DM2, existiendo homogeneidad entre CCAA (DE 9.5). Sin embargo, el 35% de MAP percibe que realizan esta detección de albuminuria en más del 50% de los pacientes con obesidad.

Con relación al seguimiento de los criterios de derivación a Nefrología, el 80% de MAPs perciben que hay un alto grado de adopción a estas recomendaciones, de forma homogénea (exceptuando Murcia, Andalucía y Canarias) entre CCAA. En cuanto a la comunicación con Nefrología es destacable la alta heterogeneidad entre CCAA (DE 29) y que sólo el 52% considera que existe una buena comunicación poniendo de manifiesto que existe una clara área de mejora en este aspecto. En cuanto al uso de fármacos cardioneprotectores, el 79% de MAP consideran que existe un alto grado de adopción a las recomendaciones terapéuticas del consenso, las CCAA con un menor grado de seguimiento fueron Cataluña, Madrid y País Vasco. Por último, en referencia a la carga asistencial, los MAPs perciben que el 18% de los pacientes que ven en su consulta diaria tienen ERC.

CONCLUSIONES

Desde AP se percibe un elevado infradiagnóstico de la ERC, sin embargo, son conscientes de que la ERC ocupa un porcentaje elevado de su consulta diaria, siendo similar a los datos de prevalencia de ERC en España, por lo que una de las conclusiones de este trabajo es la falta de concienciación sobre la patología. En referencia al grado de adopción de las recomendaciones del Consenso se observa un área de mejora tanto en el cribado del paciente con obesidad por parte de AP en todas las CCAA, como en la comunicación con Nefrología. La mejora en la comunicación entre especialidades, aumentar la concienciación de la patología y el cribado en pacientes con factores de riesgo sería clave para incrementar el diagnóstico y optimizar el manejo de pacientes con ERC En España.

IMPLEMENTANDO LA DESIMPLEMENTACIÓN (O COMO REVERTIR PRÁCTICAS DE POCO VALOR)

 GARCÍA ALVAREZ, VÍCTOR ⁽¹⁾ • PORRAS RUIZ, JOSE G ⁽¹⁾ • ALVAREZ SOTO, ANA ⁽²⁾ • MARTÍN GONZÁLEZ, LYDIA ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Viladecans • ⁽²⁾ Hospital de Bellvitge

Identificador: 19

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

A partir de la evidencia facilitada por organismos nacionales e internacionales, en el Hospital se trabaja en la iniciativa MAPAC (Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica), que integra diferentes proyectos para evitar prácticas que no aporten valor y, en consecuencia, mejorar la atención sanitaria.

La desimplementación de prácticas de poco valor representa uno de los ejes, conjuntamente con la toma de decisiones compartidas y la mejora de servicios asistenciales, en materia de MAPAC.

Se consideran prácticas de poco valor aquellas pruebas, tratamientos o procedimientos sin suficiente evidencia de beneficio para el paciente o tienen más daños que beneficios.

OBJETIVO

Promover un cambio de la práctica clínica basado en los procedimientos de evaluación y cultura de resultados.

METODOLOGÍA

A partir de un abordaje transversal y de la Guía para la implementación de proyectos de atención sanitaria basada en el valor del AQUAS como herramienta de referencia, se articula el trabajo para el trabajo en la desimplementación de prácticas de poco valor en el centro mediante diferentes proyectos.

RESULTADOS

Proyecto Essencial. 2 iniciativas implantadas.

- 2017: Radiografía de abdomen simple y dolor abdominal agudo.
- 2018: Radiografía en lesiones traumáticas agudas de tobillo-antpie y rodilla.

Impacto:

Rx evitadas: 4.078 Rx.

Estimación de la dosis de radiación evitada: 2.605,51 mSv.

Estimación del gasto evitada: 36.702 €.

Estimación del tiempo de ocupación de sala evitado: 413,8h.

Patient Blood Management (PBM)

2017: integración en el proyecto, plan multimodal centrado en el paciente para minimizar o evitar la transfusión innecesaria y mejorar así su evolución clínica.

Impacto:

Disminución de la tasa transfusional tanto en las artroplastias de cadera (del 13% al 5,7%) como en las artroplastias de rodilla (del 8 al 3,1%), siempre por debajo de la norma sin objetivar un aumento en la mortalidad ni en las complicaciones.

2 veces premiados, 2020 y 2022, como centro con mejor evolución del programa.

Programa de Optimización Uso Antimicrobianos (PROA)

2018: despliegue mediante la promoción del uso correcto de los antibióticos, estableciendo protocolos de terapia antibiótica y evaluando su cumplimiento.

Impacto:


Actividad 2018 - 2022: disminución 21% de % pacientes con tratamiento antibiótico; disminución 27% de DDD/100 estancias; disminución 35% de DOT/100 estancias. Destaca 50% reducción DDD/100 estancias quinolonas respiratorias.

CONCLUSIONES

Por un lado, los proyectos contribuyen a mejorar la adecuación, promoviendo una atención centrada en el paciente. Por otro lado, optimizan recursos y “sensibilizan” a los profesionales con el right care, principal motor de cambio para evitar la “sobreactuación”.

UNA APROXIMACIÓN “CUERPO A CUERPO”: IMPLEMENTANDO LAS RONDAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

 GARCÍA ALVAREZ, VÍCTOR ⁽¹⁾ • OLIVERAS GIL, MONTSE ⁽²⁾ • MARTÍN GONZÁLEZ, LYDIA ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Viladecans • ⁽²⁾ CENTRO CORPORATIVO ICS

Identificador: 20

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

INTRODUCCIÓN

Uno de los retos enfrentados en Seguridad del Paciente es como llegar a los compañeros, ya que a veces nuestro vocabulario y la documentación generada no parecen encuadrarse en su actividad diaria. Por ello, se decidió apostar por un abordaje más cercano mediante las Rondas de Seguridad de Paciente (RSdP), utilizando la estrategia “cuerpo a cuerpo” (“Mancha de aceite”).

OBJETIVOS

- Identificar y evaluar riesgos (aprendizaje proactivo).
- Promover la notificación de incidentes y eventos adversos (aprendizaje reactivo).
- Visibilizar el compromiso con la SdP.

METODOLOGÍA

Sistemática PDCA

P. Plan & D. Do:

- Coordinación: Unidad de Calidad (UC) y Dirección de Centro (DC).
- Base del proyecto:
- Revisión bibliográfica.
- Estructura:
 - Procedimiento RSdP. Actividades “antes de”, “durante” y “después de”.
 - Marco de evaluación. Lista de verificación (checklist): ítems genéricos y específicos (según proyectos SdP), con campo abierto para diálogo.
 - Marco de percepción. Encuesta de valoración (adaptada del Cuestionario sobre SdP: versión española del Hospital Survey on Patient Safety).
- Piloto RSdP (aproximación audit y aproximación híbrida).

C. Check & A. Act

- RsdP. Revisada la bibliografía, analizada la situación del centro y evaluado el Piloto, se transforma el concepto RSdP no en un elemento de detección de situaciones de riesgo al uso (como define IHI) sino en una actividad que integre las prácticas en SdP y un acercamiento a los profesionales.
- Implantación: Coordinación y monitorización por la UC. Informes identificando acciones, cronograma y responsable/s. Seguimiento por la DC y feedback al Comité Asistencial, Nucleo de SdP y Comisión de Calidad.

RESULTADOS

RSdP, Despliegue:

8 sesiones, 3 equipos, 12 profesionales (incentivación mediante la Dirección Por objetivos).

- Sesión 1 (conjunta). Presentación y formación.
- Sesiones 2 y 3. 2 RSdP/equipo con un intervalo de 2 meses: observación directa, revisión del checklist, intervención (si procede). Tras cada sesión, feedback y inclusión de incidentes notificados y ideas de mejora aportadas.
- Sesión 4 (conjunta). Cierre, brainstorming y encuesta de valoración.
- Informe global:
 - Plan de acción: oportunidades identificadas (10) / medidas implantadas (5).
 - Encuesta. Grado SdP: 7. Percepción positiva, necesidad de trabajar la coordinación entre Unidades/niveles y “reconocimiento” de infranotificación de incidentes y del checklist quirúrgico.

CONCLUSIONES

Las RSdP, como componente de un modelo de SdP, representan una línea de intervención y comunicación “abierta” que facilita identificar oportunidades de mejora, afianzar la comunicación entre profesionales e incentivar la adherencia a los proyectos implantados. Además, representan una oportunidad para mostrar el compromiso de la Dirección con el cambio de arquetipo sobre la cultura en SdP y que éste es considerado una prioridad estratégica. El reto es cómo seguir desarrollando esta estrategia para que la mancha siga creciendo.

ANÁLISIS DAFO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

 Salazar Méndez, Raquel ⁽¹⁾ • Álvarez Sánchez, Marta ⁽¹⁾ • Fernández Carreira, José Manuel ⁽¹⁾ • Feal Rodríguez, Alba ⁽¹⁾ • Dorado Fernández, Tamara ⁽¹⁾ • Barbón García, Juan Jesús ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Jarrío • ⁽²⁾ Hospital Universitario San Agustín

Identificador: 21

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El informe “Errar es humano” destacó la importancia del trabajo en equipo y la estandarización de procesos para mejorar la seguridad. Por otro lado, en el marco de la humanización sanitaria parece clave la escucha activa de todos los agentes implicados: enfermos, familias y también profesionales, tanto más en el ámbito comunitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Realizar un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de un programa de cribado de retinopatía diabética (RD) en Atención Primaria (AP), mediante encuesta estructurada distribuida por medios digitales (Formularios Google) en un área sanitaria rural.

RESULTADOS


Se reciben 34 encuestas cumplimentadas distribuidas entre un total de 46 médicos de AP y 14 facultativos del Servicio de Atención Continuada, siendo la tasa de respuesta del 53%. El 68% procede de centros de salud frente al 32% de consultorios siendo el perfil del médico participante femenino (30/34) con plaza en propiedad (23 frente a 8 interinos y 2 médicos en formación) y con una distribución por edades homogénea: 16 ≤45 años frente a otros 17 >45 años (1 indeterminado) El 76% ha recibido formación previa en retinografías aunque en más de la mitad hace >5 años; siendo el interés en la materia elevado (rango 5-10, media 8.5, moda 10, mediana 9) Para el 73% el programa de cribado de RD forma parte fundamental del abordaje multidisciplinar del diabético reconociéndose, no obstante, una falta de implicación de la institución a la hora de proporcionar recursos formativos (50%), ausencia de fuentes fiables (18%) o recursos de índole más práctica (18%) Casi la totalidad afirman dificultades en los últimos años dentro del funcionamiento del programa, reconociendo como el principal problema para garantizar su sostenibilidad la falta de recursos humanos (65%) seguida por la deficiente formación, recursos materiales y de gestión (12% cada uno) La principal debilidad reconocida son sin duda las cuestiones organizativas (44%) seguidas por la falta de seguridad del profesional en la interpretación de las retinografías (26%) y su preocupación ante otros diagnósticos como el glaucoma que puedan quedar obviados (21%)

CONCLUSIONES

A nivel interno la falta de implicación institucional en materia de formación continuada y como garante de la continuidad y coberturas del programa representa sin duda la principal debilidad para los profesionales de AP, a la que se suma la sobrecarga asistencial (que justificaría su limitada participación en la encuesta) y en menor medida las dificultades de accesibilidad y comunicación interniveles. El elevado interés en la materia, así como la credibilidad del programa en aras de la salud pública y el alto porcentaje de formación previa con recursos materiales que se estiman suficientes, son las fortalezas. A nivel externo, los recursos digitales (oportunidades) podrían contrarrestar las escasas fuentes formativas fiables y prácticas (amenazas).



APROXIMACION A LA GESTION DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREA EN UN HOSPITAL RURAL

 Salazar Méndez, Raquel • Álvarez Sánchez, Marta • Suárez Muñiz, Maria Teresa • Dorado Fernández, Tamara • Feal Rodríguez, Alba • Cayado Fernández, Ana

 Hospital Jarrio

Identificador: 22

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Debido a su crecimiento exponencial en los últimos años, las inyecciones intravítreas (IIV) se han convertido en el procedimiento más frecuente en la práctica oftalmológica. En general son técnicas seguras con una baja tasa de efectos adversos (EA) graves entre los que destacan la endoftalmitis infecciosa (EI) y el desprendimiento de retina (DR) No obstante y por el incremento imparable del número de IIV administradas, estas complicaciones se vuelven más relevantes, así como el análisis de sus causas y la implantación de medidas de prevención. En este sentido, la gestión de riesgos (GR) es un proceso útil para identificar y analizar los riesgos asociados al procedimiento, promoviendo la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis de seguridad de una unidad de terapia intravítrea (UTIV) en un hospital rural mediante registro de complicaciones mayores detectadas en un periodo de tres años, valorando el impacto de su cambio de ubicación (del área quirúrgica a sala blanca en el ámbito de consultas).


RESULTADOS

Durante el periodo 2021-2023 se administraron 4828 IIV. En este intervalo se produjeron 12 complicaciones mayores: 4 EI, 2 hemorragias vítreas, 2 uveítis, 1 punción del cristalino, 2 DR y una migración de implante de dexametasona a cámara anterior. La edad media fue de $75,5 \pm 6,4$ años sin influencia del género (7 mujeres y 5 varones) y la media de IIV previas fue de $7,5 \pm 13,1$. No hubo diferencias en el número ni en el tipo de EA en cuanto a la ubicación del procedimiento (6 complicaciones en área quirúrgica y otras tantas en sala blanca) Se observó una clara predominancia del ojo izquierdo (9/12) si bien en el caso de la EI no hubo influencia de la lateralidad (2:2) La tasa de EI fue del 0,08% siendo todos los pacientes diabéticos y recibiendo todos ellos aflibercept, si bien sólo se estableció relación de causalidad con el fármaco en un caso de uveítis por brolicizumab. Siete pacientes precisaron abordaje quirúrgico y el resto se manejaron médicamente. En 7 de los 12 pacientes se produjo una pérdida visual igual o superior a 2 líneas con resultado de ceguera legal en 3 de ellos. El análisis individual reveló que 3 de los incidentes podrían haberse prevenido mediante corrección de la técnica y 1 por una valoración previa de la historia que hubiera contraindicado el procedimiento.

CONCLUSIONES

La etapa inicial y clave en cualquier programa de GR debería ser la búsqueda proactiva de EA por parte de todos los profesionales implicados, siendo los sistemas de notificación y los registros electrónicos una fuente válida de información. Dentro de las UTIV parece imperativo el análisis periódico y sistemático de los incidentes de seguridad a fin de desarrollar medidas de control que puedan evitar el desarrollo de ceguera, mejorando de esta forma la seguridad del paciente y en general la calidad asistencial.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: EVALUANDO EL PLAN DE CALIDAD CV. MEJORA CONTINUA, SEGURIDAD Y EXPERIENCIA DE PACIENTE.

 GARCÍA PÉREZ, MÓNICA ⁽¹⁾ • AVILÉS MARTÍNEZ, MARÍA JOSÉ ⁽²⁾ • MERINO PLAZA, MARÍA JOSÉ ⁽²⁾ • BONET COSTA, MARIA DEL CARMEN ⁽²⁾ • OLIVERT FUERTES, MARIA DEL PILAR ⁽²⁾ • ORTOLA SANCHEZ-HORNEROS, ANTONIO ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-SANT JOAN D ´ALACANT • ⁽²⁾ CONSELLERIA DE SANIDAD

Identificador: 25

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2017, se incorporan las unidades de calidad y seguridad de paciente en todos los departamentos de salud y centros dependientes de la Conselleria de Sanidad, unidades esenciales para el éxito y eficacia en la implementación del plan de calidad asistencial y seguridad del paciente (PCAySP) de la Comunidad Valenciana (CV). Estas unidades colaboran estrechamente con el servicio de calidad asistencial de la Conselleria de Sanidad, alianza que permite una visión integral y coordinada del desempeño de los centros para fomentar la cultura de calidad.

OBJETIVOS

Conocer el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el PCAySP de todos los departamentos de salud de la CV y detectar puntos fuertes y áreas de mejora para garantizar los estándares de calidad y seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Se ha revisado el cumplimiento de objetivos fijados en el plan mediante contraste documental (aportado por unidades de calidad) y análisis de datos automatizados del año 2022. Diseñamos una escala de evaluación numérica de objetivos. El 0 (objetivo no logrado), 1 (en desarrollo), 2 (logrado) y 3 (destacado) que cuantifica los resultados obtenidos.

Para comparar el desempeño entre los distintos centros, se calculó el promedio como referencia para evaluar el rendimiento de cada centro en relación con el conjunto de la CV.

RESULTADOS

Se han evaluado los 74 objetivos operativos de las 7 líneas estratégicas del PCAySP.

El % de cumplimiento de los objetivos relacionados con promoción, fomento y difusión de la cultura de calidad y seguridad del paciente (LE.01) en conjunto ha sido del 80%.

El cumplimiento de los objetivos para mejorar la calidad y seguridad en la atención (LE.02), el 51%. Los objetivos orientados a difusión de cultura de calidad y seguridad en la organización (LE.03) un 52%.

El % de cumplimiento de los objetivos dirigidos a fortalecer el uso de modelos y herramientas de gestión (LE.04) ha sido del 50% y los objetivos relacionados con la seguridad en todos los procesos (LE.05) han logrado un cumplimiento global del 52%.

Los objetivos destinados a promover la cultura de buenas prácticas (LE.06) y contribuir a poner en valor a profesionales (LE.07), un 45% y un 30%, respectivamente.

Cumplimiento por agrupación de hospitales:

- Grupo 1 Hospitales, cumplimiento del 90%, 66.5%, 72.5%, 47%, 72%, 60% y 47% en cada una de las líneas respectivamente.
- Grupo 2 cumplimiento del 92%, 52%, 64%, 77%, 63%, 50% y 51% respectivamente.
- Grupo 3 cumplimiento del 80%, 50%, 46%, 53%, 44%, 37% y 37%, respectivamente.
- HACLEs cumplimiento del 58%, 35%, 22%, 17%, 25%, 27% y 15% respectivamente.


CONCLUSIONES

La evaluación nos permite aplicar mejora continua, innovar, adaptarnos y evolucionar hacia una mejor experiencia del paciente.

Se ha actualizado el PCAySP. Incluye 33 objetivos estratégicos y 95 operativos. Potencia la participación de usuario en la mejora continua, la detección e implementación de áreas de mejora tras auditorias y fortalecimiento de cultura orientada a SP.



CUIDANDO A QUIEN CUIDA: MÚSICA Y MUSICOTERAPIA PARA LOS EQUIPOS SANITARIOS

 Molina Sosa, Guacimara ⁽¹⁾ • Santana Cabrera, Luciano ⁽²⁾ • Bernat Adell, María Desamparados ⁽³⁾ • Escot Rodríguez, Cristina ⁽²⁾ • Hernández Medina, Elena ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Diferentes Hospitales Públicos de Canarias • ⁽²⁾ Hospital Universitario Insular de Gran Canaria • ⁽³⁾ Hospital General de Castellón

Identificador: 26

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los sanitarios representan uno de los sectores profesionales más expuestos a niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida. Además, este estado se ha agudizado tras la pandemia “COVID-19”. Por ello, desde el Proyecto de Musicoterapia Hospitalaria, se han ofrecido diferentes acciones musicales y sesiones de musicoterapia como herramientas de cuidado.

OBJETIVOS

Mostrar el protocolo de implementación de las acciones desarrolladas, la metodología y organización de las acciones musicales y las sesiones de musicoterapia.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado a partir de una muestra de 172 acciones dirigidas a profesionales sanitarios. Los datos, recogidos mediante registros, entre enero del 2020 y abril del 2024 se expresan en frecuencias absolutas. Los registros recogen los tipos de acciones y los objetivos abordados.

RESULTADOS

Se presentarán las acciones (171) divididas en: sesiones de musicoterapia para los equipos sanitarios (41), colaboraciones musicales (18), videos dedicados (80), SaniMúsicos (8) y Conciertos en los Hospitales (32). Se recogieron los feedback verbales de las acciones, destacando el disfrute, la distracción y la sensación de canalizar emociones.

CONCLUSIÓN

Con las acciones musicales y las sesiones de musicoterapia se ha abordado a los/as sanitarios desde una perspectiva preventiva y proactiva. En los primeros años de la pandemia las acciones fueron numerosas, pero con poca presencialidad física y a medida que la presencialidad en los centros hospitalarios fue posible, aumentó el número de sesiones de musicoterapia y de conciertos y disminuyeron las acciones con recursos audiovisuales.

RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA SECUENCIAL CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

 Castelao González, Florencio • Palomares Olivares, Ana Isabel

 Vithas Hospital Las Palmas

Identificador: 27

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Disminuir las complicaciones, efectos secundarios y riesgos asociados a la administración intravenosa sin comprometer la eficacia terapéutica.

Reducir el coste sanitario en el Servicio de Medicina Interna.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica tras la implantación de un programa de terapia secuencial con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el Servicio de Medicina Interna. El IBP incluido en la guía farmacoterapéutica del hospital es el pantoprazol.

METODOLOGÍA

Revisión de la historia clínica de los pacientes en tratamiento con pantoprazol intravenoso, para valorar tolerancia y proponer el cambio a vía de administración oral.

Estudio prospectivo de dos meses de duración (20 de marzo 2024 - 20 de mayo 2024), registrado en formato Excel: cambios a vía oral aceptados al ingreso por el Servicio de Urgencias, cambios a vía oral aceptados en la validación farmacéutica diaria de unidosis en el Servicio de Medicina Interna, y grado de aceptación de los cambios propuestos.

Estudios del consumo de pantoprazol intravenoso en el año 2024, comparado con mismo periodo del año 2023, teniendo en cuenta la actividad, el índice de ocupación y la estancia media.

RESULTADOS

Número de pacientes totales donde se valoró tolerancia: 130.

Número de pacientes donde se propuso cambio de vía de administración: 101.

Cambios a vía oral aceptados al ingreso por el Servicio de Urgencias: 63.

Cambios a vía oral aceptados en la validación farmacéutica diaria de unidosis en el Servicio de Medicina Interna: 31.

Cambios propuestos no aceptados: 7.

Grado de aceptación de la totalidad de los cambios propuestos: 93%.

No se observaron diferencias significativas en actividad, índice de ocupación y estancia media en la planta de medicina interna entre los años 2023 y 2024.

Número de unidades de pantoprazol intravenoso consumidas marzo-mayo 2023: 1244 unidades.

Número de unidades de pantoprazol intravenoso consumidas marzo-mayo 2024: 657 unidades.

La reducción del consumo de pantoprazol intravenoso ha sido de 587 unidades, lo que supone una bajada del consumo del 47 %.

CONCLUSIONES

La intervención del farmacéutico a través de programas de terapia secuencial favorece el uso racional del medicamento, consigue reducir el uso de la terapia intravenosa utilizando la alternativa más coste-efectiva, y repercute en el aumento de la calidad asistencial y seguridad de nuestros pacientes, al evitar los riesgos asociados a la administración intravenosa.

SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMÁRIA DE SALUD POR PARTE DE TRABAJADORES Y USUARIOS

 Bohomol, Elena • Gonçalves, Geisa Colebrusco de souza • Domingues, Maria Aparecida

 Universidade Federal de São Paulo

Identificador: 31

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria de Salud tiene como objetivo promover la salud universal, equitativa e integral, es considerada la base del sistema de salud, la puerta de entrada y el primer contacto para las personas que buscan una institución de salud. En Brasil, a pesar de tener más de 100 millones de habitantes, este locus de atención busca lograr la gratuidad de la atención sanitaria como garantía de los derechos humanos. Los Equipos de Salud de la Familia constituyen la principal estrategia para brindar atención primaria comunitaria en el Sistema Único de Salud. Así realizar una evaluación de la calidad en la Atención Primaria de Salud requiere avances para lograrlo y uno de ellos es cómo la perciben las personas involucradas, trabajadores y usuarios, en base a su experiencia.

OBJETIVO

evaluar la satisfacción con la calidad de una Unidad Básica de Salud acreditada, desde la perspectiva de trabajadores y usuarios.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, exploratorio, transversal, realizado en la ciudad de São Paulo, con 51 trabajadores y 249 usuarios de servicios, utilizando el cuestionario de Service Quality Gap Analysis, validado para el Sistema Único de Salud, según Expectativa y Percepción, en las dimensiones: Tangibilidad, Confiabilidad, Velocidad, Seguridad, Empatía y Acceso/Accesibilidad. Se utilizó análisis estadístico descriptivo e inferencial.

RESULTADOS

Trabajadores y usuarios evaluaron los ítems y dimensiones de Expectativa y Percepción, con promedios superiores a 3,0, excepto el ítem “tiempo de espera” considerado insatisfactorio para ambos (2,88; 2,31). Para los trabajadores la brecha de calidad estuvo en la “estructura física” (-0,84) y para los usuarios en el “tiempo de espera” (-1,12). Se encontraron diferencias estadísticas entre variables sociodemográficas y dimensiones del grupo de trabajadores en Percepción, en las dimensiones Tangibilidad, Disponibilidad y Empatía y “tiempo de acción” ($p \leq 0,04$; 0,05; 0,01); Tangibilidad y “tiempo de actuación” ($p \leq 0,01$) y Expectativa de Acceso/Accesibilidad y “formación” ($p \leq 0,04$). Y para los usuarios, en Percepción de Confiabilidad en relación al “grupo de edad” ($p \leq 0,04$).

Conclusión: El estudio demostró que tanto los trabajadores como los usuarios tenían en su mayoría mayores expectativas en relación a los servicios ofrecidos en las seis dimensiones y al puntaje general analizado. Los usuarios mostraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, excepto en la dimensión Acceso/Accesibilidad. Los dos grupos presentan valoraciones de calidad con diferentes matices en los ítems contenidos en las dimensiones y, en general, presentaron puntuaciones más altas tanto en Expectativa como en Percepción en comparación con los trabajadores.



INCIDENTES DE SEGURIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PANDEMIA COVID-19

 Bohomol, Elena • Zimmermann, Guilherme dos Santos

 Universidade Federal de São Paulo

Identificador: 32

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia la situación de calamidad pública, las debilidades del sistema de salud y, la falta de planes de contingencia para emergencias sanitarias, debido al alto costo de adquisición de materiales y medicamentos, el hacinamiento de los hospitales, falta de eficiencia en los procesos y que ha desembocado en un grave problema de salud pública mundial, debilitando aspectos relacionados con la seguridad del paciente en muchas instituciones de salud. Sin embargo, hay instituciones con excelente calidad y que fueron resilientes en sus procesos de atención y gestión y que interfirieron positivamente en la práctica de los profesionales que trabajan en primera línea, a través del conocimiento de las notificaciones de sus eventos adversos (EA).

OBJETIVO

Analizar los incidentes de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante la pandemia y sus impactos en los pacientes con COVID-19.

METODOLOGIA

Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo realizado con la base de datos de un hospital acreditado, ubicado en la ciudad de São Paulo. La muestra seleccionada estuvo compuesta por información obtenida a través de la extracción de información de las bases de datos del sistema de inteligencia hospitalaria y de la base de notificaciones sobre incidentes de seguridad en la UCI, de marzo de 2020 a julio de 2021.

RESULTADOS


De 1221 pacientes hospitalizados, el 25,2% tuvo al menos un EA durante la hospitalización, variando entre 1 y 6 eventos en un mismo paciente. Del total de incidentes de seguridad reportados, el 60,96% fueron EA, de los cuales el 86,52% fueron daños leves, el 7,87% daños moderados, el 4,49% graves y el 1,12% centinela. En cuanto a la clasificación de incidentes de seguridad, el 27,75% estuvieron relacionados con accidentes de pacientes, el 27,29% con procedimientos clínicos y el 23,62% con dispositivos y equipos médicos. Se encontró una asociación entre el resultado de muerte y la aparición de EA en la UCI, una asociación entre la aparición de EA y el reingreso a la UCI, estancias hospitalarias más prolongadas, duración de la estancia hospitalaria, mayor gravedad medida por SAPS 3, mayor disfunción orgánica medida por el Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y mayor uso de recursos en UCI ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Destaca el predominio de EA leves como incidentes de seguridad, la mayoría están relacionados con procedimientos clínicos y dispositivos médico-hospitalarios. La asociación entre EA y duración de la estancia hospitalaria, mortalidad y uso de recursos en UCI permite inferir que su aparición tiene un impacto significativo en la evolución de los pacientes críticos. En ocasiones, como la pandemia de COVID-19, es importante comprender las dimensiones de Volatilidad, Incertidumbre, Complejidad y Ambigüedad que traen estas situaciones y fortalecer la resiliencia institucional para asegurar una atención de calidad.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE LOS PROGRAMAS ZERO EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS MEDIANTE AUDITORÍAS INTERNAS

 *Losada-Castillo, Isabel* ⁽¹⁾ • *Roca Bergantiños, Olga* ⁽¹⁾ • *Seco Maquiera, Pilar* ⁽¹⁾ • *Tome Nogueiras, Alberto* ⁽²⁾ • *Suarez Blanco, Flor* ⁽²⁾ • *Vazquez Mourelle, Raquel* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde* • ⁽²⁾ *Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde*

Identificador: 33

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

los programas zero en las Unidades de cuidados críticos (UCCs) son estrategias multimodales para garantizar la seguridad de esos pacientes y prevenir las infecciones relacionadas con los dispositivos invasivos y las infecciones por bacterias multirresistentes. La observación del cumplimiento de las medidas o bundles de cada programa, mediante auditorías internas y/o externas en las UCCs, es un estándar de calidad que propone el Ministerio de Sanidad para las Comunidades Autónomas y para las UCCs.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

el objetivo de este estudio fue el evaluar la implementación de los Programas Zero en UCCs mediante auditorías internas (AI). Para ello se realizó un análisis observacional de seguridad en tiempo real, para lo cual se elaboró un cuestionario con los ítems a evaluar que se definieron para garantizar la objetividad. Tras las AI se realizó una encuesta de satisfacción a los auditores. El ámbito del estudio fueron las UCCs de los hospitales públicos del Servicio galego de saúde y Ribera-POVISA. Los participantes fueron 24 auditores en 9 equipos compuestos por: personal médico, de enfermería y de calidad de las áreas sanitarias. Se auditaron 11 UCCs y se valoraron 34 pacientes. Las variables de interés principales fueron: cumplimiento del estándar de calidad ($\geq 60\%$ de los ítems), puntos fuertes, oportunidades de mejora, interés de la AI para el auditor, conformidad con la organización y con los ítems.


RESULTADOS

se evaluaron el 61% de las UCCs públicas de Galicia. Todas cumplieron el estándar de calidad. El 18.03% de los ítems fueron cumplidos por todas las UCCs. Los puntos fuertes fueron: la motivación del personal, la buena acogida a los auditores y las herramientas informáticas, en algunas UCCs. Como oportunidades de mejora se observaron: un déficit en la dotación de materiales, especialmente sistemas automáticos para controlar la presión de neumotaponamiento, necesidades de formación, problemas de comunicación y el no usar listados de verificación. Los auditores encontraron las AI muy interesantes, pero el 19% sugirieron mejorar la organización e ítems.

CONCLUSIONES

aunque todas las UCCs cumplieron con el estándar de calidad acordado previamente, se identificaron numerosas oportunidades de mejora que fueron comunicadas a las UCCs auditadas y a sus gerencias. Tras la encuesta de satisfacción a los auditores, para mayor homogeneidad y objetividad, se concluyó revisar los ítems y definiciones acordadas previamente.

EVOLUCIÓN DE LAS NOTIFICACIONES AL SINASP DE 2018 A 2023. ¿CÓMO MEJORAR?

 *Losada-Castillo, Isabel* ⁽¹⁾ • *Roca Bergantiños, María Olga* ⁽¹⁾ • *Seco Maquiera, Pilar* ⁽¹⁾ • *Tome Nogueiras, Alberto* ⁽²⁾ • *Suárez Blanco, Flor* ⁽²⁾ • *Vazquez Mourelle, Raquel* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde* • ⁽²⁾ *Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde*

Identificador: 34

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) tiene como objetivo principal mejorar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los/as pacientes, a través del estudio de los incidentes adversos para implantar las acciones de mejora necesarias para evitar que se repitan en el futuro. Es fundamental incrementar la cultura de seguridad, centrándose en el aprendizaje, transformando así la cultura de culpa.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

conocer la evolución de las notificaciones al SiNASP en la CC.AA. de Galicia, tanto en hospitales como en Atención primaria (AP) y establecer mecanismos que nos permitan mejorar el sistema incrementando el número de notificación de incidentes, así como mejorar la calidad y el análisis de los mismos. Se diseñó un estudio descriptivo observacional de la evolución de las notificaciones tomando como fuente de datos la plataforma del SiNASP entre 2018 y 2023. Las variables del estudio fueron: número de notificaciones, área sanitaria y servicio/centro de AP u hospital de donde procedieron las notificaciones. Se calculó el porcentaje de incremento entre 2022 y 2023. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por los gestores/as del SiNASP autonómicas y de todas las áreas sanitarias, médicos y farmacéuticos de AP y supervisoras de enfermería de los hospitales.

RESULTADOS


en el año 2019 el número de notificaciones totales al SiNASP fue de 2399, descendió hasta 1457 en 2021 y posteriormente aumentó a 2224, con un incremento del 22,5% en 2023 respecto a 2022. Ese incremento se produjo en todas las áreas sanitarias excepto en una. Las notificaciones cerradas en hospitales, en 2023 se incrementaron un 12,9% respecto a 2022, y en AP, en 2023 se incrementaron en un 101% respecto a 2022, todavía sin alcanzar los niveles pre-pandemia y con diferencias muy significativas entre las diferentes áreas sanitarias. Ante este descenso de las notificaciones el grupo de trabajo para SiNASP, constituido en abril de 2024, se propuso: reactivar las notificaciones sobre todo en AP, unificar los núcleos de seguridad en todas las áreas sanitarias y fomentar la comunicación de las acciones puestas en marcha a raíz de las notificaciones (boletines de seguridad). Se empezó a trabajar sobre las notificaciones en SiNASP en AP, actualizando gestores, fomentando la formación al personal en los centros que participan en SiNASP e intentando adherir nuevos centros al SiNASP.

CONCLUSIONES

Aunque el número de notificaciones al SiNASP está en aumento, todavía no se llegaron a conseguir los niveles pre-pandemia de COVID-19. El grupo de trabajo autonómico multidisciplinar para SiNASP constituye un pilar esencial para aumentar y mejorar la adherencia de los profesionales a la notificación de eventos adversos, así como para unificar criterios en todas las áreas sanitarias de Galicia.



IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INNOVACIÓN: ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

 Moreno Martinez, Daniel • Querol Carranza, Eloi • Cano Izquierdo, Mireia • Albreda Gil, Gerard • Estrada Cuxart, Oriol

 Dirección de Estrategia Asistencial y de Innovación, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Identificador: 37

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN:

En una era marcada por desafíos sin precedentes, los sistemas de salud deben adaptarse a nuevas tecnologías. La gobernanza efectiva, el liderazgo y la gestión son esenciales para desarrollar estrategias innovadoras que aborden estos desafíos. Bajo esta premisa y con el objetivo de construir un ecosistema de innovación interno, el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP) puso en marcha en 2018 una novedosa y singular unidad de innovación (UIN), con el foco de trabajar con los profesionales sanitarios y no únicamente los investigadores. Tras seis años desde su lanzamiento, es crucial analizar su impacto y resultados en la comunidad sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este estudio explora la perspectiva de la comunidad sanitaria sobre la UIN y su impacto en el modelo asistencial. Los objetivos específicos incluyen:

1. Evaluar la importancia percibida de la UIN por parte de los profesionales sanitarios,
2. Analizar el impacto de sus diferentes áreas de trabajo en los profesionales
3. Entender las barreras existentes y proponer acciones para su mitigación.

Se utilizó un enfoque mixto combinando entrevistas cualitativas y análisis cuantitativo. El estudio se realizó en tres fases:

- **Fase 1:** Encuesta dirigida a líderes y jefes de departamento para obtener una visión general sobre innovación, gobernanza y liderazgo.
- **Fase 2:** Encuesta específica a médicos y enfermeras, seguida de grupos focales para profundizar en aspectos cualitativos identificados.
- **Fase 3:** Encuesta abierta a todo el hospital para capturar una amplia variedad de opiniones y asegurar la representación de diferentes estamentos.

RESULTADOS

Participaron 145 profesionales. De estos, el 50.4% ocupaban puestos de alta responsabilidad, mientras que el 49.6% tenían responsabilidades medias. En cuanto a las categorías profesionales, el 28.8% eran facultativos/as especialistas, el 24.3% eran jefes de servicio, el 20% eran enfermeras/os, y el 2.7% pertenecían a otras categorías profesionales. Las áreas de trabajo de los participantes incluían un 35.7% en áreas médicas, un 37.4% en áreas quirúrgicas, un 15% en servicios centrales y un 11.3% en otras áreas.

El 91.3% de los participantes conocían la UIN y el 60% habían colaborado con ella. Todas las áreas de trabajo de la UIN recibieron valoraciones positivas superiores al 75%, destacando la percepción de la innovación como un factor crucial. La formación continuada y el desarrollo de nuevas habilidades fueron especialmente valorados por el personal de enfermería, mientras que la co-creación y el desarrollo de nuevas tecnologías fueron priorizados por el personal médico.

CONCLUSIONES

Este estudio revela una percepción positiva de la UIN entre los profesionales sanitarios. No obstante, se identificaron desafíos como el flujo de información fragmentado y las disparidades en recursos. Surgieron diferencias significativas entre los departamentos y roles profesionales, subrayando la necesidad de futuros enfoques personalizados.





¿QUE OPINAN NUESTROS PACIENTES ACERCA DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO INTRADIÁLISIS?

Esteve Simó, Vicent (1); Paez Rodríguez, Amanda Lucía (2); Zambrano Hendez, Eliana (3); González Lao, Elisabet (1); Cortés Reyes, Edgar (3); Ramírez de Arellano Serna, Manel (1)

(1) Consorci Sanitari Terrassa; (2) Fisioterapia. Universidad Nacional de Colombia; (3) Fisioterapia. Universidad Nacional de Colombia

Identificador: 38

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El ejercicio físico (EF) es una alternativa terapéutica efectiva para los pacientes renales, aportando múltiples beneficios a nivel físico, social y emocional. Conocer la opinión y mejorar la experiencia del paciente es esencial para proporcionar una atención sanitaria de alta calidad. Escasa evidencia acerca de la experiencia del paciente renal con los programas de EF en hemodiálisis (HD) ha sido descrita hasta la fecha.

OBJETIVO El objetivo de este estudio fue analizar el grado de conocimiento y satisfacción de nuestros pacientes en HD que participaban en el programa regular de EF intradiálisis, con el fin de identificar puntos débiles y ofrecer acciones de mejora de acuerdo con su propia experiencia.

METODOLOGÍA: En junio de 2023 se realizó una encuesta auto diseñada de 12 preguntas a los pacientes en programa de HD de nuestra unidad acerca del grado de conocimiento y satisfacción del programa de EF durante la sesión habitual de HD mediante la aplicación corporativa Microsoft Forms que forma parte del paquete de Office 365 proporcionado por el Centro de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información (CTTI). La encuesta incluía aspectos socio demográficos, y educacionales, sobre su condición física, importancia del ejercicio físico, barreras o dificultades encontradas, accesibilidad y repercusión en su vida diaria, así como el grado de satisfacción percibido.

RESULTADOS

28 encuestas analizadas (43.1% pacientes), 67.9 % hombres. Edad media 72.8 ± 14.6 años (67.8% >70 años), tiempo medio en HD 45.7 ± 23.8 meses. Principal etiología ERC: DM 39.4%. 51.2% habito sedentario (25% bastón). 46.6% AVI. Un 39.2% refería estudios primarios. Un 17,9% y un 35.7% referían mala condición física para realizar actividades vida diaria y caminar respectivamente. Igualmente, un 89.3% y un 64,3% consideraban muy importante la realización de EF para su salud física y mental. En cuanto a la realización de EF, un 46.4% encontraba muy fácil realizarlo durante las sesiones de HD y un 67.9% veía factible realizar todos los ejercicios propuestos. Únicamente un 7.2% no encontraban cómodos la realización de los mismos. Principales barreras detectadas: complicaciones médicas agudas (46.4%), disnea (21.2%) o aparición de problemas relacionados con el acceso vascular (17.8%). Un 53.6% y un 50% mejoraron su condición física para caminar y realizar actividades diarias con EF. El grado de satisfacción fue 8.86 ± 0.6 y un 93.7% continuaría en el programa de EF en HD.

CONCLUSIONES

Los

RESULTADOS observados en nuestro estudio evidencian un elevado grado de conocimiento y satisfacción con el programa de EF, a pesar de la deteriorada condición física de nuestros pacientes. Estos

RESULTADOS, basados en la propia opinión del paciente, resultan de gran interés para mejorar la calidad asistencial de la actividad diaria en nuestra unidad. En nuestra opinión, constituyen un argumento adicional para conseguir la implementación de los programas de EF en las unidades de HD

MEJORA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RENAL MEDIANTE UN SISTEMA DE TELECOACHING AUTOMÁTICO (MAFIPAR)

 Esteve Simó, Vicent ⁽¹⁾ • Salinas Sanmartí, Xavier ⁽¹⁾ • Benavent Marco, Josep ⁽²⁾ • Tello Fontanet, Marta ⁽¹⁾ • Martínez Roldán, Joan Ignasi ⁽²⁾ • Ramírez de Arellano Serna, Manel ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari Terrassa • ⁽²⁾ Linkcare Health Services

Identificador: 39

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El ejercicio físico es una alternativa terapéutica efectiva para enlentecer el progresivo deterioro muscular al que se ven expuestos los pacientes renales, preservando su capacidad funcional y autonomía. Hasta la fecha, no existe evidencia acerca del uso de plataformas virtuales y sistemas de tele coaching semiautomáticos basados en programas de ejercicio para mejorar la capacidad funcional y condición física en el paciente renal.

OBJETIVOS

Desarrollar un sistema de tele coaching semiautomático basado en la mejora del estilo de vida mediante la prescripción ejercicio físico; así como analizar su utilidad y efectividad como herramienta para mejorar la condición física, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con terapia sustitutiva renal en hemodiálisis (HD).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, prospectivo, aleatorizado, de 24 meses de duración con dos grupos de estudio: Grupo Intervención (GI: ejercicio físico mediante telecoaching semiautomático) y Grupo control (GC: ejercicio físico con fisioterapeuta) Analizamos: Variables sociodemográficas, bioquímicas y características de diálisis, composición corporal (Body monitor composition), fuerza muscular (Hand-grip dynamometer), capacidad funcional (Short Physical Performance Battery Test (SPPB), actividad física diaria (Human Activity profile (HAP), calidad de Vida (EuroQol-5D) y depresión (Beck)

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes en HD. 13 se asignaron al GI y 11 al GC. Edad media 67.3 ± 18.1 años, 38% hombres, tiempo de permanencia HD 39.2 ± 27.5 meses. 33% DM. Las características clínicas iniciales de ambos grupos de estudio eran similares. Al finalizar el estudio, aquellos pacientes que utilizaron la plataforma virtual mostraron una mejoría significativa ($p < 0.05$) de la fuerza muscular (HG 19.2 vs 22.4 kg), capacidad funcional (SPPB 9.5 vs 10.3, Borg 5.7 vs 4.3), estado físico (PASE 40.5 vs 136.2, HAP AAS 25.2 vs 53.2, HAP MAS 46 ± 2 vs 70.4), calidad de vida (EQ-5D 50.8 vs 77.8) y sintomatología depresiva (Beck 16.4 vs 11.5) respecto al grupo control. No se objetivaron cambios significativos en los datos bioquímicos o de composición corporal.

CONCLUSIONES

De manera global, el uso de los planes de cuidados propuestos en los pacientes con insuficiencia renal en programa de HD muestra una mejora de la capacidad funcional y su estado físico tras usar el sistema de tele coaching automático diseñado. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, los prometedores resultados obtenidos podrían ayudar a establecer el uso de sistemas y plataformas virtuales para mejor el estado funcional de estos pacientes.

PROYECTO EIR - EQUIPO DE INTERVENCIÓN RÁPIDA

 CECILIA CONTRERAS, JOSE MANUEL ⁽¹⁾ • Sanchez García, Tatiana ⁽¹⁾ • MOLINA FERNANDEZ, BARBARA ⁽¹⁾ • CABRERO MARTINEZ, LAURA ⁽¹⁾ • SAN JOSE GARCÍA MOCHALES, CRISTINA ⁽¹⁾ • DE GUSTIN HERNANDEZ, PILAR ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Infanta Elena

Identificador: 41

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se define parada cardiorrespiratoria (PCR) como la “interrupción brusca e inesperada de la respiración y la circulación espontánea potencialmente reversible”. La PCR es la emergencia intrahospitalaria por excelencia si se habla de pacientes ingresados en cualquier unidad. Cada minuto es vital para asegurar la supervivencia del paciente, así como para reducir al máximo las secuelas derivadas de la misma.

OBJETIVOS

- Implementar un equipo que dé respuesta asistencial rápida y de calidad de soporte vital avanzado (SVA) y maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) de calidad en base a las recomendaciones internacionales actuales.
- Disminuir el estrés que sufre el personal ante una PCR, con la presencia de un equipo preparado y dotado para emergencias que precisen de SVA.
- Reducir la tasa de mortalidad y secuelas producidas por la PCR intrahospitalaria.
- Establecer un programa de formación del personal sanitario y no sanitario del hospital en la realización de maniobras de soporte vital básico (SVB) y soporte vital básico instrumentalizado.

METODOLOGÍA

Formación del personal en soporte vital básico y uso del desfibrilador externo automático. Los recursos con los que cuenta este proyecto son los propios profesionales de la unidad de cuidado intensivos del Hospital Infanta Elena. Formarán parte un intensivista, una enfermera y un auxiliar.


RESULTADOS


Tras cada actuación del equipo de intervención rápida se cumplimentará un formulario mediante el cual se podrá valorar la calidad de la asistencia.

CONCLUSIONES

Implantar un protocolo de actuación para garantizar una respuesta asistencial coordinada y de calidad. Formar a todos los trabajadores del hospital (personal sanitario y no sanitario) en el reconocimiento precoz de una PCR y la realización de maniobras de soporte vital básico y uso del desfibrilador externo automático (DEA).

TALLERES DE MIELOMA MÚLTIPLE: DANDO VOZ Y CUIDANDO DE PACIENTES Y FAMILIARES

 MARTOS MARTINEZ, RAFAEL ⁽¹⁾ • YUSTE PLATERO, MARÍA ⁽¹⁾ • GONZÁLEZ ARIAS, ELENA ⁽¹⁾ • VILLA GONZÁLEZ, BEATRIZ ⁽¹⁾ • ALFARO CADENAS, LAURA ⁽¹⁾ • BERMEJO MARTINEZ, LAURA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

Identificador: 42

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de cualquier servicio médico debe ser gestionar adecuadamente los recursos para lograr la mejor atención posible, de la forma más humana y eficiente, pero sin olvidar que parte de esta atención, debe ser dirigida también a las familias, ya que ellas también sufren el impacto de la enfermedad de sus seres queridos.

Dar voz a pacientes y familiares, en reuniones que permitan conocer sus preocupaciones, poniendo a su disposición herramientas digitales en salud, posibilitará un abordaje óptimo de la enfermedad.

OBJETIVOS

Describir talleres realizados, pacientes/familiares participantes y principales dudas planteadas.

Evaluar uso del Diálogo Web (DW) tras los talleres de formación.

Valorar satisfacción y mejora de calidad de vida y experiencia mediante formularios PROMS/PREMS después de los talleres.

METODOLOGÍA

Proyecto centrado en 3 pilares: Voz pacientes y familiares, mayor seguridad clínica y menor variabilidad y mejora de calidad de vida

En 2022 analizamos dudas de pacientes/familiares relacionadas con la enfermedad y desde ene/23 organizamos talleres basado en 4 puntos: “Mi experiencia como paciente”, “Soy cuidador: mis dudas y miedos”, “Me han diagnosticado MM ¿qué me va pasar?” y “¿Cómo contactar con mis médicos?, donde facilitamos el uso de herramientas digitales para la comunicación no presencial mediante formularios PREMs “Patients reported experience measures”, PROMs “Patients reported outcomes measures” y DW

Al finalizar cada jornada, se entrega encuesta anónima sobre utilidad y satisfacción con los talleres.

RESULTADOS

Realizados 5 talleres. Participantes: 48 pacientes y 63 familiares.

Dudas más comunes desde experiencia como paciente: desconocimiento de enfermedad, calidad de vida y tiempo en hospital para tratamiento.

Los cuidadores plantearon: cómo abordar síntomas y e. adversos, estado emocional y cómo contactar con los médicos.

Desde el punto de vista médico se explicó en qué consistía la enfermedad, evolución y supervivencia y resolvieron dudas planteadas La última parte del taller se dedicó al uso y conocimiento de herramientas digitales.

Realizados 141DW, 100% respondidos (88% en <8h). La mayoría dudas relacionadas con medicación (72%). 9DW fueron problemas que requirieron atención prioritaria .

Optimización recursos: Evitadas 15consultas a urgencias, 43desplazamientos innecesarios al hospital y 8consultas sin cita.

Cumplimentados >70% formularios PREMs/PROMs de calidad de vida y experiencia resolviendo dudas demandadas por paciente/familia.

98% satisfacción con los talleres, según encuestas entregadas al final de cada jornada

CONCLUSIONES

Los talleres de MM nos permiten cuidar del paciente y familia, ejerciendo una medicina basada en el valor, dando voz a pacientes y familiares, resolviendo dudas y preocupaciones y facilitando una medicina más humana y cercana apoyada en herramientas digitales. Este abordaje global de la enfermedad va a favorecer un mejor control clínico y una mejor calidad de vida durante todo el proceso asistencial.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL DUELO PERINATAL

 VERA CASABONE, ARIANA MEILIN • ALONSO ALEMAN, ADRIANA • GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CAROLINA • FELIU BAUTE, PAULA SARA • BARRAMEDA GONZÁLEZ, CARLA DEL CARMEN

 HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

Identificador: 43

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La gestación, en la mayoría de sus casos, implica una experiencia positiva y única, en ocasiones, se producen interrupciones inesperadas provocando la pérdida de éste, conllevando a la gestante, su pareja y/o familiares a una vivencia desoladora.

Para muchas gestantes, experimentar la interrupción del embarazo con la consiguiente muerte de su feto/bebé supone el fracaso de una de las metas vitales: la maternidad. Desencadenándose entonces el proceso de Duelo Perinatal.

La muerte en nuestra sociedad siempre se ha determinado como un tema tabú, viéndose mayormente afectado el silencio ante la muerte perinatal en señal de duelo incomprensido y desautorizado.

En Canarias, para el año 2023, ya existen distintas estrategias como “Habitación de Despedida” en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, además de ofrecer cursos de Humanización de la Atención Sanitaria en Muerte Perinatal y Neonatal entre otros. Como justificación se requiere de un abordaje de enfermería hacia la de atención integral ante las personas que sufren de esta pérdida, por lo que se revisarán las intervenciones adecuadas en materia de actuación y acompañamiento para poder efectuar una labor de calidad ante esta delicada y en ocasiones, silenciada situación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este trabajo comprende el estudio y análisis del impacto e importancia de los cuidados enfermeros ante la pérdida perinatal que afrontan las personas gestantes y las personas allegadas a estas.

La metodología dicta de una Revisión Bibliográfica, donde la búsqueda abarca artículos publicados en los últimos 10 años, así como, la propia experiencia del personal de enfermería que diariamente desempeña su trabajo junto a estas familias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En cada pérdida, cada reacción es individualizada, por lo que cada experiencia de duelo es única, por tanto, se han de llevar a cabo múltiples intervenciones de enfermería que procuren un apoyo y acompañamiento adecuado, proporcionando seguridad en nuestros actos.

La falta de información profesional ante herramientas de manejo de conflictos, desconocimiento del acompañamiento afectivo, o las dificultades estructurales, producen un obstáculo para brindar un cuidado de calidad.

La figura de la enfermera, juega un papel fundamental, siendo un privilegio encontrarse presente en el acompañamiento de esta compleja y dolorosa vivencia. Es por ello, la importancia de una adecuada formación, así como, conducta empática, asertiva y humana para un abordaje decalidad. Se debe insistir en una formación completa en términos de acompañamiento y apoyo considerando así la creación de protocolos de actuación y acciones apropiadas para obtener un cuidado integral.

Humanizar los cuidados como base fundamental de la atención a las familias pasa por reconciliarnos con el propio concepto de duelo y permitirnos sentirlo, experimentarlo, acompañarlo u abrazarlo, así como, acompañar a cada paciente como este se merece.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN MULTIMODAL PARA LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

 Ruiz Figueras, Marta • Franco Romero, Maite • Carrero García, Patricia • Maldonado Nieto, Adela • Martín Román, Miguel • Sendra Criado, Belén

 Parc Sanitari Pere Virgili

Identificador: 45

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La principal vía de transmisión de las infecciones es la transmisión cruzada a través de las manos de los profesionales, a pesar de ser la medida más eficiente y tratarse de un procedimiento sencillo, el cumplimiento de la higiene de manos (HM) por parte de los profesionales es deficitario.

OBJETIVOS

- Implementar una estrategia multimodal de HM adaptada a un Hospital de Atención Intermedia (HAI)
- Mejorar la adherencia a la HM por parte de los profesionales sanitarios en un HAI.

METODOLOGÍA

1. Diseño de estudio: estudio casi-experimental, longitudinal, analítico y prospectivo

- Fase 1: análisis de la institución siguiendo el Marco de autoevaluación de la OMS para la HM
- Fase 2: implementar las propuestas identificadas en la F1 y realizar el seguimiento de los indicadores establecidos

2. Población de estudio: profesionales en contacto directo con el paciente y en todas las disciplinas del Hospital Parc Sanitari Pere Virgili (360 camas)

3. Variables

F1: Conocimiento y percepción de los profesionales, nº de camas con Producto de Base Alcohólica (PBA), consumo de gel hidroalcohólico/1000 estadas, grado de adherencia a la HM (Nº de acciones HM/nº oportunidades HM), prevalencia de IRAS y resultado encuesta dirección

F2: Indicadores

- Proceso: acciones propuestas que se han llevado a cabo en el tiempo establecido
- Estructura: puntos de atención al paciente con PBA, zonas comunes con PBA

RESULTADOS

grado de adherencia a la HM, consumo de gel hidroalcohólico, prevalencia de IRAS

RESULTADOS

En la F1 se consolidó el grupo promotor, se definió el grupo de observadores y se aprobó el proyecto de HM del centro. Dentro del componente de clima institucional, las encuestas realizadas revelaron una importante variabilidad según el mando, la media obtenida en casi todas las áreas fue inferior a 50 (sobre 100). En las encuestas de conocimiento de los profesionales el principal resultado fue un 63% de acierto. La ratio de PBA en el punto de atención al paciente de 0.5/1

En el tiempo de implementación de F2 se han obtenido los siguientes

RESULTADOS PRINCIPALES:

1. Ratio de PBA en el punto de atención: 0.7/1
2. Grado de adherencia a la HM: Se observaron 1554 oportunidades de HM y en un 43,18% hubo acción de HM. A lo largo del año se observó una tendencia al alza en el cumplimiento desde el 39% en enero al 46% en noviembre
3. Prevalencia de infecciones nosocomiales: la media de 2024 fue de 8.42% frente al 9.03% de 2023

CONCLUSIONES

La implementación de la estrategia de la OMS para mejorar el cumplimiento de la HM ha sido efectiva en nuestro centro. Cabe destacar la complejidad por su larga extensión e implicación de diferentes áreas y servicios del hospital, dificultando su seguimiento y consolidación. Identificar líderes implicados y el reconocimiento de la institución invirtiendo los recursos necesarios son imprescindibles para que los objetivos establecidos se conviertan en una realidad.



¿ESTÁN REALMENTE SEGURAS LAS VACUNAS? DESAFÍOS, ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE SEGURIDAD Y PRESERVACIÓN DE LAS VACUNAS.

 Cabral Rivera, Sigfredo Antonio • Sebastià Martínez, Júlia • Damians Lopez, Cristina

 EAP DRETA DE L'EIXAMPLE

Identificador: 46

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La conservación de vacunas es fundamental para garantizar su efectividad y seguridad. La cadena de frío, un proceso crítico que asegura que las vacunas se mantengan a las temperaturas adecuadas desde su producción hasta su administración, es un paso esencial en la gestión de vacunas. En los centros de AP, cualquier fallo en este proceso puede comprometer la inmunización de la población, exponiéndola a enfermedades prevenibles y generando desperdicio de recursos.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la seguridad y eficacia en la conservación de vacunas mediante la implementación de la metodología AMFE en el circuito de cadena del frío en un centro de Atención Primaria en el 2023.

METODOLOGÍA

El estudio seguirá un enfoque descriptivo y analítico, utilizando la metodología AMFE para identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados a la cadena de frío para la conservación de vacunas en un centro de AP, siguiendo la siguiente estructura:

- Selección del equipo.
- Elaborar un diagrama.
- Análisis de riesgo del proceso.
- Priorización de riesgo.
- Planificación y seguimiento de las actividades de mejora.
- Evaluación: determinar qué indicador se usará para evaluar las acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Pasos del proceso identificados en el diagrama:

- La solicitud de vacunas por parte de la referente.
- Envío de la comanda al centro.
- Entrega de vacunas.
- Aviso a la referente de vacunas
- Verificación de albarán y contenido.
- Distribución de vacunas en las neveras del centro.
- Control de temperatura.
- Administración de vacunas.

Se identifican 26 posibles fallos, se seleccionan 17 fallos, organizados por orden descendente de mayor a menor IPR, y se proponen 25 posibles soluciones. Propuestas:


- Instalar circuito doble de suministro, diferencial automático, y SAI.
- Establecer procedimiento de entrada de vacunas.
- Implantar lista de verificación con revisión sistemática mensual de la relación de material registrado vs. material existente.
- Centralizar almacén de vacunas en 4 neveras principales para revisión mensual de stock.
- Elaborar y implantar el procedimiento de control de cadena de frío.

Se establecen con un cronograma y un responsable para cada una de ellas. De llevan a cabo entre marzo de 2023 y diciembre de 2023.

Se realizan obras de reforma a nivel eléctrico, con circuito alternativo y diferencial automático, se implanta un SAI, se estandariza un procedimiento de entrada de vacunas, cumpliendo con los estándares establecidos, así como del procedimiento de control de la cadena de frío. Se implanta aplicación ProspCat para la estandarización de listas de verificación y control de la cadena del frío. Se estandariza el control de temperatura, el registro de temperatura tras períodos largos, revisión de neveras y recepción de vacunas, con un registro y cumplimiento del 95% el mes de diciembre de 2023. Se define diagrama de flujo con el nuevo procedimiento y se realiza análisis de riesgo de los fallos principales, objetivando una reducción del 70% respecto el anterior.



EXPERIENCIA: 14 AÑOS DE EXPERIENCIA Y 7 CERTIFICADOS EN LA NORMA ISO 9001:2015

 Ruiz Ruiz, Ana María • Flor Morales, Virginia • Labrador Romero, Laura • Ortiz Lasa, María • Ferro Larroy, Sandra • Fariñas Álvarez, María Concepción

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 47

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La continuidad de cuidados entre la UCI y unidades de hospitalización es un punto crucial en la atención a los pacientes críticos. Existen diferentes estrategias como la desescalada de cuidados y el seguimiento por profesionales de UCI tras el alta, en nuestro caso con el Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI). Además, el SECI realiza la atención de llamadas urgentes en horario de mañana.

OBJETIVOS

Evaluar la mejora de la calidad asistencial gracias a la implementación de la norma ISO 9001:2015 en un servicio de Medicina intensiva (SMI)

METODOLOGÍA

Ámbito: Servicio de Medicina Intensiva de un hospital de tercer nivel que atiende a pacientes médicos, quirúrgicos, adultos y pediátricos. Desde 2009 existe la desescalada de cuidados a una unidad de intermedios (UCIM) o traslado directo a hospitalización mediante el seguimiento experto y protocolizado por el SECI, que se incluyó dentro del alcance del proceso de Medicina Intensiva. Se establecieron criterios de seguimiento (estancia en uci > 14 días, traqueostomía percutánea, reingreso previo en UCI, alteración analítica grave, seguimiento multidisciplinar, comorbilidad previa importante) e indicadores de actividad, seguridad y satisfacción, además de analizar las partes interesadas.

La actividad se monitoriza por una serie de indicadores periódicos (estancia media, cobertura altas UCI, reingresos, objetivos terapéuticos).

RESULTADOS

Uniformidad a la hora de establecer qué pacientes precisan seguimiento en las unidades de hospitalización y optimizar los recursos, establecer el tiempo medio de seguimiento, medir las actividades realizadas e identificar nuestras partes interesadas, sobre todo del resto de especialidades y profesionales, además del paciente y su familia.

En 2023, el SMI trasladó a 1434 pacientes a otros servicios hospitalarios. De ellos el 4,4 % reingresó de forma no programada y el 3,9 % tenían orden de LTSV.

De los pacientes que son dados de alta a hospitalización, 522 pacientes (36,4%) cumplían criterios de seguimiento por SECI, con una media de seguimiento de 3 días. Los principales puntos abordados fueron el ajuste antibiótico (21,3 %), vigilancia de CVC (26,4%), ajuste de nutrición (14,9%), intensificación fisioterapia y rehabilitación (17,2%), ajuste de analgesia (4,6%), reintroducción medicación domiciliaria (11,5%) y seguimiento multidisciplinar (63,6%).

Las principales partes interesadas fueron los Servicios de Rehabilitación, Enfermedades Infecciosas, Nutrición, Medicina interna, Nefrología y Geriátrica, además de los servicios receptores de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Ser parte de un servicio certificado en la norma ISO nos ha llevado a medir indicadores de calidad que son la base de la mejora continua. Mejora el flujo de trabajo, permite optimizar recursos (alerta temprana, enfermera – SECI) y general alianzas con las partes interesadas.



EFFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO PARA EVITAR GASOMETRÍAS ARTERIALES SERIADAS EN URGENCIAS

 *Martín Rodríguez, Luis María • González Ferrer, Ruth • Parra León, Virginia • Calderón Jave, Luis Ernesto • Casanova Polegre, Karina • González Torralba, José Fernando*

 *Hospital Universitario del Tajo*

Identificador: 48

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La gasometría arterial (GSA) es el análisis de la sangre obtenida mediante la punción de una arterial, generalmente la radial, en el cual se determinan, entre otros, la presión parcial de O₂ y CO₂ en la sangre arterial, así como el pH sanguíneo o los niveles de bicarbonato. Esta información resulta muy útil de cara al manejo adecuado, entre otras patologías, de los pacientes que consultan en Urgencias por dificultad respiratoria.

La punción arterial, debido al menor calibre del vaso, resulta más difícil que la punción venosa. Además, dado que las arterias se acompañan de fibras nerviosas, resulta a menudo dolorosa. La punción arterial tiene mayor riesgo de complicaciones que la punción venosa, que van desde el desarrollo de hematomas en la zona de punción hasta la provocación de un espasmo arterial o formación de un trombo intramural.

Como posibles alternativas a la GSA se dispone de la monitorización no invasiva de la saturación de oxígeno a través de pulsioximetría, así como la realización de gasometrías de sangre venosa. La primera resulta incruenta y la segunda se recoge a través de una venopunción convencional, por lo que resultan menos dolorosas – incluso indoloras- y con menos complicaciones. Pero la información que aportan es menos completa y puede estar artefactada por otras circunstancias.

Por todo ello, resulta necesario realizar una adecuada valoración del riesgo/beneficio antes de someter al paciente a una GSA o a sus alternativas.

OBJETIVOS

Mejorar la indicación de las GSA en Urgencias. Evitar la realización de GSA repetidas en los casos en las que sus alternativas (pulsioximetría o gasometría venosa) aportan información válida y fiable.

METODOLOGÍA

Se creó en abril de 2023 un grupo de trabajo conjunto entre el servicio de Urgencias y el servicio de Neumología del centro, que elaboró un documento donde se establecieron claramente unas indicaciones para la GSA, recomendándose, en el resto de casos, el uso de sus alternativas. En septiembre de 2023 se difundió dicho documento consensuado en el servicio de Urgencias.

Se obtuvieron del sistema informático todos los episodios entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2022 en los que los pacientes se habían sometido a más de una GSA, así como los correspondientes al mismo periodo del año 2023.

RESULTADOS

En los 3 meses estudiados de 2022 se realizó más de una GSA durante el episodio de Urgencias a 45 pacientes (para un total de 118 GSA a dichos pacientes)

En comparación, en el mismo periodo de 2023 se realizó más de una GSA a 25 pacientes (para un total de 70 GSA a dichos pacientes). Por tanto, tras la elaboración y difusión del protocolo se evitó la realización de más de una GSA en Urgencias a un 45% de los pacientes, y disminuyó un 40% el número de GSA realizadas a dichos pacientes.


CONCLUSIONES

La elaboración de documentos de consenso entre diferentes servicios permite disminuir la realización repetida de GSA a los pacientes en los servicios de Urgencias.



PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES CON NIVEL DE INTERVENCIÓN ALTO: UN ENFOQUE COMUNITARIO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

 BRAVO RODRIGUEZ, JESUS ⁽¹⁾ • MERLOS CHICHARRO., MARIA ISABEL ⁽²⁾ • SANCHEZ NIÑO, VERONICA ⁽³⁾ • JIMENEZ HERVAS, JUAN ⁽⁴⁾ • ROPERO PIRES, JUAN IGNACIO ⁽⁵⁾ • DEL REY GRANADO, YOLANDA ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ CENTRO DE SALUD SANTA MONICA. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA • ⁽²⁾ CS CASTILLA LA NUEVA GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. • ⁽³⁾ DIRECCION ASISTENCIAL ESTE. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA • ⁽⁴⁾ GERENCIA ATENCION PRIMARIA • ⁽⁵⁾ CS REYES MAGOS. GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA • ⁽⁶⁾ GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA

Identificador: 50

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

La Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de Atención Primaria (AP) de una Comunidad Autónoma, establece unas líneas para potenciar e implementar acciones clave en los centros de salud (CS). Se basan en recomendaciones, guías, programas comunitarios de salud y proyectos educativos alineados con los planes estratégicos de salud. En este contexto, la presente comunicación se centra en uno de los grupos priorizados anualmente: **las personas cuidadoras de pacientes con Nivel de Intervención Alto (NIA)**. El objetivo es activar la prevención y promoción de la salud desde un enfoque comunitario, abarcando consultas individuales, atención educativa grupal y participación comunitaria dentro de la actividad asistencial de los CS.

MÉTODO

Análisis descriptivo de 12 meses de evolución del desarrollo de las **líneas de activación (LA) frente al año previo**.

LA1: N° programas comunitarios diseñados dirigidos a las personas cuidadoras para **sensibilizar**.

LA2: N° intervención comunitaria (IC) estable en el tiempo para **influir en la organización de los servicios** ofrecidos:

LA3: N° de grupos de **Educación para la Salud y Cultura Saludable:** sincrónica y/o asincrónica

LA4: N° de documentos de **información fiable y segura** para poder prescribir en las consultas individuales (Nivel 1 enfoque comunitario) y ofrecer asistencia sanitaria basada en valor.

LA5: N° de **Espacios de encuentro y colaboración** entre profesionales y personas cuidadoras. PODCAST y STREAMING.

RESULTADOS

L1. Un Programa comunitario normalizado para realizar la conmemoración del Día internacional de las personas cuidadoras de forma sincrónica. Total: en 2023, 39 CS con la participación de 156 profesionales frente a 4 CS en 2022.

L2. Se ha trabajado para promover la implantación, seguimiento y evaluación en mesas, consejos y comisiones que se aborden sus necesidades.

L3. Se está desarrollando un nuevo proyecto educativo, en base al anterior “Taller de Educación para la Salud grupal dirigido a personas cuidadoras de pacientes dependientes”. La difusión de este proyecto se ha triplicado en el 2023, con un total de 34 grupos frente a los 10 grupos del 2022. Con una población estimada de 340 cuidadoras.

L4. Se ha revisado y se han elaborado 6 documentos de información fiable y segura (tarjetón informativo, ...), para pacientes, Webs AP y como base para proyectos de las líneas de activación.

L5. Han participado profesionales, asociaciones y cuidadores en 4 encuentros en noviembre de 2023. Se presentará el nuevo proyecto educativo en 2024.

CONCLUSIONES

La priorización de las personas cuidadoras dentro de la implementación de la ESC y normalización de las guías de buenas prácticas, da lugar a una mayor visibilidad y sensibilidad sobre este colectivo. A su vez, facilita su acceso como paciente activo, a tomar decisiones compartidas para mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes. Por otra parte, permite que los profesionales compartan información y herramientas para trabajar sobre esta problemática.

RECONOCIMIENTO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Villán García, Julio • Martínez del Castillo, Luis Pedro • del Arco Delgado, José Manuel • Belmonte Ripollés, Felipe • Llada Marrero, Beatriz • Parada Cardiorrespiratoria Hospitalaria, Comité

 Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Identificador: 51

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Paradas Cardiorrespiratorias (PCR) de personas ingresadas en hospitales son precedidas, frecuentemente, por la presencia de signos y síntomas de deterioro en las horas previas al evento.

Si éstos se identifican precozmente y se instauran medidas correctoras, un porcentaje de PCR podrían ser evitadas.

Así, en los pacientes que lo requieran, la atención clínica anticipada puede mejorar el curso clínico y el pronóstico de su enfermedad, adelantado su ingreso en unidades de críticos, o bien evitándolo a través de la intensificación de las medidas terapéuticas.

Por otro lado, en pacientes no susceptibles de las medidas previas, se podría determinar una adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) y transmitir la decisión a la familia y al equipo asistencial, respetando la autonomía del paciente y humanizando su asistencia.

OBJETIVOS

Implantar un sistema de reconocimiento precoz de la enfermedad crítica, en el paciente hospitalizado, para identificar aquellos con un estado clínico grave susceptible de desencadenar una parada cardíaca.

Elaboración e incorporación a la Historia Clínica (HC), desde el ingreso hospitalario, de un nuevo informe sobre antecedentes clínicos relevantes del paciente y criterios de reanimabilidad.

METODOLOGÍA

Detección del paciente grave basado en la monitorización de constantes vitales y observaciones fisiológicas. Se utiliza la Escala de alerta temprana (NEWS) del National Health Service y su algoritmo de actuación y monitorización. Es crucial la existencia de un equipo médico de Valoración del Riesgo (EVR).

RESULTADOS

El plan hospitalario de respuesta a la PCR se implantó en nuestro centro en 2002. Desde su inicio se entendió como necesario registrar en la HC los criterios sobre reanimabilidad a través del informe referido, incorporado a la Historia Clínica Electrónica (HCE) desde su implantación en 2013. Su cumplimiento global en 2023 fue del 84 %.

El proyecto piloto de detección de pacientes en riesgo de PCR se inició en diferentes unidades de hospitalización en 2016. Las alertas al EVR se generan a partir de la cumplimentación de un formulario específico.

La inminente incorporación de la escala NEWS 2 al formulario de constantes de la HCE permitirá extenderlo a todo el centro.

Desde el Comité de PCR se ha impulsado la elaboración de un formulario de registro de los criterios de reanimabilidad, incorporando escalas para ayudar en la toma de decisiones y diferentes niveles de actuación, para evitar la dicotomía previa si/no reanimable.

La difusión de este nuevo enfoque se ha realizado a través de 2 sesiones generales y 23 sesiones clínicas en los diferentes servicios hospitalarios del centro.

CONCLUSIONES

El número de muertes evitables y de ingresos no programados en las unidades de críticos pueden reducirse si los pacientes con agravamiento de su cuadro clínico ingresados en la planta de hospitalización se identifican pronto.

La aplicación de esta estrategia requiere la existencia de registros sobre reanimabilidad.



SEGURIDAD EN EL TRASLADO UCI MÓVIL EN PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

 **BARROS, CLAUDIA BEATRIZ**

 **HOSPITAL VITHAS MÁLAGA**

Identificador: 53

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Las primeras horas de vida de un recién nacido enfermo o prematuro son cruciales para su pronóstico y, por lo tanto, el parto debería acontecer en un centro preparado para ese grado de complejidad. Cuando no se cumple esta condición, el recién nacido debe ser trasladado de un modo óptimo y seguro al centro que pueda ofrecerle los cuidados necesarios. La formación, la dotación, la organización y la coordinación del equipo de transporte neonatal son indispensables para garantizar un traslado en condiciones.

OBJETIVOS

Valorar si el nivel de consecución de los criterios de calidad y seguridad en el traslado del niño cumple el estándar del 100% propuesto por el servicio de pediatría.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de los traslados realizados durante el último año.

RESULTADOS

Se realizaron 12 traslados en el año 2023, a continuación, detallamos los resultados obtenidos, entre paréntesis el % de nivel de consecución:

TRASLADO HOSPITAL EMISOR -AMBULANCIA (UCI MOVIL). Handover. (100)

FUNCIONAMIENTO EQUIPAMIENTO: Chequeo respirador portátil (100),

INDICADORES CLINICOS:

- VIA AEREA: Necesidad de soporte respiratorio (100), medición de saturación de O2 constante (100), gasometría previa traslado (100), necesidad de sedación (100), necesidad de aspiración de secreciones (91,6).
 - HEMODINAMICO: Medición de tensión arterial previo traslado (100),
 - INFECCIOSO: Valorar riesgo infeccioso del paciente (100), necesidad de antibioterapia (100), necesidad de aislamiento (100), control temperatura previo traslado (100), temperatura rectal si hipotermia activa (100)
 - MEDIO INTERNO-NUTRICIÓN: Control glucemia previa al traslado (100), control de diuresis previo traslado-valorar medicación (100), valorar necesidad de sonda vesical (100), portadora de sonda nasogástrica (100), valorar alimentación enteral (100).
- B. TRAYECTO AMBULANCIA (UCI MOVIL), INDICADORES CLINICOS
- VIA AEREA: Necesidad soporte respiratorio (100), medición de saturación de O2 constante (91,6), gasometría durante el traslado (83), necesidad de sedación (100), necesidad de aspiración (91,6)
 - HEMODINAMICO: Medición de tensión arterial cada 15 minutos o TAINVASIVA (100), necesidad de drogas vasoactivas (100), medición constante de frecuencia cardiaca (91,6)
 - INFECCIOSO: control temperatura cada 15 minutos (100), temperatura rectal si hipotermia activa (100)
 - MEDIO INTERNO-NUTRICIÓN: Control glucemia durante traslado (100), control de diuresis durante traslado-valorar medicación (100), portador de sonda vesical (100), valorar nutrición enteral (100), portador sonda nasogástrica (100).

TRASLADO AMBULANCIA (UCI MOVIL) – HOSPITAL RECEPTOR. Handover. (100).

- FUNCIONAMIENTO EQUIPAMIENTO: Chequeo respirador hospital receptor (100),
- INDICADORES CLINICOS
-igual que A



MEJORA DE LA DEMORA MEDIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE OFTALMOLOGÍA. APORTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.

 DE DIOS DEL VALLE, RICARDO • ALVAREZ FERNANDEZ, LUCIA ISABEL • NAVARRO DORBERT, MATILDE • LLANEZA VELASCO, MARÍA EUGENIA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 54

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes en lista de espera y la demora que sufren los mismos se ha visto incrementada de forma significativa en los últimos años. Así en nuestra comunidad autónoma del 2019 al 2023 se ha producido un incremento de las listas de espera de consulta, del número de pacientes en espera del 57,48% y un incremento en la demora del 28,2%, según datos públicos. Las causas son multifactoriales (efectos de la pandemia, aspectos laborales, evolución sociodemográfica, coordinación interniveles...). Frenar este crecimiento exponencial constituye uno de los principales objetivos de planificadores, gestores y profesionales. En este sentido, los Servicios de Atención al Ciudadano deben jugar un papel clave coordinador.

OBJETIVOS

Analizar el impacto del proyecto de mejora de la reducción de la demora media del Servicio de Oftalmología en un Área Sanitaria mediante la optimización de la lista de espera por parte del Servicio de Atención al Ciudadano.

METODOLOGÍA

1. Objetivo Específico: Reducir la demora media del Servicio de Oftalmología desde el Servicio de Atención al Ciudadano. 2. Diseño del Plan de Mejora: a) Creación Grupo de Trabajo multidisciplinar. b) Análisis de la situación Inicial. c) Diseño de las Actuaciones a implantar: C.1.) Priorización Servicio: Oftalmología. C.2) Descarga de pacientes citados y pendientes con motivo de consulta. C.3) Priorización Actuación: consultas citadas como primeras con motivo consulta graduación. d) Implementación de las actuaciones. e) Evaluación y seguimiento. 3. Evaluación del Plan de mejora: Estudio descriptivo. Ámbito: Consultas Externas Hospital. Período: Inicio de la acción: 11/04/2024. Población: primeras consultas citadas en el Servicio de Oftalmología. Variables: demora media, espera media, activo, estructurales. Fuente: Infolistas. Seguimiento: diario. Análisis: variación pre (01/04/24) y postimplantación (24/05/24).

RESULTADOS

La demora media del servicio pasó de 177,19 a 165,65 (-7,1%). La espera media pasa de 162 a 158,99 (+8,5%) los estructurales pasan de 9942 a 9060 (-8,87%). La demora de todo el Hospital pasó de 107,16 a 102,46 (-4,59%), la espera media pasó de 89,65 a 94,73 (+5,67%).

CONCLUSIONES

Los resultados del proyecto de mejora han sido positivos en la reducción de la demora media, la espera ha subido lo que es coherente con el trabajo de depuración existente al sacar de lista los más antiguos. Esta mejora es agotable y deberemos proceder a la depuración en otros aspectos. Para poder llegar a detectar un área de mejora es imprescindible tener tiempo y liberarse para innovar. Los resultados de este proyecto pueden ser parcialmente extrapolables a otros servicios y centros. Se demuestra que la colaboración entre servicios clínicos y SAC genera sinergias positivas para la organización.



EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

 DE DIOS DEL VALLE, RICARDO ⁽¹⁾ • ALVAREZ FERNÁNDEZ, LUCIA ISABEL ⁽¹⁾ • GARCÍA HUERGO, ALEJANDRO ⁽¹⁾ • CRUZ SOSA, EVA ⁽¹⁾ • PRIETO GARCÍA, BELÉN ⁽²⁾ • IZQUIERDO GARCÍA, NATALIA ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS • ⁽²⁾ C.S. POLA DE SIERO • ⁽³⁾ UNIDAD DOCENTE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Identificador: 55

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las listas de espera se pueden definir como “la demanda expresada que no puede ser atendida en ese momento”. Este problema no se puede entender sólo desde la perspectiva hospitalaria sino que es un problema de la totalidad del sistema sanitario. En ese sentido, en años anteriores existía un Pacto de Oferta/Demanda de servicios entre Atención Especializada y atención Primaria que reconocía la demanda prevista desde el primer nivel asistencial en relación a interconsultas o pruebas diagnósticas, y desde los hospitales se establecía una oferta en consonancia con los recursos existentes y la organización de los servicios, intentando dar cobertura a esa demanda. Esta forma de trabajo ha ido decayendo progresivamente, y en el momento actual las medidas encaminadas a reducir las listas de espera se basan exclusivamente en medidas en relación con la gestión de la oferta. Tener una visión del problema más integral como sistema sanitario, conlleva también acercarnos al problema con una perspectiva de “aguas arriba” y analizar, no sólo la oferta, sino la demanda existente como paso necesario para llegar a una mejor aproximación a la situación.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las interconsultas realizadas desde Atención Primaria al Hospital, así como la solicitud de pruebas diagnósticas y de laboratorio desde el 2012 al 2021.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Ámbito: Atención Primaria. Período: 2012-2021. Población: Interconsultas, pruebas diagnósticas y radiológicas. Variables: Nº interconsultas, Nº Pruebas Radiológicas, Nº de pruebas de laboratorio, tasas/1000 habitantes. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria. Análisis: variación de la tasa de derivaciones, solicitudes de pruebas del 2012 al 2021.

RESULTADOS

En 10 años estudiados se solicitaron desde AP 1.496.557 consultas al hospital para mayores de 14 años, y 137.016 para menores de 14 años. Se solicitaron 1.826.334 pruebas de laboratorio para >14 años y 81.762 para <14; y 455.799 pruebas radiológicas >14 y 26.131 a <14 años. De 2012 a 2021 crecieron las interconsultas (>14 años) un 53,14%, un 139,26% (<14). Laboratorio: 51,82% (>14) y 61,7% (<14); y 23,17% (>14) y -9,39% (<14). Tasas/1000 habitantes: Interconsultas >14: 456,7 (2012), 720,7 (2021). <14: 306,77 a 786,58. Laboratorio >14: 481,71 a 753,7; es <14: 169,65 a 293,98. Radiología >14: 128,72 a 163,4, <14: 71,48 a 69,41. Diferencias entre centros de salud, de 547,59 a 911,16 en 2023.

CONCLUSIONES

Incremento de las tasas de derivación a lo largo de los años, con la excepción de radiología pediátrica. Las estrategias “No Hacer” pueden haber contribuido a ello. En España hay un comportamiento inverso de 410,12/1000 hab. atendidos en 2013 vs 372,76 en 2021. En este incremento puede influir la rotación de profesionales en primaria que afecta a la continuidad en la atención. Son necesarias actuaciones conjuntas para mejorar el continuo asistencial AP-H. Debemos tener un sistema de información que permita el seguimiento.

VALORACIÓN DE LAS REPROGRAMACIONES DE CONSULTAS EN UN HOSPITAL: TENEMOS UN PROBLEMA.

 DE DIOS DEL VALLE, RICARDO • MONES IGLESIAS, ANGEL LUIS • GONZÁLEZ PÉREZ, EVA MARÍA • IZQUIERDO BARRIOS, CAMINO • RODRÍGUEZ RAMÍREZ, VIOLETA • ALVAREZ FERNANDEZ, LUCIA ISABEL

 HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Identificador: 56

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Las reprogramaciones de consultas constituyen un problema que provoca ineficiencias importantes en el sistema así como insatisfacción de los pacientes. No existen estudios que midan el impacto de este problema. La impresión de los Servicios de Atención al ciudadano es que este problema está creciendo en nuestra área y dificulta excesivamente la gestión de la actividad ambulatoria. Orencio López en su “Manual sobre Gestión de pacientes en el Hospital” desarrolló un estándar del 5% de reprogramaciones, así como un número de citas por administrativo y día de 100 en condiciones óptimas. Con el objetivo de analizar la evolución de este problema y plantear opciones de mejora nos planteamos el presente estudio.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de las reprogramaciones de consultas externas en nuestra área sanitaria y plantear acciones de mejora. Métodos Estudio descriptivo. Ámbito: Consultas Externas Hospital. Período: 2018-2023. Población: consultas programadas y reprogramadas primeras y sucesivas. Variables: tipo de consulta (primera/sucesiva), programada, reprogramada, servicio, año. Fuente: Programa informático del Hospital. Análisis: estimación del coste en personal de las reprogramaciones, variación del % de reprogramación por tipo y año.

RESULTADOS


Se analizaron todas las consultas programadas y reprogramadas del 2018 al 2023. Un total de 3.502.034 consultas programadas, de las cuales 1.114.893 fueron reprogramadas (31,8%). La estimación de jornadas laborales totales empleadas en ello sería 11.149. Lo que equivale a unas 1858 jornadas/año, lo que podría equivaler a unos 8 administrativos/año. El porcentaje global de reprogramación de primeras fue el 36,77%, y 30,13% en sucesivas. Evolución 2018-2023: el % total de reprogramación paso del 29,99 al 30,99. En primeras fue del 30,58 al 40,28%, y en sucesivas del 29,77 al 27,77%. Según servicios, en 2018: obstetricia (7,16%), Oncología (10,46%) a Urología (54,08%). En 2023, Obstetricia con 6,62%, Oncología 9,83% y Dermatología 59,92%.

CONCLUSIONES

Podemos observar que el volumen de reprogramaciones supera el estándar del 5%. Este volumen de reprogramaciones conforma una ineficiencia del sistema que tiene impacto económico y, sin duda, tiene impacto en la experiencia y satisfacción del paciente, así como en la satisfacción de los profesionales. Debemos avanzar en lograr mejorar la planificación de la actividad asistencial garantizando la estabilidad de las agendas, trabajar con buzones de solicitudes y realizar estudios valorando la satisfacción de los pacientes se antojan como necesarias a corto y medio plazo.



ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE MEJORA GENERADAS DESDE NOTIFICACIONES DE SEGURIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

 *Tost Valls, Jose Ramon*

 *Consorci Sanitari de Terrassa*

Identificador: 57

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Tras 25 años de su eclosión, la Seguridad de Pacientes se ha convertido en un pilar de la calidad asistencial situándose en el centro de las políticas sanitarias. No obstante, los indicadores de seguridad siguen mostrando amplios márgenes de mejora y la recurrencia de los incidentes es frecuente. Por ello, el análisis de incidentes debe generar acciones de mejora eficaces e implantables y su seguimiento es fundamental.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo era conocer el número y tipo de acciones de mejora generadas, su repetición en el tiempo y ejecución. Desde el departamento de Calidad y por el mismo observador se analizaron retrospectivamente las acciones de mejora generadas el año 2023 en una organización sanitaria integrada (atención primaria, especializada e intermedia). El análisis incluyó el número y tipo de incidentes notificados, número y tipo de acciones de mejora, repetición y ejecución el año en curso. Las acciones de mejora se agruparon en 5 categorías: actividades formativas, cambios del sistema informático, cambios de material - infraestructuras, cambios de procedimiento o circuito y elaboración o revisión de documentos asistenciales: protocolos, hojas informativas...).

RESULTADOS

Se analizaron 328 notificaciones de seguridad que generaron 543 acciones de mejora (1,7 acciones por notificación) con un rango muy amplio (0-10). La causa principal correspondía a errores de medicación (43%), errores de identificación (13%) y caídas (11%). En 29 casos (7,3%) no se generaron acciones de mejora, sobretudo por caídas (46%). Los tipos de acción de mejora observados fueron sobretudo las actividades formativas (30%) y cambios de procedimiento (29%), seguidos de cambios informáticos (14%), de material (12%) y documentación (8%). Se detectaron 126 acciones de mejora repetidas (23% del total) y 294 acciones ejecutadas en el periodo de estudio (54% del total). Las acciones de mejora más recurrentes fueron por cambios del sistema informático (58%) y las menos recurrentes por material (17%). Las acciones de mejora más ejecutadas fueron las actividades formativas (89%) y las menos ejecutadas los cambios informáticos (14%) y de documentación asistencial (29%).

CONCLUSIONES

Las acciones de mejora se repiten de forma significativa por la recurrencia de los mismos incidentes de seguridad. Las notificaciones que no generan acciones de mejora son poco frecuentes y son sobretudo por caídas. La acción de mejora más frecuente y ejecutada fue la formación a los profesionales. Los cambios informáticos y de documentación asistencial tienen mayor dificultad de ejecución. Se necesitan estudios más amplios que ayuden al profesional a proponer acciones más eficaces e implantables para mejorar la Seguridad de los pacientes.

INCIDENTES DE RIESGO EXTREMO: SEGURIDAD DE PACIENTES AL LÍMITE

 *Tost Valls, Jose Ramon*

 *Consorci Sanitari de Terrassa*

Identificador: 58

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los incidentes de riesgo extremo o centinela por su gravedad y potencial evitabilidad precisan una evaluación urgente y la implantación de acciones prioritarias dirigidas a evitar su recurrencia. En Cataluña representan el 1% del total de notificaciones y en un 0,3% ocasionan la muerte del paciente en el peor escenario posible de un incidente de seguridad. Se estima que en cerca de la mitad de los casos se deben a errores clínicos y de procedimientos (errores diagnósticos, de identificación...) y en menor medida debidos a caídas (20%) y errores de medicación (18%).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo primario era conocer el número y tipo de incidentes de riesgo extremo notificados en el periodo de estudio. Los objetivos secundarios fueron conocer las características de los casos y las propuestas de mejora generadas en su análisis. Se analizaron retrospectivamente las notificaciones de riesgo extremo desde 2017 hasta abril de 2024 recogidas en el sistema de notificación autonómico (SNISP). Se categorizaron las notificaciones en críticas (causales de lesiones permanentes o de una situación cercana a la muerte) y catastróficas (causales de la muerte del paciente). Se recogieron datos de filiación de los pacientes (edad, sexo), del servicio, causa del incidente, profesionales y propuestas de mejora.

RESULTADOS

Se recogieron 35 casos de riesgo extremo de un total de 2482 notificaciones en el periodo estudiado (0,014% del total), de los cuales 3 casos resultaron con lesiones permanentes (9%), 17 casos de riesgo vital (49%) y 15 casos catastróficos (43%). Predominó el sexo masculino (54%) y la edad superior a 61 años (75%). La notificación fue sobretodo anónima (49%) o por facultativos (26%) y predominó en los 3 últimos años (70%). Las causas más frecuentes fueron por errores en procedimientos diagnósticos y terapéuticos (28%), errores de medicación (26%) y por caídas (20%). Urgencias y atención intermedia fueron las áreas con más casos (23% respectivamente), seguido del área quirúrgica (14%). Atención primaria fue el área con menos casos (2%). Los profesionales implicados fueron sobretodo médicos e enfermería (33% y 30% respectivamente). Un 36% de los casos presentó un factor contribuyente del paciente, que fue determinante en 8% de los casos. Las propuestas de mejora más frecuentes fueron la elaboración o revisión de documentos asistenciales (36%) y actividades formativas (29%).

CONCLUSIONES

La notificación de incidentes de riesgo extremo es baja aunque con tendencia a mejorar y en la mayoría de casos es anónima. Los errores diagnóstico-terapéuticos de los médicos explica la mayoría de casos, sobretodo en urgencias, aunque en un porcentaje significativo se deben al factor paciente. A falta de estudios más amplios, las organizaciones deberían priorizar la cultura de seguridad en profesionales y pacientes y considerar la prevención de los errores diagnóstico-terapéuticos en los profesionales como una práctica segura fundamental.



INCIDENTES CATASTRÓFICOS EN SEGURIDAD DE PACIENTES: EL PEOR ESCENARIO POSIBLE

 *Tost Valls, Jose Ramon*

 *Consorti Sanitari de Terrassa*

Identificador: 59

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los incidentes catastróficos definidos como aquellos que ocasionan la muerte del paciente son el peor escenario posible en Seguridad de pacientes. Son muy poco frecuentes (0,3% del total) pero debido a su extrema gravedad y potencial evitabilidad las organizaciones deben priorizar un análisis exhaustivo de los mismos. Las causas más frecuentes son por errores clínicos y en procedimientos (45%) caídas (19%) y errores de medicación (18%).

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo primario era conocer el número y tipo de incidentes catastróficos notificados en el periodo de estudio en nuestra institución. Los objetivos secundarios fueron conocer las características de los casos y las propuestas de mejora generadas. Se analizaron retrospectivamente desde el departamento de Calidad y por el mismo observador los incidentes catastróficos notificados desde 2017 a abril del 2024 en el sistema de notificación autonómico (SNISP), de forma directa o previa notificación del Comité de mortalidad del centro. Se recogieron datos de filiación de los pacientes (edad, sexo), causa del incidente, profesional y servicio implicados, así como el número y tipo de acciones de mejora generadas por el análisis.

RESULTADOS

Se recogieron 18 eventos catastróficos en el periodo analizado (0,007% del total de notificaciones y 56% del total de casos de riesgo extremo). Destacó como día de la semana con más casos los martes. No existía un predominio de sexo y la mayoría eran mayores de 61 años (78%). Los casos se presentaron sobretodo en atención intermedia (33%) y en urgencias (28%). Las causas más frecuentes fueron caídas (22%), seguidos de errores diagnósticos, de medicación y de quirófano en igual proporción (17%). En atención intermedia, todos los casos fueron por caídas y en urgencias por errores diagnósticos. El profesional implicado fueron sobretodo médicos (50%). La notificación del caso fue anónima en la mayoría de casos (56%) o por médicos (78%). En 10 casos (56%) fue determinante la adecuación del esfuerzo terapéutico por pluripatología del paciente para explicar la muerte del paciente.

CONCLUSIONES

La mortalidad ocasionada por incidentes de seguridad es muy inferior a la descrita en la literatura por una probable infranotificación. Las caídas en atención intermedia y los errores diagnósticos en urgencias explican la mayoría de casos. Una elevada proporción de casos (56%) se explica por la adecuación terapéutica acordada y se podrían considerar casos pseudocentinelas. A falta de estudios más amplios, las organizaciones deberían priorizar la prevención de caídas y errores diagnósticos y la cultura de seguridad en los profesionales para no perder oportunidades de mejora ante situaciones tan críticas.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU GESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DESDE LA VISIÓN ENFERMERA

 *Bonilla Serrano, Carolina • Izco Urroz, Mayte • Pons Caules, Rita • Fornieles Moreira, Margarita • Uria Álvarez, Elisabet • Querol Vallés, Elena*

 *Hospital Clínic Barcelona*

Identificador: 60

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Nuestro centro, un hospital dual, universitario y de alta tecnología, cuenta con un modelo de gestión descentralizada, organizándose por Institutos según especialidades, Centros o Áreas (ICA). Teniendo en cuenta esta singularidad, la mirada global desde la transversalidad en relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente (SP) se vehiculiza a través de los Núcleos de Seguridad (NS) de cada ICA.

Los NS son grupos multidisciplinares, formados por profesionales de diferentes categorías profesionales y servicios que conforman cada ICA.

La Enfermera Clínica (EC) dentro de sus funciones, gestiona el NS de su ICA y coordina el trabajo del grupo, a la vez trabaja colaborativamente con el resto de EC y la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DCSC) del centro, ofreciendo una visión integral de la SP. **Objetivo:** Describir el rol de la Enfermera Clínica en relación con la gestión de los Núcleos de Seguridad en nuestro centro.

METODOLOGÍA

Los profesionales que forman el NS se encargan de analizar las incidencias notificadas por los profesionales de su ICA en el sistema de notificación de incidentes de SP de Cataluña, y de proponer y difundir acciones de mejora. La EC junto al coordinador de calidad (CC) del ICA, gestiona/coordina al NS y trabaja con las direcciones y/o profesionales pertinentes en materia de SP, promoviendo una cultura más proactiva de SP. Desde su visión de cuidado integral del paciente, la promoción y prevención que caracteriza a las enfermeras, trata de potenciar la cultura de seguridad en el ICA involucrando a todos los profesionales de la salud. Las EC de todos los ICA ponen en común semanalmente, los incidentes susceptibles de ser transversales, se valora la necesidad de escalarlos a la DCSC del centro para, desde ahí, determinar la necesidad (o no) de realizar acciones de mejora transversales.

RESULTADOS

Gestionar los NS con un equipo multidisciplinar liderado por la EC, ha favorecido el desarrollo e implementación de acciones de mejora, y un cambio en la cultura de SP que se traduce en un incremento de los casi-incidentes y la prevención de eventos por parte de todos los profesionales.

La figura de la EC aporta una doble visión necesaria para comprender mejor la naturaleza de los incidentes y cómo abordarlos. Por un lado, tiene un profundo conocimiento del ICA al que representa (tanto de los profesionales como de los procesos asistenciales que se llevan a cabo) y por otro, posee una visión transversal derivada de las colaboraciones tanto con el resto de EC, la DCSC, como en los distintos proyectos institucionales.

CONCLUSIONES

Dotar a los NS de la visión holística de las enfermeras ayuda a potenciar la cultura de seguridad, y a las organizaciones, a liderar un cambio de paradigma en SP y calidad asistencial.



REVISIÓN Y PROPUESTA DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL PARA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

 **SANCHEZ QUINTERO, Sabrina**

 **Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil**

Identificador: 61

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

la prevalencia de los trastornos mentales representa un desafío a los sistemas de salud mundiales. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, los responsables de los tratamientos psicológicos son los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica (PEPC). La Estrategia Nacional de Salud Mental (2022-2026) contempla los tratamientos psicológicos, pero los indicadores de calidad propuestos están indiferenciados de los de Psiquiatría, pese a tratarse de especialidades con modelos de tratamiento distintos. De esta situación se derivan las limitaciones a la hora de cumplir la misión de los centros sanitarios en materia de Salud Mental. Por su parte, el Cuadro de Mando Integral (CMI) es una herramienta de gestión que ayudaría a implementar la estrategia, pero se hace necesario incluir indicadores de calidad que sean específicos de la Psicología Clínica.

OBJETIVOS

Sintetizar las propuestas de Cuadro de Mando Integral en el ámbito de la Salud Mental (más específicamente, en Psicología Clínica) y formular una propuesta de indicadores.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa con la base de datos PUBMED, en inglés y en español, con los siguientes términos: CMI, Psicología Clínica, Salud Mental, indicadores asistenciales.

RESULTADOS

se encontraron 14 resultados, de los cuales se incluyeron 8. Sólo 2 estudiaban indicadores de la Psicología Clínica en el SNS. Se extrajeron aquellas propuestas que estuvieran alineadas con los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Mental y se ajustaron a las cuatro perspectivas del CMI.

CONCLUSIONES

se presentará una propuesta de un CMI con 10 indicadores clave para la Psicología Clínica en los Sistemas Nacionales de Salud españoles.

LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE LA INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

 López Díaz- Robles, Silvia • Millor Sanesteban, Belén • Martínez Espiñeira, Juliana • Fernández López, Alicia • Pérez Amor, Diego Alberto • González Lorenzo, Juan Manuel

 Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Identificador: 63

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En los tiempos actuales, existe un interés creciente en la humanización de la atención sanitaria, es por ello que se crea la necesidad de establecer un protocolo definido que regule el uso de las medidas de contención terapéutica en pacientes con agitación. Para mejorar la seguridad en el seguimiento de los cuidados de los pacientes con contención terapéutica prescrita, existe un registro de cuidados de enfermería, que, a partir del mes de enero de 2024, se ha implantado como registro especial disponible en el aplicativo Gacela de nuestro hospital, siendo la primera área sanitaria de la comunidad autónoma en implantarlo. Este registro permite la obtención de diversos indicadores relacionados con el nº de contenciones prescrita en una unidad de salud mental de un hospital, y aporta información sobre la cantidad y la calidad de los cuidados, lesiones, estado del paciente y otros datos relevantes.

OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad del paciente o de terceros que no resultó posible por otros medios terapéuticos empleados.
- Realizar el seguimiento de las contenciones terapéuticas de la unidad de salud mental.
- Obtener información sobre las situaciones en las que se utiliza la contención terapéutica para poder disminuir su uso.

METODOLOGÍA

Se incluyó en el aplicativo informático Gacela, a finales del año 2023, el registro que se estaba utilizando en la unidad de salud mental en formato papel, por parte del personal de enfermería. Esta informatización permitió obtener una serie de datos y la elaboración de indicadores relacionados con la contención terapéutica. Estos datos incluyen:

- Tipo de contención
- Situación clínica del paciente
- Resultado de la contención
- Motivo de indicación
- Tasa y porcentaje de pacientes con contención terapéutica

RESULTADOS


Se ha decidido realizar el seguimiento trimestral de las contenciones terapéuticas de la unidad de salud mental, obteniendo de momento indicadores del primer trimestre aunque se espera ampliar estos datos con dos trimestres más en el momento de la presentación de este trabajo en el congreso SECA 2024.

CONCLUSIONES

Mediante el seguimiento de indicadores de contención terapéutica, se podrán establecer estándares de calidad con el objetivo de disminuir, cada vez más, esta práctica, reservándola sólo para casos excepcionales en los que no se pueda realizar otro tipo de contención menos agresiva.



LAS UNIDADES DE APRENDIZAJE Y SERVICIO: UNA POSIBILIDAD REAL PARA LAS ENFERMERAS

 GALLART FERNANDEZ-PUEBLA, ALBERTO ⁽¹⁾ • Moya Carrillo, Lorena ⁽²⁾ • Bejarano Cabrerizo, Eira ⁽²⁾ • De Juan Pardo, María Angeles ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Universitat Internacional de Catalunya. Fundació Privada • ⁽²⁾ Universidad Internacional de Catalunya

Identificador: 65

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de aprendizaje y servicio que están en un entorno comunitario permiten por un lado cubrir las necesidades asistenciales de la población atendida, y por el otro facilitan que las personas que desarrollan su labor asistencial aprendan de la población. Para ello se utilizan innovaciones docentes que buscan aumentar la capacidad de trabajar en equipo, saber comunicarse, gestionar sus emociones y planificar cuidados, en definitiva mejorar el liderazgo clínico, y por tanto garantizar la prestación de una atención segura y de alta calidad en los centros sanitarios. Sin embargo, existen pocos estudios que demuestren si es realmente posible en nuestra sociedad crear e implementar este tipo de Unidades de aprendizaje y servicio, motivo por el cual hemos considerado necesario estudiar su viabilidad.

OBJETIVO

Este estudio tuvo como objetivo demostrar la viabilidad de aumentar la competencia de liderazgo a través de una estrategia innovadora de capacitación en educación para la salud, que consiste en una unidad educativa basada en un enfoque de aprendizaje-servicio en un entorno comunitario.

METODOLOGÍA

Estudio de viabilidad en un proceso de tres fases según los criterios de Bowen et al (2010): Fase I-Diseño; Fase II-Aceptabilidad e implementación; Fase III Expansión. En las fases II y III, la unidad se pusieron a prueba con una población de 62 personas en dos entornos diferentes utilizando una prueba pre-post con diseño de grupo de control. El grupo intervención se realizó en unidades de aprendizaje y servicio en un entorno comunitario y el grupo control fueron los Centros de Atención Primaria (CAP) tradicionales. La fase III de expansión se comprobó con una población de 20 personas también con Grupo Intervención y Grupo Control. Al ser un estudio de viabilidad, el cálculo del tamaño de la muestra siguió los criterios del National Institute for Health Research (Hooper, n.d.) y de Billingham et al. (2013). El estudio se realizó en la provincia de Barcelona. Para evaluar la Aceptabilidad y la implementación, así como la Expansión, se midieron la percepción de la satisfacción mediante un instrumento ad hoc no validado y el liderazgo a través de una escala válida y fiable como es el Instrumento de Autoevaluación de Liderazgo (E_SALI).

RESULTADOS

La satisfacción fue alta entre los participantes, así como entre los usuarios del servicio que recibieron educación para la salud. En la fase II, aunque las calificaciones posteriores a la prueba de la percepción de los participantes sobre su competencia de liderazgo fueron más altas tanto en el grupo de intervención como en el de control, el aumento fue mayor estadísticamente entre los participantes en las unidades de aprendizaje y servicio (diferencia intergrupo de 9,12% p = 0,012) según un modelo lineal general.

CONCLUSIONES

Las Unidades de aprendizaje y servicio parecen ser una forma eficaz de mejorar la competencia de liderazgo clínico y es viable poder implantarlas.



MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

 FORÉS PALACIOS, MARISA ⁽¹⁾ • SALESA TARANCON, MARTA ⁽¹⁾ • PLA SANCHO, ALBERT ⁽²⁾ • CABALLERO ALIAS, ANTONIA ⁽³⁾ • MAGRE AGUILAR, JAUME ⁽¹⁾ • CASTELLS MONTES, ANNA ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4 • ⁽²⁾ CAP HORTS DE MIRÓ • ⁽³⁾ CAP HORTS DE MIRÓ- REUS 4

Identificador: 66

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores Asociados al uso de los medicamentos constituyen un problema de salud pública y pueden ocurrir en cualquier etapa de la atención sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los errores de mediación son una de las principales causas de lesiones i errores evitables en los sistemas sanitarios.

El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) tiene entre sus objetivos la implantación de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) tanto en el ámbito hospitalario como en el de Atención Primaria. Estos programas trabajan en la optimización de la prescripción de antibióticos para mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan, minimizar los efectos adversos, controlar la aparición de resistencia y garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.

Por este motivo analizamos la prescripción de antibióticos y vimos que el tratamiento de las infecciones del tracto urinario (ITU) tenía margen amplio de mejora.

OBJETIVO

Mejorar la prescripción de antibióticos en las ITU según las recomendaciones del PROA.

METODOLOGÍA

- Creación de un equipo de mejora.
- Análisis de las causas del problema a través de diagrama d'Ishikawa:-Dependen del profesional,-Dependen del entorno y la sociedad (causas externas),-Dependen del paciente,-Dependen del sistema sanitario.
- Priorización de los problemas y propuesta de mejora: Se escojen los relacionados con el profesional, proponiendo una actualización de los conocimientos a través de sesiones clínicas haciendo especial incapié en :Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA)
- Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de infección del tracto urinario y/o cistitis aguda antes y después de la acción de mejora. Indicadores: -porcentaje (%) de pacientes tratados según las guías PROA, -antibióticos utilizados: tipo y duración

RESULTADOS

Se analiza una población "n" diagnosticada de "ITU" y/o "cistitis aguda" y se observa si la intervención ha mejorado la prescripción adecuada de antibioterapia en relación al PROA, a través de una muestra indicativa de 60 pacientes (30 preintervención y 30 post-Pre-intervención,el 90% recibían tratamientos inadecuados según el PROA


Post-intervención ,77.33%reciben un tratamiento adecuado con fosfomicina 3 grams 1 sobre .Se observa entonces una mejora a priori de la antibioterapia pautada en referencia a lo que se establece en el PROA, pasando de un 10% de prescripciones adecuadas a un 77.33% postintervención.

CONCLUSIONES

La intervención post-sesiones ha mejorado la prescripción según las guías PROA para el tratamiento de las infecciones de orina La actualización de los conocimientos de los profesionales es una manera útil de mejorar la prescripción, evitando así riesgos para los pacientes y abaratando costes al sistema.



FORMACIÓN DE EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA: MEJORA EN LA CALIDAD DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Naya Esteban, Joaquin ⁽¹⁾ • Gonzalez Tarbay, Rafael ⁽²⁾ • Fernández Turrado, Elisa ⁽²⁾ • Cristobal Hernández, Mónica ⁽²⁾ • Perdomo Suárez, Susana ⁽²⁾ • Ortiz Cardona, Ludivia ⁽²⁾*

 ⁽¹⁾ *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria* • ⁽²⁾ *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

Identificador: 67

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, un elevado número de los pacientes ingresados en los hospitales son portadores de algún tipo de catéter venoso, concretamente, el 72.83 % de los pacientes que se encuentran hospitalizados es portador de un catéter vascular periférico, y el 10.41% es portador de un catéter venoso central.

Según datos del estudio EPINE, más de un 73% de los pacientes están expuestos al riesgo de infección nosocomial por el simple hecho de ser portadores de una vía venosa. Estos datos avalan la necesidad de mejora y de adoptar medidas correctoras, de este modo, los equipos dedicados a los accesos vasculares (ETI) tienen el objetivo de revertir estos riesgos, mejorar la calidad del cuidado y seguridad del paciente, y así lo respaldan las principales guías, que recomiendan la creación de la figura de enfermera experta.

OBJETIVOS

Incrementar la adhesión a las buenas prácticas, de forma que disminuya la variabilidad clínica injustificada.

Disminuir los eventos adversos asociados al acceso vascular.

Liderar la gestión en la organización de los accesos vasculares desde la prescripción hasta la retirada.

Ser un equipo coste-eficiente asociado a la sostenibilidad de la institución.

METODOLOGÍA

Se estableció análisis DAFO de la situación del centro sanitario y se realizaron las estrategias apropiadas derivadas de ello.

Se constituyeron los recursos humanos y materiales destinados a la formación del equipo de terapia intravenosa con sus perfiles roles correspondientes (asistencial, docente e investigador).

RESULTADOS

Capacitación de los profesionales para desplegar al máximo la actividad relacionada con la terapia intravenosa y los accesos vasculares. Formación continua sobre cuidado y mantenimiento a profesionales no implantadores de los servicios diana, que ha supuesto: Calidad asistencial en los accesos vasculares. Estandarización de cuidados enfermeros en el manejo de los accesos vasculares. Acceso de la enfermería a recursos, para solventar situaciones complejas relacionadas con los accesos vasculares de manera eficiente, que actualmente suponen una sobrecarga asistencial.

CONCLUSIONES

La estandarización del manejo del acceso vascular en todas sus vertientes (valoración, implante y cuidados) ha supuesto: Contribuir a la disminución de complicaciones asociadas al tratamiento IV. Favorecer una gestión segura del capital venoso del paciente, lo que reducirá las complicaciones posteriores por el agotamiento de este, ya que los catéteres se implantan mediante punción ecoguiada, que minimiza los errores. Aumentar la tasa de éxito en la canalización en el primer intento. Disminuir la multipunción en la colocación de catéteres periféricos. Aumentar la calidad del cuidado. Favorecer la corrección en la desviación de prácticas no consensuadas por la organización, Incrementar el conocimiento y consolida las prácticas basadas en la evidencia. Disminuir las cargas de trabajo del personal de los servicios y plantas diana.



UTILIZACIÓN DE RECURSOS AUDIOVISUALES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE PACIENTES OBSTÉTRICAS

 MARTINEZ CASTRO, MARIA • FERNANDEZ DAZA, ROCIO

 HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL

Identificador: 68

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) están empezando a transformar los sistemas sanitarios actuales, creando enormes oportunidades para actualizar y mejorar las relaciones entre ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios.

Las TICs han surgido como una herramienta para fortalecer, apoyar y mejorar los modelos de atención sanitaria actuales; por ello, la Enfermería ha comenzado a utilizar las TICs para adaptar los recursos sanitarios existentes y garantizar el tratamiento, la cobertura y la continuidad de los cuidados necesarios.

Las primeras semanas del bebé son muy frustrantes para las familias. Es por ello que debemos brindar un apoyo importante como trabajadores y educadores de la salud. Las complicaciones más frecuentes en el cuidado del recién nacido se pueden prevenir y controlar, lo que justifica una educación sanitaria personalizada y adaptada a las necesidades de las familias.

OBJETIVO

- Integrar la tecnología en la vida cotidiana para optimizar los recursos existentes y así aumentar la eficiencia.
- Realizar educación para la salud para cubrir las necesidades de las familias en la adquisición de habilidades para el cuidado del recién nacido.

METODOLOGÍA

Se formó un grupo de trabajo compuesto por 5 enfermeras del servicio de Maternidad y Neonatología y una persona responsable del servicio de contenidos Web y Divulgación Científica del hospital.

Para ayudar a las familias y proporcionarles los conocimientos suficientes, se grabaron varios videos divulgativos basados en evidencia científica acerca de los cuidados básicos que debe tener un recién nacido en los primeros días de vida. Estos videos fueron:

- Cuidados del cordón umbilical.
- Posturas para dar el pecho a tu bebé.
- Cómo acostar al bebé en la cuna para que duerma con seguridad.
- Baño del recién nacido.
- Cómo realizar un lavado nasal a tu bebé.

Tras la grabación y edición de los vídeos, éstos se publicaron en los dispositivos móviles (tablets) de los que dispone el hospital en las Smart Room para que las familias pudieran visualizarlos en cualquier momento durante su estancia en el hospital. También se difundieron en el canal de YouTube del hospital para que las familias pudieran tener acceso a ellos, aunque ya no estuvieran ingresadas en el hospital.

RESULTADOS

Hemos podido observar que las familias se sienten más tranquilas y mejor preparadas para el cuidado de los hijos. Muestra de ello, es el reconocimiento y agradecimiento de la mayoría de las familias en las encuestas de satisfacción realizadas.

En cuanto a los vídeos de You Tube, se han realizado 727 visualizaciones en 10 meses.

CONCLUSIONES


La educación sanitaria garantiza la paz de las familias y la seguridad de los niños.

El uso de las TICs ayuda a mejorar la calidad de la atención a las familias y promueven la participación de éstas en sus propios cuidados.





PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE EDUCACIONAL EN LAS RESIDENCIAS MÉDICAS Y SU RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Cervantes Aguilera, Luis Antonio ⁽¹⁾ • Flores Castellanos, Elias ⁽²⁾ • Olivares Olivares, Silvia Lizett ⁽³⁾ • Turrubiates Corolla, Miriam Lizeth ⁽³⁾ • Palmero Hinojosa, Magda Gabriela ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D. • ⁽²⁾ IMSS Bienestar • ⁽³⁾ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Identificador: 69

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La influencia directa del ambiente educacional en el rendimiento de estudiantes de especialidades médicas incide en su desempeño y la calidad del cuidado que brindan, es por eso por lo que a lo largo del tiempo se han desarrollado instrumentos para evaluarlos. Sin embargo, poco se conoce sobre como los ambientes educativos de los programas de residencias médicas se relacionan o afectan la seguridad de los pacientes durante los procesos asistenciales. Objetivo: El objetivo de este proyecto de investigación fue la elaboración de un método que permita relacionar el ambiente educacional de las residencias médicas en nuestro país y su influencia en la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Se procedió a desarrollar un estudio prospectivo, descriptivo y cuantitativo, utilizando el Posgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM), en una muestra de médicos residentes de diversas instituciones de salud; posteriormente, los ítems del cuestionario PHEEM fueron evaluados por médicos especialistas en Calidad de la Atención Clínica, quienes mediante una escala de Likert pudieron establecer si no existía una relación del ítem con la seguridad del paciente o si era un tema franco para la seguridad del paciente.

RESULTADOS


Se diseñó un método de comparación del ambiente educacional en las residencias médicas y su relación con la seguridad del paciente; sobre el análisis de los resultados generales, referente al ambiente educacional se obtuvieron 298 respuestas de las cuales fueron eliminadas 4 por no otorgar su consentimiento para participar en el estudio; para el análisis de ítems del cuestionario se contó con la participación de 32 especialistas en Calidad de la Atención Clínica. De acuerdo con los resultados, se cuenta con un ambiente educacional más positivo que negativo con espacio para mejorar; sobre el cuestionario PHEEM, la dimensión más fuerte es la enseñanza, mientras que la dimensión con más área de oportunidad es el soporte social y la dimensión que más relación tiene con la seguridad del paciente es la autonomía del residente. Actualmente el ambiente educacional es más positivo que negativo con espacio a la mejora, con una tendencia hacia el impacto más negativo que positivo en la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Los resultados suponen un gran reto para los programas de especialización, se deben de buscar estrategias para generar ambientes educativos positivos y funcionales para los médicos residentes, y que estos a su vez garanticen que los pacientes atendidos en las instituciones formadoras de profesionales sanitarios no se vuelvan víctimas de eventos adversos que comprometan su bienestar. Es necesario realizar más estudios que permitan conocer la compleja relación de interdependencia entre los ambientes educativos en los programas de especialización y la seguridad del paciente, ya que los ambientes educativos positivos son cruciales tanto para los médicos en formación como para los pacientes y las organizaciones.



IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS 0/1 Y 0/2 HORAS EN LA DETERMINACIÓN SERIADA DE TROPONINA T EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO

 *García Hernández, Pablo • García Álvarez, Carmen • Giménez-Coral, Adela Cortés • Valle García, Marta • Avanzas Fernández, Sara • Álvarez Muñoz, María Begoña*

 *Fundación Hospital de Jove*

Identificador: 72

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con dolor torácico (DT) representan una proporción importante de todas las urgencias médicas. El diagnóstico del síndrome coronario agudo se basa en la presentación clínica, alteraciones electrocardiográficas y el aumento de la concentración de proteínas miocárdicas (troponinas).

En el año 2020, la Guía Europea de Cardiología, sugirió la implementación de los protocolos de cinética 0/1 y 0/2 horas de troponina seriada para establecer el riesgo de los pacientes, siempre y cuando presenten más de 3 horas de evolución de su DT, en lugar de los procedimientos empleados hasta entonces de 0/3 y 0/4 horas. En nuestro centro, dichos procedimientos se empezaron a emplear en el año 2021 y se protocolizaron en febrero de 2022

OBJETIVOS

Evaluar el grado de implantación de los protocolos 0/1 y 0/2 horas en pacientes que acuden al servicio de urgencias (SU) con DT y sus limitaciones para poder llevarlo a cabo.

METODOLOGÍA

Se recogieron datos retrospectivamente del Sistema Informático de Laboratorio de todas las troponinas T realizadas a pacientes que acudieron al SU entre enero de 2021 y Octubre de 2023. Se determinó cuales de ellas se correspondían a peticiones seriadas, calculándose la diferencia de tiempo entre el momento de extracción de la primera muestra y de la segunda, así como el tiempo de respuesta del laboratorio.

Los datos se agruparon para su análisis estadístico en tres periodos: a) Periodo previo a la implantación del protocolo en el SU (enero 2021-enero 2022), b) periodo tras la implantación (febrero 2022-abril 2023) y c) periodo tras la renovación tecnológica del equipamiento del laboratorio (mayo 2023-abril 2024), en el que se sustituyeron los equipos por otros con la misma tecnología, pero con mayor capacidad de procesividad de muestras.

RESULTADOS

Se recopilamos datos de 14467 determinaciones de troponina, que se correspondieron con un total de 2978 cinéticas (733 en el periodo 1, 1189 en el periodo 2 y 1056 en el periodo 3).

- En el periodo 1 se realizaron 203 cinéticas de 1 hora (27,7%), 290 cinéticas de 2 horas (39,6%), 187 cinéticas de 3 horas (25,5%) y 53 cinéticas de 4 horas (7,2%).
- En el periodo 2 se realizaron 407 cinéticas de 1 hora (34,2%), 511 cinéticas de 2 horas (43,0%), 211 cinéticas de 3 horas (17,7%) y 60 cinéticas de 4 horas (5,0%).
- En el periodo 3 se realizaron 478 cinéticas de 1 hora (45,3%), 353 cinéticas de 2 horas (33,4%), 191 cinéticas de 3 horas (18,1%) y 34 cinéticas de 4 horas (3,2%).

El tiempo medio de respuesta fue de 44,37 minutos, 41,47 minutos y 36,55 minutos respectivamente en cada periodo

CONCLUSIÓN

En la actualidad, en un 78,7% de los casos de pacientes que acuden al SU por DT se consigue realizar la cinética según los nuevos protocolos, reduciendo los tiempos de diagnóstico y de estancia. El compromiso por parte de los profesionales sanitarios junto al apoyo tecnológico han sido claves para la implementación con éxito de estos protocolos.



IMPLANTACIÓN DE UN ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN DE DISLIPEMIAS

 *García Hernández, Pablo • Giménez-Coral, Adela Cortés • Martínez Lastra, María Beatriz • Antuña Santurio, Carmen Victoria • Serrano Gómez, Laura Milena*

 *Fundación Hospital de Jove*

Identificador: 73

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo, debido a las elevaciones concentraciones de colesterol, siendo la hipercolesterolemia familiar el trastorno genético más frecuente asociado a la enfermedad coronaria prematura.

En los últimos años, la detección, diagnóstico y monitorización del perfil lipídico de los pacientes en atención primaria se ha establecido a través de las recomendaciones de las guías clínicas europeas como la mejor estrategia coste-efectiva.

A pesar que en nuestro centro no se reciben muestras correspondientes de los Centros de Salud, en ocasiones se detectan casos de pacientes que acuden a consulta especializada o cirugía programada con valores elevados de colesterol sin histórico previo

OBJETIVOS

Implementación de un algoritmo que permita la identificación en el SIL (sistema informático de Laboratorio) de los pacientes con potenciales dislipemias. Implementación de tomas de decisiones para la realización de pruebas adicionales que aporten valor diagnóstico para estos pacientes, así como comentarios predefinidos

METODOLOGÍA

Se configuró el SIL para que se resaltase de un color llamativo los valores de CT (colesterol total) > 280 mg/dL y LDL > 190. En esos casos, se añade LDL si no estaba en la petición original, así como transaminasas y/o TSH para descartar un incremento secundario a otras patologías.

Se siguió el documento consenso de la Sociedad Española de Aterosclerosis: si el LDL se encuentra entre 190 y 250 mg/dL se añade la Apolipoproteína B (ApoB) para calcular el cociente LDL/ApoB (un cociente <1,3 es compatible con la presencia de partículas de LDL pequeñas y densas, potencialmente aterogénicas).

Si el CT > 310 ó el LDL es >250, se procede a cuantificar la Lp(a) (lipoproteína A), para estimar casos de riesgo muy elevado de infarto de miocardio y estenosis de la válvula aórtica.

Se recogieron los datos de efectividad del algoritmo durante 6 meses (octubre 2023 - marzo 2024)

RESULTADOS

Se realizaron 3986 determinaciones de CT y 2776 de LDL. Se detectaron 78 pacientes con perfil lipídico alterado; en 61 casos con CT > 280 (1,53%), 68 con LDL > 190 (2,45%) y 5 con LDL > 250 (0,18%).

De los 78 pacientes, 62 ya eran conocidos y 16 eran casos no conocidos. Adicionalmente, dentro de los 62 conocidos, 9 presentaban elevaciones significativas clínicas respecto al histórico.


Se estableció por tanto un total de 25 pacientes con dislipemia significativa (2 de ellos con origen secundario a elevación de TSH). En 18 pacientes se realizó la ApoB, y en los 5 restantes, considerados de muy alto riesgo cardiovascular, la Lp(a). El coste de las pruebas realizadas fue de 97,27€

CONCLUSIONES

La implementación de algoritmos diagnósticos permiten ayudar a clasificar a los pacientes en función de su riesgo cardiovascular, permitiendo emplear los recursos económicos con eficiencia, derivar los pacientes a consultas especializadas, instaurar tratamiento farmacológico y prevenir la morbimortalidad asociada.

ANÁLISIS DE LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA PARA RETIRAR INFUSORES DE QUIMIOTERAPIA EN LA ZONAS BÁSICAS DE SALUD

 SANTIAGO DÍAZ, YERAY TOMÁS ⁽¹⁾ • SUAREZ SANCHEZ, JUAN JOSE ⁽²⁾ • RAMÍREZ SANTANA, ESTEFANIA ⁽³⁾ • RODRÍGUEZ GRANADO, NAIRA DEL PINO ⁽²⁾ • ARZOLA ARZOLA, BEGOÑA ESTHER ⁽³⁾ • MENDOZA VERA, ARIDANI ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL • ⁽²⁾ GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA • ⁽³⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Identificador: 74

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

En el tratamiento del cáncer, la quimioterapia desempeña un papel fundamental. Sin embargo, la administración de estos fármacos precisa que el paciente se desplace hasta el hospital especializado. En este trabajo, se analizarán los beneficios de retirar los infusores de quimioterapia por parte de Atención Primaria de Gran Canaria (APGC) en la Zona Básica de Salud (ZBS) más cercana al domicilio del paciente, reduciendo así la distancia que tiene que ser recorrida por los pacientes.

OBJETIVO

Analizar el impacto que produce la retirada de infusores de quimioterapia en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Ante una sobrecarga asistencial en el Servicio de Hospital de Día, del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC), se plantea como posible solución, solicitar apoyo profesional para la retirada de infusores de quimioterapia en las ZBS de referencia de los pacientes.

Fue necesario establecer un acuerdo entre la Dirección de Enfermería de APGC y la Dirección de Enfermería del HUIGC.

Para realizar esta actividad, se elaboró un procedimiento específico para la retirada del infusor con un código QR de un video explicativo, además de formación específica en las ZBS a los enfermeros de APGC, así como un protocolo para la gestión de los residuos y que fueran correctamente eliminados por parte de Hospital de Día HUIGC.

Este proyecto sería articulado por la Unidad de Gestión de Casos del HUIGC con las Enfermeras de Enlace de APGC. Iniciando el proyecto a finales de junio de 2022.

RESULTADOS

Analizando los datos desde Junio de 2022 hasta abril de 2024:

Se han retirado 2392 infusores de quimioterapia en las ZBS de APGC, correspondientes a 420 pacientes con diagnóstico oncológico. Se ha calculado los kilómetros que no han recorrido los pacientes, tomando como referencia la distancia del municipio de residencia hasta el H. Insular, siendo el resultado 138.075 Kilómetros, se ha podido evitar la emisión de 16,4 Toneladas de CO₂. La reducción de la distancia recorrida hasta el Hospital tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente y la de sus cuidadores, reduce el estrés y la fatiga asociados a los traslados y a los tiempos de espera.

CONCLUSIONES

La combinación de retirar el infusor de quimioterapia en las ZBS, junto con una coordinación efectiva entre niveles asistenciales y una formación adecuada para el personal de APGC, ofrece una serie de beneficios tangibles que mejoran significativamente la calidad de vida del paciente durante su tratamiento oncológico. Pero no solo nos centramos en la comodidad y la seguridad del paciente, sino que también promueven la captación y el seguimiento del proceso por los profesionales de APGC, se reducen los gastos derivados de pagos de parking y combustible, se disminuye la huella de carbono, se beneficia a familiares y cuidadores con cargas laborales o familiares y que además prestan el apoyo a los pacientes oncológicos facilitando una atención más rápida y cercana.

UNA NUEVA METODOLOGÍA DE TRABAJO: HOSPITAL LÍQUIDO

 *Sánchez Álvarez, María Teresa • Ruiz Benitez de Lugo Ochoa, Ricardo • Lorenzo Jimenez, María Jesús • Ruiz Adan, Sergio*

 HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA

Identificador: 75

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Una vez definido el propósito y la visión del hospital en el plan estratégico, nos dimos cuenta de que el hospital deja de ser un concepto de cuatro paredes y tras la definición de una parte de la visión como “Ser un hospital flexible, capaz de adaptarse y dar respuesta a las nuevas necesidades que emerjan por cambios en el entorno” decidimos hacer nuestra propia definición de Hospital Líquido.

OBJETIVO

El objetivo principal es utilizar una metodología nueva, donde trabajando en grupos, hagamos nuestra propia definición de Hospital líquido para que al finalizar todo el proceso podamos implantar nuestro “LIQUID HOSPITALTY CARE”, con unas metas alineadas con la visión, mejorando el ambiente de trabajo a través del orden, la sencillez, la agilidad, revitalizando el Orgullo de pertenencia y la ilusión y visibilizando otras funciones y responsabilidades e intentando buscar un cambio cultural derribando barreras físicas y mentales para mejorar la relación con los pacientes y mejorando la eficiencia y la calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con ayuda de una consultora y utilizando como grupo director el mismo grupo que trabajo que en el plan estratégico, nos marcamos cuatro hitos en todo el proyecto: Hito1 donde entre todos, se define el hospital líquido, se ponen las metas e indicadores y se presenta a todo el hospital, Hito2 donde se crean grupos de trabajo, se realizan talleres y se recogen conclusiones, Hito3 se prioriza y se identifica la metodología propia y el hito4 donde se comunica y se implanta.

Para todo ello nos realizamos algunas preguntas, tanto en el grupo director como en el resto de los grupos, como: ¿Qué queremos conseguir?, ¿Qué metas, alineadas con la visión tenemos? ¿Cómo lo vamos a medir? ¿Qué palancas tenemos que activar? ¿en que grupos de interés nos vamos a centrar? y ¿Cómo lo vamos a hacer?

Y trabajamos en dichos grupos: Gestión líquida de infraestructuras, Gestión Digital, Gestión de equipos y Gestión de Procesos, cuya metodología de los talleres estaba orientado a fomentar la creatividad generando un espacio para poder proponer o plantear ideas que luego serán evaluadas según criterios legales, de impacto, viabilidad y contribución al Plan Estratégico y nos marcamos una matriz de priorización sin olvidar nuestra cultura: Servicio a la población, objetivos centrados en las personas, Motivación, Orientación a resultados, Sostenibilidad, Humanización, Utilidad, Innovadores, y Comprometidos, “SOMOS HUIC”.

RESULTADOS

Con el grupo director se decide como queremos que sea nuestro Hospital Líquido y planteamos las bases de trabajo en equipo para que posteriormente, cada uno de los grupos defina un proyecto, con acciones orientadas al paciente y a las personas, nombrando un responsable y generando un diálogo y consenso común.

CONCLUSIONES

A través de un liderazgo innovador se fomenta la creatividad y la innovación, proponiendo nuevas ideas y metodología que implica una participación activa de los empleados.



PROYECTO RIGHT: CUIDADO CORRECTO, PERSONA CORRECTA Y RECURSO CORRECTO

 ARÉVALO REGUILLO, SANDRA • DE GUSTÍN HERNÁNDEZ, PILAR • SAN JOSÉ GARCÍA MOCHALES, CRISTINA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTE ELENA

Identificador: 76

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El PROYECTO RIGHT persigue que todo paciente reciba el cuidado correcto, por la persona correcta y con los recursos correctos. Surge de la necesidad de cuidar a los profesionales y la seguridad y experiencia de paciente. La experiencia del profesional es un espejo de la experiencia del paciente.

La evidencia demuestra que la carga asistencial y la rotación de enfermeras, ocasiona desgaste y desmotivación del profesional. El envejecimiento de la población, incremento de esperanza de vida, aumento de patologías crónicas y burn-out hacen necesario rediseñar procesos para un sistema sanitario sostenible.

Es necesario una transformación de la experiencia de los profesionales hacia la organización.

OBJETIVOS

1. Medir el nivel de cuidados de pacientes ingresados en Hospitalización.
2. Aplicar información a toma de decisiones en gestión.
3. Disminuir burnout en personal de enfermería.

METODOLOGÍA

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Creación de reporte en BI (herramienta de análisis de datos) en tiempo real mediante fórmula de cálculo que determina la complejidad de los pacientes según su necesidad de cuidados.

Asignación de RRHH en base al nivel de cuidados (no ratio), priorizando la seguridad del paciente.

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

Por turno, Dirección de enfermería y Supervisión analizan la información del reporte y balancean RRHH en función de los resultados volcados automáticamente desde la valoración de enfermería en Casiopea (Historia clínica digital).

RESULTADOS

Gestión Personas Dic 2023_2022:

Promedio Rotación Oct_ Dic_2022: 7,12%

Promedio Rotación Oct_ Dic_2023: 4,60%

Errores de Medicación Hospitalización 2023_2021: -47%

Distribución Pacientes por Nivel de Cuidados:

Nivel de Cuidados Estándar: 53%

Nivel de Cuidados Moderado: 42%

Nivel de Cuidados Elevado: 5%

CONCLUSIONES

Esta herramienta ha mejorado nuestra gestión de RRHH.

Ha disminuido el índice de rotación de enfermería, mejorado la seguridad y aumentado la satisfacción de los profesionales.

Este algoritmo no está validado. Si este modelo de evaluación se extiende llegará el momento en que se pueda someter a un proceso de validación clínica.



IMPACTO DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE DOCENCIA PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS DIGITALES DE LOS PROFESIONALES

 Riu, Meritxell • Querol Carranza, Eloi • Cano Izquierdo, Mireia • Bonjorn Dalmau, Mercè • Valero Valdelvira, Patricia • Taboada Bernal, Jordi

 Hospital Germans Trias i Pujol. Gerencia Metropolitana Nord. Grupo Investigación INEDIT, IGTP

Identificador: 77

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

La transformación digital es crucial para modernizar el sector sanitario, mejorando la eficiencia, seguridad y la calidad del cuidado de los pacientes. Para conseguir una verdadera Transformación Digital es necesario que esté respaldada por un plan formativo. Se requiere dotar de competencias por y para los profesionales sanitarios para fomentarla.

Este estudio compara la eficacia y la aceptación de un curso sobre transformación digital dirigido a profesionales sanitarios, ofrecido en dos modalidades: presencial y online. Así como la influencia de un facilitador.

OBJETIVOS

- Aumentar las competencias de los profesionales sanitarios en la Transformación Digital.
- Evaluar el impacto de las diferentes modalidades de un mismo curso en la adquisición de las competencias.

MATERIAL O MÉTODOS

Se impartieron seis ediciones de un curso sobre transformación digital para profesionales sanitarios entre 2022 y 2023. En 4 centros diferentes. De estos cursos, cinco se realizaron en formato mixto (presencial parte práctica y online parte teórica) y uno en formato online. Además, en una de las Ediciones presenciales se contó con la figura de un facilitador, mientras que en las otras, los propios profesores del curso fueron los instructores. El facilitador daba la formación presencial después de haber recibido formación para ello. Se evaluaron la satisfacción de los participantes, la tasa de finalización del curso y las calificaciones obtenidas.

RESULTADOS


Entre 2022 y 2023 se han realizado 6 ediciones 95 profesionales (65% fueron mujeres). La tasa general de finalización del curso fue del 84,97%, siendo del 67% para la modalidad online y del 90% para la mixta. La calificación promedio de los alumnos fue de 7,9, destacándose el curso online con una calificación superior de 8,4. El curso con facilitador tubo un 7,8 sin diferencias respecto a los otros presenciales. Los cursos que implicaron el desplazamiento de los profesores a otras instituciones recibieron altas puntuaciones de satisfacción, aunque fue difícil obtener una buena adherencia.

CONCLUSIONES

A pesar de la creencia de que la formación presencial podría ser más efectiva, los resultados muestran que la modalidad online también puede ser muy eficaz, alcanzando incluso calificaciones superiores en algunos casos. La satisfacción general y la tasa de finalización indican que ambos formatos son válidos, pero la elección de la modalidad debe basarse en las necesidades específicas de los profesionales sanitarios y sus circunstancias particulares. Para lograr una verdadera transformación digital en el sector sanitario, es esencial desarrollar un plan formativo que no solo enseñe tecnología, sino que también fomente el pensamiento crítico y la reingeniería de procesos.



CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLÓGICA: LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA DIRECTA CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES

 VILLA GONZÁLEZ, BEATRIZ • ROLDÁN MARÍN, JULIANA • QUERO RODRIGUEZ, MARIA ANGELES • LOSA BRAVO, ALEJANDRO • MORENO AMARO, SANTIAGO • MARTOS MARTINEZ, RAFAEL

 HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Identificador: 82

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La consulta de enfermería oncohematológica tiene como misión proporcionar una atención óptima a pacientes y familiares antes de iniciar el tratamiento oncológico.

Satisfacer necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados, con máxima calidad y seguridad, basados en Modelo de Virginia Henderson: con una atención integral, acciones de apoyo en la enfermedad y muerte, protección, fomento de la salud y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad, puede favorecer una mejor práctica asistencial y humana.

OBJETIVOS

- Valorar en 1ª consulta de enfermería a todos los pacientes que van a recibir tratamiento.
- Reforzar información sobre toxicidades y ciclos quimioterapia (días, horas y citas) para evitar visitas al hospital que no aportan valor.
- Facilitar el seguimiento clínico, ayudando al cumplimiento de formularios de calidad de vida y experiencia del paciente (PREMs/PROMs), así como el diálogo web o chatbot, herramientas digitales que posibilitan el control y la monitorización de la enfermedad.
- Explicar tipos de accesos venosos que eviten pinchazos innecesarios y programar su canalización, respetando el principio básico de no hacer/no dañar.
- Fomentar la autonomía y empoderamiento del paciente con recomendaciones nutricionales y hábitos saludables, que mejoren la calidad de vida, así como detectar necesidades sociales y/o psicológicas que puedan necesitar tanto el paciente y familia.

METODOLOGÍA

Los pacientes acuden a 1ª consulta, previo al inicio tratamiento en hospital de día en <72h tras diagnóstico, donde se realiza un “acompañamiento” dando a conocer Hospital Día y el personal que van a acompañarle durante el proceso asistencial.

Se facilita la comunicación no presencial con enfermería, mediante envío y recepción de formularios entre los que se incluyen consultas no presenciales, llamada al 3º día del 1º ciclo para comprobar el estado del paciente.

Con carácter mensual, se establecen consultas presenciales, donde se evalúan problemas de tipo emocional o situaciones de riesgo social, para su derivación a trabajadora social o psicooncología.

RESULTADOS

Desde mayo/23 se han valorado 158 pacientes (100%) realizando acompañamiento, informando del tratamiento, toxicidades y cronograma citas. Todos reciben información nutricional y de cuidados.

94% pacientes tenían activada la comunicación no presencial, alcanzando el 100% registros tras consulta.

Canalizados accesos venosos al 85% pacientes previo al comienzo del tratamiento.

30% precisaron atención urgente por psicooncología o trabajo social, resolviéndose en todos los casos satisfactoriamente adelantándonos a complicaciones potencialmente más graves.

CONCLUSIONES

Dar un trato personalizado al paciente y familia, de una forma más cercana en la consulta de enfermería, facilitando la información necesaria y acompañándolos durante todo el proceso asistencial, va a permitir un trato más humano que posibilite un mejor control final de la enfermedad.



PROYECTO DE MEJORA: ENTIENDE LA DISFAGIA DE LA MANO DE TU ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA

 Belascoain Gómez, María del Rocío ⁽¹⁾ • Cuevas Horcajuelo, María Eugenia ⁽²⁾ • Rebolo Bravo, Beatriz ⁽²⁾ • Alvarez Ardura, Juan José ⁽²⁾ • Cabrera Concha, Mayra Alejandra ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ C.S. SILVANO • ⁽²⁾ C.S. SILVANO

Identificador: 83

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACION

La disfagia orofaríngea (DOF) se define como la imposibilidad para tragar o deglutir los alimentos líquidos y/o sólidos que se produce por una afectación estructural o funcional de una o más fases de la deglución. Se considera un síndrome geriátrico, asociada al envejecimiento, relacionado con la edad, la sarcopenia, la fragilidad, la polimedicación y alteraciones en la funcionalidad. Suele ir asociado a otras enfermedades neurodegenerativas y neurológicas.

Se estima que, en España, más de dos millones de personas padecen disfagia, con aproximadamente el 90% no diagnosticado ni tratado adecuadamente.

La detección y el seguimiento de los pacientes con DOF desde Atención Primaria (AP) es primordial para evitar complicaciones asociadas, como la desnutrición, la pérdida de peso y neumonías aspirativas, intentando disminuir , así mismo, posibles ingresos hospitalarios.

La valoración de la DOF debe ser realizada por un equipo multidisciplinar, si bien, la enfermera de AP es a menudo el primer punto de contacto y haciendo una valoración integral, siguiendo el patrón Nutricional-metabólico de Majory Gordon, y utilizando herramientas e instrumentos validados, como el MNA y EAT-10 pueden detectar la disfagia y controlar de su evolución.

Del mismo modo, tras un alta hospitalaria tras un ictus o ante el diagnóstico de alguna enfermedad neurodegenerativa que implique DOF se puede asegurar la continuidad de cuidados.

Las enfermeras de AP son esenciales en la Educación para la Salud (EpS), ayudando tanto el paciente como sus familiares y cuidadores, formales o informales, a comprender la enfermedad y adquirir habilidades para manejarla. Esto les empodera para participar activamente en su atención y mejorar la seguridad en la atención sanitaria, siguiendo la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Objetivo general:

- Elaborar un proyecto de Educación para la salud sobre DOF para mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Objetivos específicos:

- Dotar de conocimientos sobre DOF a pacientes, familiares y cuidadores.
- Explicar conceptos nutrición y desnutrición.
- Enseñar métodos de cribado, adecuación de texturas y uso de espesantes.
- Conseguir una deglución eficaz y segura

METODOLOGÍA

Se realizarán sesiones formativas, mediante captación activa desde AP y a través de la enfermera de continuidad asistencial de los hospitales de referencia, de aquellos pacientes con diagnóstico o sospecha de disfagia, apoyándonos en un diagrama de Gantt.

RESULTADOS

Mejora de la calidad de vida del paciente con DOF tras una intervención de EpS grupal.

CONCLUSIONES

La DOF es un trastorno muy prevalente e infra diagnosticado. La enfermera de AP juega un papel muy importante tanto en el cribado como en el seguimiento del paciente con DOF.



¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES DE UN PROGRAMA DE APOYO A ENFERMEDAD MINORITARIA COMO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)?

 *García Torres, Daniel* ⁽¹⁾ • *Santiñà Vila, Manel* ⁽²⁾ • *Mira Solves, Jose Joaquin* ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SECA-UMH • ⁽²⁾ SECA

Identificador: 84

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

ANTECEDENTES

La HAP es una enfermedad minoritaria incurable caracterizada por una resistencia vascular pulmonar aumentada, llevando a la disfunción ventricular derecha. Afecta más a mujeres y presenta síntomas como disnea, fatiga y dolor torácico. El diagnóstico y tratamiento temprano están asociados con una mayor supervivencia a largo plazo. La complejidad del tratamiento aconseja instaurar programas de apoyo soporte al paciente. Este tipo de programa incluye apoyo técnico de enfermería, psicológico y educativo, ayudando a los pacientes con el uso de bombas de infusión y manejo de complicaciones. **Objetivo.** Evaluar la efectividad de un programa de apoyo soporte para pacientes con HAP en la mejora de la calidad de vida y la autogestión de la enfermedad. **Método.** Estudio mixto con participación de un total de 50 36 pacientes, reclutados mediante muestreo no probabilístico entre los integrantes asociados de las 3 asociaciones de pacientes con HAP en existentes en España que estuviesen en un programa de apoyo. El estudio se realizó entre octubre de 2023 y febrero de 2024.


RESULTADOS


El programa de soporte apoyo mejoraba significativamente la calidad de vida y la autogestión de la enfermedad. Los participantes informaron sobre una percepción más positiva de su capacidad para gestionar la enfermedad gracias al apoyo técnico, emocional y a la información proporcionada. Los resultados cuantitativos validaron estas observaciones cualitativas.

CONCLUSIONES

Los resultados reflejan la heterogeneidad de experiencias antes y durante el programa de apoyo, subrayando la importancia de la detección temprana, la capacitación continua y el apoyo técnico y emocional. La coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención médica se considera crucial para una gestión eficaz de la enfermedad, así como la mejora en el conocimiento de la enfermedad en los diferentes dispositivos asistenciales. El programa de soporte contribuye a una comunicación efectiva y a la mejora de la autonomía del paciente.

RESULTADOS A 1 AÑO DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y ALTA RESOLUCIÓN DE CARDIOLOGÍA EN ÁMBITO HOSPITALARIO

 Paz Bermejo, Marco Antonio ⁽¹⁾ • Taveras Hiraldo, Amparo ⁽²⁾ • Alum Bou, Albert ⁽³⁾ • Rodríguez Requejo, Sara ⁽⁴⁾ • Campasol Torra, Salvador ⁽⁵⁾ • Gaitán Sánchez, Esteban ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de Santa Caterina • ⁽²⁾ Hospital Santa Caterina • ⁽³⁾ Institut Català de la Salut • ⁽⁴⁾ Institut D'Assistència Sanitària • ⁽⁵⁾ Servei Català de la Salut

Identificador: 86

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La patología cardiaca es la principal causa de ingreso hospitalario, especialmente en mayores de 65 años. Por su incidencia, prevalencia y potencial gravedad, son importantes las iniciativas que coordinen diferentes niveles asistenciales y conduzcan a un rápido diagnóstico ambulatorio. Ello reduciría las consultas a urgencias y evitaría ingresos hospitalarios, permitiendo instaurar precozmente el tratamiento adecuado y dirigir al paciente al nivel asistencial requerido.

OBJETIVOS

Crear una unidad hospitalaria de diagnóstico rápido en cardiología, para atender pacientes con sospecha de patología potencialmente importante. Los objetivos fueron conocer:

1. Origen y motivo de derivación.
2. Demora en realizar la visita.
3. Idoneidad de la derivación según destino al alta.
4. Capacidad de resolución: ingresos y mortalidad a los 30 días de la visita.

METODOLOGÍA

Se consensuaron los criterios de derivación con 10 centros de primaria y el servicio de urgencias del hospital.

En un área hospitalaria se agruparon las pruebas diagnósticas de cardiología junto a una zona de observación para 5 pacientes con un cardiólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

Se realizó una única visita a cada paciente, en la que se practicaron todas las pruebas necesarias.

RESULTADOS

En un año se atendieron 733 de 799 derivaciones recibidas desde atención primaria (56,81%), urgencias (26,16%), cardiología (15,12%), hospitalización (1,09%) y medicina interna (0,82%). Edad media 66,75 años, 57,63% varones. Tiempo medio entre derivación y visita 3,10 días.

Las principales causas de visita fueron dolor torácico (299 pacientes), sospecha de insuficiencia cardiaca (248 pacientes), síncope (74 pacientes), fibrilación auricular sintomática de debut (93 pacientes).

Se confirmó cardiopatía isquémica en 154 casos, insuficiencia cardiaca en 131, 32 necesitaron cateterismo, 21 cirugía cardiaca, 6 marcapasos y 1 caso requirió pericardiocentesis.

Tras su estudio, se remitieron a consulta externa de cardiología un 61,28% de los casos, atención primaria 29,48 %, Hospital de día un 2,49%, consulta monográfica de cardiología 2,84%, unidad de insuficiencia cardiaca 1,07%. Ingresaron un 2,13% y el 0,71% se derivaron a Urgencias.

En los 30 días siguientes 8 pacientes ingresaron y un 1,36% consultó en UCAS (10 pacientes). Hubo 2 éxitos, remitidos para ingreso desde la unidad.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de derivaciones fueron correctas, dadas las pocas rechazadas y que la mayoría se remitieron a consultas especializadas.
2. Un elevado número de casos presentaban patología cardiaca potencialmente grave.
3. La capacidad de resolución de la unidad es elevada; pocos casos requirieron atención urgente posterior.
4. Se han reducido significativamente las primeras visitas a cardiología.
5. El manejo de los pacientes en la unidad es innovador, favorece la continuidad asistencial, beneficia a los pacientes y evita demoras en el diagnóstico y tratamiento de patologías cardiológicas graves.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

 LÓPEZ SÁNCHEZ, JESÚS ⁽¹⁾ • JIMÉNEZ DE LAS HERAS, LAURA ⁽¹⁾ • PÉREZ JIMÉNEZ, ANTONIO ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA INTEGRADA DE GUADALAJARA

Identificador: 87

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

La gestión ambiental constituye una prioridad fundamental en la sostenibilidad del sistema: ecológica, económica y social; establecidas en distintas normativas y planes estratégicos orientados al desarrollo regional y a la realización de acciones que permiten su seguimiento y evaluación

OBJETIVOS

Fomentar cultura de sostenibilidad ambiental en los trabajadores, promover prácticas respetuosas con el medio ambiente, facilitando formación sobre la gestión ambiental. Establecer procedimientos para la revisión constante del desempeño ambiental. Minimizar el impacto negativo de las actividades sanitarias sobre el medio ambiente, gestionando de manera eficiente los recursos y residuos, garantizando el cumplimiento de la normativa ambiental aplicable. Comunicar de manera transparente las prácticas ambientales del hospital, fomentando la confianza y la colaboración con pacientes, personal y el resto de partes. Generar una cultura organizacional orientada a la mejora continua, a través de un SGA. Implementar una integración entre el SGC y el SGA en el hospital

METODOLOGÍA

Compromiso y Política Ambiental: La dirección se comprometió y estableció una política de calidad y ambiental reflejando su compromiso con la mejora continua, el cumplimiento de la legislación y la prevención de la contaminación. Planificación: Se identificaron los aspectos ambientales significativos, requisitos legales y objetivos ambientales. Implementación y Operación: Se asignaron recursos y definieron responsabilidades dentro del SGA alcanzando la competencia del personal mediante formación y concienciación. Se han establecido procesos de comunicación, un gestor documental y procedimientos operacionales. Evaluación del Desempeño: Se miden indicadores ambientales, se evalúan el cumplimiento de requisitos legales y realizan auditorías internas. Revisión por la Dirección: Se revisa periódicamente el SGA para asegurar su adecuación, pertinencia y eficacia, evaluando oportunidades de mejora. Mejora continua: Se gestionan no conformidades tomando acciones correctivas.

RESULTADOS

El control de los aspectos ambientales reduce el impacto mediante la gestión correcta de residuos sanitarios, la reducción de emisiones y el uso eficiente de recursos como agua y energía. En términos de cumplimiento, asegura que el hospital cumpla con todas las regulaciones ambientales y requisitos legales. Operacionalmente, fomenta la mejora continua, la eficiencia en procesos y el control de las infraestructuras. Además, ha mejorado la imagen del hospital por demostrar un compromiso con la sostenibilidad, compartido entre los trabajadores y resto de partes interesadas que se ha logrado gracias a un gran esfuerzo en concienciación y cultura ambiental.

CONCLUSIONES

La implementación de un SGA en un hospital no solo mejora su desempeño ambiental, sino que también aporta beneficios económicos, de cumplimiento, operativos y de imagen, contribuyendo a un entorno hospitalario más seguro y eficiente.



MEJORA DEL ESTÁNDAR DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA: UN TRABAJO EN EQUIPO

 Sanchez Freire, Encarna • Rovira, Carolina • Carrera, Anna • Ramis, Berta • Arcos, Olga • Sitja, Carme

 Institut Català de la Salut

Identificador: 88

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La puntuación del estándar de calidad de prescripción farmacológica (ECPF) de nuestro equipo siempre había sido de las más inferiores de nuestro territorio e incluso se situaba en el ranking de la comunidad entre los últimos. Después de un arduo trabajo habíamos conseguido en 4 años pasar de 21 puntos sobre 100 a 55 sobre 100, pero aún lejos de los mínimos requeridos.

Los resultados del estándar de calidad asistencial (ECA) tampoco eran óptimos a la llegada del nuevo equipo directivo hace 4 años, pero sí se pudo conseguir una mejora progresiva más rápida de este: el enfoque clínico y por procesos fue bien recibido por el equipo lo que permitió una mejora exponencial.

Esto nos hizo pensar que este enfoque más clínico era el adecuado para trabajar el ECPF y conseguir la complicitad de todos los roles profesionales que trabajan en el EAP.

El ECPF es un estándar de calidad de prescripción que incluye indicadores relacionados con la seguridad del medicamento y, por tanto, del paciente. Por supuesto tiene un gasto económico asociado pero el resultado del ECPF del equipo no garantizaba la seguridad al paciente, aumentaba mucho el gasto farmacéutico y no garantizaba la equidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue mejorar la seguridad del paciente: trabajando los indicadores del ECA junto con los del ECPF de manera transversal. Los objetivos secundarios fueron: conseguir las metas mínimas del ECPF y mejorar el gasto de farmacia del equipo.

METODOLOGÍA

Cruzamos los resultados de los indicadores del ECPF con los indicadores de procesos del ECA. En los procesos y/o indicadores en que coinciden los peores resultados de los dos se priorizaron para trabajar durante 2023. Obteniendo listados de pacientes priorizados.

El resto de los indicadores priorizados independientemente de los resultados previos fueron los de seguridad del medicamento.

Des de la unidad de atención a la ciudadanía: pactamos algunos indicadores que se pueden identificar en el momento de programar la renovación del plan de medicación y anotaban una visita no presencial al médico. Des de enfermería: en la visita de revisión del paciente crónico se revisaba el plan de medicación para asegurar adherencia, técnica... Y en algunos de los indicadores se requería una consulta de enfermería para tomar decisiones terapéuticas.

Los médicos de familia realizaron gestión activa de la prescripción durante las visitas y planificación de visitas sobre listados de pacientes priorizados. Y la farmacéutica de atención primaria: realizó extracción de listados, acompañamiento y asesoramiento al resto de profesionales, y visita de los pacientes más complejos.

RESULTADOS


Cerramos el 2023 con un resultado del ECPF de 74 puntos sobre 100. Mejoramos casi 20 puntos en un año cuando con las anteriores estrategias habíamos conseguido 30 puntos en 4 años.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo y por procesos ha mejorado la calidad de la prescripción farmacológica en nuestro equipo.



ANÁLISIS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES EN FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA.

 Cercenado Sorando, Sonia • Alcázar Casanova, Félix • López de Castro, Francisco • Hernández Luengo, Monserrat

 SESCOAM

Identificador: 89

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales en formación constituyen una población de especial interés a la hora de abordar los problemas de seguridad del paciente (SP) y con ello la cultura de seguridad (CS). Su corta experiencia puede ser un factor favorecedor para la comisión de errores y la fase de aprendizaje constituye una oportunidad para concienciar e inculcar principios y valores intrínsecos al ámbito de la SP.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Conocer la percepción que tienen los profesionales sanitarios en formación sanitaria especializada (FSE) sobre las actitudes y comportamientos relacionados con la SP. Estudio prospectivo, descriptivo y transversal, realizado durante los años 2022 y 2023, a partir de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), versión 1.0, adaptada al castellano. La encuesta contenía 61 preguntas y se administró a través de una plataforma eLearning al inicio de una actividad formativa en SP. Población diana: profesionales sanitarios de cualquier categoría profesional, año de residencia y especialidad, que realizaban su FSE en los hospitales acreditados y unidades docentes de un servicio de salud. Se analizaron todas las preguntas que conforman la encuesta, así como la calificación otorgada al nivel de SP. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM® SPSS Statistics 23, rechazando la hipótesis nula cuando el nivel de significación era de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 718 encuestas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los años de estudio. El 92% de los profesionales que realizaron la encuesta tenían contacto directo con los pacientes y el 72% eran médicos. La edad media fue 28 años y el 50% se encontraban en el segundo año de residencia. La valoración media del nivel de seguridad fue de 7,0 sobre 10 puntos, con una SD de 1,5; encontrándose el 50% de las calificaciones entre 6,0 y 8,0 puntos. La dimensión de CS mejor valorada fue “Trabajo en equipo dentro de las Unidades o Servicios” ($71,7\% \pm 1,7$). Como oportunidades de mejora destacaron aspectos dentro de las dimensiones: “Dotación de personal”, “Respuesta no punitiva a los errores”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la Gerencia en la SP”. Las diferencias significativas señalaron una percepción más positiva entre los profesionales con especialidades que no tenían contacto con pacientes frente a los que trataban con pacientes ($7,7$ vs $7,0$ $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La percepción sobre la CS, a partir de la encuesta AHRQ, en profesionales que están realizando la FSE se asemeja a la reportada en otros estudios por profesionales sanitarios con experiencia, destacando como principal fortaleza el “Trabajo en equipo en la Unidad”. Existen pocos estudios dirigidos específicamente a analizar la CS en profesionales en FSE. Las actividades formativas en SP durante los años de residencia constituyen una oportunidad para intercambiar experiencias y avanzar en CS.



DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE CERTIFICACIÓN PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

 Vaquero Álvarez, Esther • Bajo Carrión, Patricia • Raya Serrano, Antonio Luis

 Hospital San Juan de Dios de Córdoba

Identificador: 90

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro del proceso de mejora continua de la calidad que seguimos en el Servicio de Farmacia del Hospital, se considera prioritario establecer un procedimiento para dar respuesta al incremento en el número de pacientes externos atendidos en los últimos años. Además, queremos lograr una certificación de calidad que reconozca que el trabajo se lleva a cabo de una forma segura, responsable y eficaz.

En abril de 2024 el servicio de Farmacia del Hospital recibe una ayuda a través de una beca solicitada a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para obtener el sello de calidad que reconocerá el servicio de atención a Pacientes externos. Desde la Gerencia y dirección asistencial se impulsa y apoya la iniciativa de trabajo que es abordada por los servicios de Farmacia, Calidad, Enfermería, Área de Almacén para que juntos alcancemos la certificación de calidad. Solo diez hospitales en todo el territorio nacional español poseen esta certificación actualmente.

OBJETIVOS

Los objetivos son:

- Aumentar la calidad de la atención farmacéutica.
- Incrementar la satisfacción del paciente, a través de la mejora de buenas prácticas de atención farmacéutica.
- Mejorar la eficiencia en el Servicio al conseguir la certificación de calidad.

METODOLOGÍA

Un proceso asistencial normalizado y estructurado es un requisito esencial para optimizar los procedimientos. La atención a los pacientes externos es indispensable en nuestro Hospital, que atiende a más de 400 pacientes mensualmente.

El modelo de certificación UPEFH se ha establecido como un modelo basado en el ciclo de mejora.

Se han seguido los siguientes pasos:

1. Diseño de un sistema de garantía de calidad para la certificación de este área del Servicio.
2. Mejora de las estructuras necesarias de los parámetros estructurales, de proceso y de resultados relevantes para la calidad.
3. Desarrollo de todos los estándares exigidos por la norma;
4. Aplicación práctica del sistema de certificación.

RESULTADOS

La farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria ha asumido la responsabilidad del liderazgo y del compromiso para cumplir el modelo; facilitando la formación a todo el personal, con el fin de asegurar el desarrollo de las actividades.

Se han creado diferentes protocolos, basados en el Manual Q-PEX y modelos de atención farmacéutica de la SEFH. Se han conseguido diecinueve estándares obligatorios y desarrollado veintiséis estándares básicos.

Destacamos una mayor privacidad para los pacientes y la integración del área de pacientes externos con el equipo asistencial y otras unidades que componen el Hospital.

CONCLUSIONES

Recibir esta beca de la SEFH significa crear protocolos que nos ayudan a optimizar la calidad, renovarnos en el tiempo y aportar mejoras hasta ahora no existentes; incrementando la satisfacción del paciente.

Esta certificación solo se concede si el Servicio de Farmacia cumple con la totalidad de los requisitos obligatorios y con más del 70 % de los requisitos básicos.





IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN ATENCIÓN INTERMEDIA: ES MOMENTO DE ACTUAR

 Varo Albalá, Carme

 Consorci Sanitari de Terrassa

Identificador: 91

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACION

Después de 25 años de su nacimiento la seguridad de pacientes se ha convertido en un pilar de la calidad asistencial y se ha incorporado en los planos estratégicos de las organizaciones sanitarias. La implantación de las prácticas seguras se inició en la atención especializada y de forma progresiva en la atención primaria. En cambio, en el ámbito sociosanitario o atención intermedia donde se atiende al paciente crónico complejo fuera de los hospitales terciarios, con un elevado riesgo de incidentes de seguridad, la implantación y seguimiento de las prácticas seguras es en general incipiente y heterogénea dependiendo de la organización. y se debería priorizar.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo que nos planteamos fue analizar el seguimiento de las prácticas seguras implantadas en la atención Intermedia de una organización sanitaria integrada revisando sus indicadores durante el 2023. Las prácticas seguras monitorizadas para los cortes observacionales fueron la identificación inequívoca, prevención de úlceras por presión, de caídas, de la infección y del uso de contenciones mecánicas. Los cortes observacionales se realizaron de forma planificada semestral distribuida por las unidades de atención Intermedia de nuestro centro: convalecencia, paliativos, subagudos, larga estada, incluyendo asimismo la revisión de la historia clínica de los pacientes observados. En diciembre del 2023 y por profesionales del departamento de calidad y de la atención intermedia se revisaron los resultados de los indicadores de las prácticas seguras implantadas.

RESULTADOS

Los resultados de los indicadores analizados durante el 2023 para cada una de las prácticas seguras fueron los siguientes. En la identificación inequívoca el resultado fue de 95% con resultados de años anteriores inferiores. En la prevención de úlceras por presión se objetivó un 80% de registros de úlceras, 100% de registros de prevención de úlceras y escalada de riesgo al ingreso (Braden) y 50% de la escalada de riesgo durante el ingreso. En la prevención de caídas se registraron 331 caídas, 123 con consecuencias (37% de las mismas), con valores en la escala de valoración de riesgo (Downton) del 71% al ingreso. En la prevención de la infección no se realizaron los cortes por falta de formación en los observadores. Respecto a las contenciones: un 45% tenían pauta médica, un 39% con registro cumplimentado y un 68% con consentimiento informado. Del total de las observaciones no había ninguna que tuviese los ítems observados completos.

CONCLUSIONES

En general existe un amplio campo de atención de mejora en los indicadores de la intermedia, destacando la elevada prevalencia de caídas con lesiones secundarias y la necesidad de mejorar los registros de contenciones. La monitorización de las buenas prácticas de seguridad nos ayuda a implementar acciones de mejora en la atención intermedia y valorar implantar otras buenas prácticas como la prevención del Delirium.



MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA MEDIANTE GRUPOS FOCALES

 Varo Albalá, Carme

 Consorci Sanitari de Terrassa

Identificador: 92

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACION

La experiencia del paciente, fruto de sus interacciones con el conjunto del sistema sanitario, se considera un pilar de la calidad asistencial y es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una poderosa herramienta de mejora de la seguridad de los pacientes. Facilitar la autonomía y determinación del paciente en su propia asistencia otorgándole un papel protagonista, permite conocer el valor de la atención sanitaria, como mejorarla y detectar necesidades no cubiertas. La creación de grupos focales es una de las metodologías de trabajo más utilizadas para conocer la experiencia del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos planteados fueron conocer la experiencia de los pacientes en el proceso desde el embarazo hasta la lactancia y formular propuestas de mejora. En la metodología se siguieron 5 etapas: identificación de la trayectoria clínica y diseño de preguntas, formación de grupos focales, sesiones de grupos focales, transcripción y mapeo de la información y elaboración de propuestas de mejora. Se dividió el proceso en 4 grupos focales: primer trimestre, segundo y tercer trimestre, parto-postparto y lactancia. Los grupos estaban formados por 6-8 pacientes y un miembro del equipo de Calidad. Se solicitó la grabación en audio de las reuniones a los pacientes previo consentimiento informado. Las sesiones se desarrollaron durante el 2023. Las acciones de mejora generadas se explicaron a los profesionales del ámbito y pacientes. El desarrollo de los grupos focales se estructuraron en 5 dimensiones: información y comunicación, soporte emocional, accesibilidad, decisiones compartidas y comodidad e intimidad.

RESULTADOS

En cada dimensión se identifican aspectos positivos, neutros o negativos. En todo el proceso se identificaron 46 aspectos positivos, 72 aspectos negativos a mejorar y 22 propuestas de mejora de las que se consensuaron para iniciar:

- Información documentada: unificar información de la Web y reestructurarla. Ampliar información de los cuidados de la madre tras el parto.
- Incorporar sesiones de posparto inmediato.
- Estructurales: Espacio privado para cambiarse, sala de espera más amable.
- Sala dinámica de partos: control de número de profesionales y presentación.
- Curso de preparación al parto presencial/online.
- Mensaje recordatorio de primera visita telefónica postparto.

CONCLUSIONES

La formación de grupos focales en el proceso de embarazo, parto, posparto y lactancia demostró ser una excelente herramienta para detectar puntos de mejora y generar acciones a partir de la experiencia del proceso de los pacientes.

Las dimensiones con mayor número de aspectos de mejora fueron la accesibilidad y el soporte emocional a los pacientes. Las acciones que presentaron una mayor viabilidad fueron las relacionadas con información y comunicación a los pacientes, así como la mejora de la accesibilidad en el proceso de atención sanitaria.



SISTEMA DE PREVISIÓN Y PLANIFICACIÓN PARA CONSULTAS EXTERNAS

 Plaza Ochoa, Mónica • Abad González, Alejandra • Santos Álvarez, Paloma • García Romero, Adrián

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 94

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La administración de pacientes en el ámbito de consultas externas se realiza alrededor de un sistema basado en listas de espera. A su vez, estas se gestionan mediante la creación de una serie de huecos predefinidos en los que se ofertan diferentes prestaciones asistenciales con diferentes prioridades. Este modelo permite mantener dentro de un mismo servicio diferentes listas de espera con diferentes demoras en función de la premura con la que se desee ver al paciente en una determinada prestación. Por ejemplo, configurando huecos separados para pacientes de prioridad oncológica se permite que estos reciban asistencia por un circuito separado. Si el número de huecos es suficiente, se puede asegurar que siempre exista posibilidad de atender al paciente antes de un número de días concreto. Por supuesto, asignar más recursos a una determinada prestación o prioridad implica detraerlos de otra por lo que el equilibrio de todo el sistema es muy delicado y muy sensible a la demanda real que sufra el hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es doble: En primer lugar se ha de definir un algoritmo que, utilizando técnicas de inteligencia artificial y basándose en los datos históricos, permita calcular la demanda de consultas para un determinado periodo. En segundo lugar, se ha de crear sistema que permita obtener de manera sencilla las estructuras de huecos óptimas basándose en la demanda calculada y teniendo en cuenta los recursos (personal, equipamiento, salas, etc.) disponibles, además de una serie de restricciones adicionales basadas en requisitos operativos. Para esta segunda parte se han utilizado técnicas de modelado de recursos y sistemas basado en reglas.

RESULTADOS

Previamente al lanzamiento de este proyecto, las estructuras de huecos eran relativamente estáticas (debido a la dificultad de definir las manualmente) y existían importantes desviaciones entre la demanda real y la oferta asistencial del hospital. Esto creaba situaciones en las que determinadas prestaciones tenían largas listas de espera mientras que otras estaban prácticamente vacías. El uso de tecnología para la automatización de la tarea de creación de las agendas de consultas ha permitido incrementar el aprovechamiento de los huecos en aproximadamente un 20%. Esto redundaba en una reducción de lista de espera y una mejora en la calidad del servicio.

CONCLUSIONES

La automatización de tareas administrativas y que requieren del procesamiento de grandes cantidades de datos permite obtener grandes beneficios de optimización de los recursos sanitarios. Adicionalmente, se descarga al ya saturado profesional sanitario de tareas no asistenciales y permite realizar estas de una manera más rápida y eficiente.

PROYECTO GESTIÓN DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

 PEREZ JIMÉNEZ, ANTONIO • MORALES ORTEGA, BLANCA MARIA • LÓPEZ SÁNCHEZ, JESÚS • JIMÉNEZ DE LAS HERAS, LAURA • PÉREZ SERRANO, DIEGO

 GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE GUADALAJARA

Identificador: 95

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En nuestra región, la continuidad asistencial entre atención hospitalaria y primaria es clave para una atención de calidad y eficaz. Este proyecto busca mejorar este proceso, optimizando recursos y la experiencia del paciente. Se enfocará en la comunicación interprofesional, el intercambio de información clínica y la participación activa del paciente. El objetivo es consolidar un modelo integral y coordinado, mejorando la salud poblacional y la sostenibilidad del sistema sanitario.

A lo largo de esta propuesta, se explorarán diversas dimensiones clave, incluyendo la comunicación interprofesional, el intercambio de información clínica, la gestión de la transición entre niveles de atención y la participación activa del paciente en su propio cuidado.

El objetivo general es implementar un sistema integral de gestión de mejora del proceso de continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria de salud, utilizando metodologías de gestión por procesos y herramientas Lean, con el fin de optimizar la coordinación, la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria ofrecida a los pacientes.

Además, analizar el proceso de continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria, identificando puntos críticos, barreras y oportunidades de mejora.

Diseñar e implementar un modelo de gestión por procesos que facilite la coordinación.

METODOLOGÍA

Para alcanzar el propósito de este proyecto se llevaron las siguientes fases del proyecto:

1. Diagnóstico y Análisis Inicial a través de la herramienta DAFO
2. Planificación: se llevará a cabo la formación del Equipo de Trabajo, definición de objetivos, elaboración de un Plan de Acción.
3. Implementación. Rediseño de procesos y procedimientos de coordinación y continuidad asistencial; rediseño de protocolos de historia clínica digital. Capacitación del Personal. Pilotaje de Intervenciones.
4. Monitoreo y Evaluación. Determinación de indicadores de seguimiento; evaluación continua.
5. Sostenibilidad y Mejora Continua. Integración en la Práctica Diaria y desarrollar una Cultura de Mejora Continua.
6. Comunicación y Difusión de resultados.

RESULTADOS

El análisis de contexto nos revela que nuestra principal debilidad es la historia clínica digital fragmentada y la principal fortaleza el liderazgo de las enfermeras gestoras de casos que coordinan. Actualmente estamos en la fase 2 de la planificación metodológica, rediseñando los procesos de continuidad asistencial con los trabajadores de la Gerencia implicados.

CONCLUSIONES

Este proyecto tiene un enfoque integral y estructurado para mejorar la continuidad asistencial entre atención hospitalaria y atención primaria, requiriendo una planificación meticulosa, implementación estratégica y una cultura de evaluación y mejora continua. A través de la colaboración y el compromiso de todos los involucrados, se puede lograr una atención más coordinada, eficiente y centrada en el paciente.





OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DE PACIENTES TRIADOS EN URGENCIAS

 *Abad González, Alejandra • Merino Pérez, Sheila • García Romero, Adrián • Plaza Ochoa, Mónica • Valdueza Sandín, Jesús*

 *Hospital Universitario del Sureste*

Identificador: 96

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Hasta el momento, la distribución de pacientes triados en urgencias se realizaba manualmente. Este método era propenso a errores y complicaba mantener una distribución equitativa, especialmente con varios puntos de triaje funcionando al mismo tiempo. El sistema no balanceaba adecuadamente la carga de pacientes entre las diferentes salas, generando descontento entre el personal médico.

OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto es desarrollar una aplicación que, mediante un algoritmo, asigne automáticamente los pacientes triados a las salas médicas de forma equitativa. Se busca que todos los médicos vean un número similar de pacientes teniendo en cuenta el nivel de gravedad. Además, se pretende proporcionar una herramienta de gestión que permita un seguimiento detallado del flujo de trabajo, apertura y cierres de salas, así como del rendimiento individual de médicos y enfermeros.

METODOLOGÍA

Para desarrollar esta aplicación, se ha creado un algoritmo que toma en cuenta varios contadores y parámetros. La app permite habilitar y deshabilitar las salas médicas según su disponibilidad para atender pacientes. Además, se puede indicar si el médico que atiende es residente, asignándole una carga de trabajo menor. Al ingresar el nivel de gravedad del paciente en la aplicación, esta muestra por pantalla la sala médica correspondiente a la que hay que trasladar al paciente.

Además, se ha desarrollado un cuadro de mando que proporciona información en tiempo real sobre las aperturas y cierres de salas, el número de pacientes triados y atendidos en cada una de las salas médicas, estadísticas mensuales y otros datos relevantes. Esta herramienta facilita una gestión eficiente y efectiva del servicio de urgencias.

RESULTADOS

La implementación de la aplicación ha resultado efectiva en la redistribución equitativa de los pacientes, equilibrando la carga laboral del personal médico. El cuadro de mando ha brindado visibilidad sobre el funcionamiento del área de urgencias, facilitando ajustes en horarios y recursos de manera más eficiente. La recopilación de datos ha permitido identificar y corregir ineficiencias operativas, mejorando tanto la satisfacción del personal como la calidad de la atención a los pacientes, con una reducción notable en los tiempos de espera.


CONCLUSIONES

Este algoritmo ha resuelto problemas cruciales en la distribución de pacientes en urgencias, proporcionando una herramienta tecnológica que mejora la equidad y eficiencia en la asignación de pacientes. La implementación del algoritmo ha equilibrado la carga de trabajo entre los médicos, mientras que el cuadro de mando ha proporcionado una herramienta de gestión valiosa para optimizar los recursos y tiempos de operación. Este proyecto no solo ha mejorado la satisfacción del personal médico y de enfermería, sino que también ha contribuido a una atención más equitativa y de mayor calidad para los pacientes.



PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA Y SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID ⁽¹⁾ • ARTILES LEON, CRISTINA ⁽²⁾ • RAMOS RODRIGUEZ, AMPARO ⁽³⁾ • GIMENEZ CABRERA, ADRIANA ⁽³⁾ • TORRES JIMENEZ, IVONNE ANDREA ⁽²⁾ • COLOMER ROSAS, ASUNCION ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA112/HU120 • ⁽²⁾ SUMMA/HU120 • ⁽³⁾ SUMMA112

Identificador: 101

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El dolor provoca un gran impacto negativo en los pacientes por lo que es fundamental contar con estrategias eficaces para su manejo que controlen este síntoma. La información, conocimiento y actitud de los profesionales sanitarios son clave para identificar áreas de mejora y acciones para un manejo adecuado y seguro del dolor y su morbilidad, en especial en situaciones críticas como las que atendemos en los servicios de urgencias extrahospitalarias (SUE).

OBJETIVOS

Conocer la percepción del personal sanitario de un SUE con respecto a las actuaciones en el manejo del dolor y la sensibilización personal y visión de la misma por parte de la organización.

METODOLOGÍA

Se envió por email corporativo un cuestionario validado en nuestra comunidad, a 1400 profesionales. Consta de 22 secciones que indagan sobre actuaciones respecto al manejo del dolor llevadas a cabo en nuestro SUE, en las que se valora, mediante escala de satisfacción del 1-10, la importancia de determinada actuación y el grado de implantación según la perspectiva del profesional. Periodo de aplicación de la encuesta: 8 de mayo al 30 de junio de 2024. Se presentan resultados preliminares de estadística descriptiva recogidos al 28 de mayo.

RESULTADOS

Se obtuvieron 139 (10%) respuestas, el 57% (79/139) de los encuestados consideró muy importante con la máxima puntuación la sensibilización de los profesionales respecto al dolor, siendo la puntuación promedio en este ítem 9,19. Respecto a la elaboración de indicadores sobre atención del dolor, el 46% (64/139) valoró su importancia con una puntuación de 8 o más, evaluando el grado de implantación en el servicio con una puntuación media menor de 8,33.

La comunicación periódica desde calidad y/o gerencia del desarrollo de la estrategia del dolor obtuvo la puntuación más baja en cuanto al grado de importancia con el respecto a otras secciones (7,5/10).

Los ítems valorados con menor puntuación relativos al grado de implantación fueron: formación de pacientes y familiares sobre el manejo del dolor (5,8/10), la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura del dolor en planes de acogida a los profesionales sanitarios (5,7/10) y establecimiento de canales formales y estructurados que faciliten la coordinación/comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales para mejorar la atención de pacientes con dolor (5,7/10).

CONCLUSIONES

El porcentaje de respuesta es similar a otras encuestas online, nuestro objetivo cumple y en el momento actual la encuesta sigue abierta.

Nuestro estudio evidencia las estrategias y actuaciones concretas a reforzar para mejorar la concienciación y manejo del dolor en nuestro medio y extrapolable a cualquier centro sanitario.

Es necesario implementar jornadas orientadas tanto a la formación, favorecer la comunicación y fortalecer la sensibilización de profesionales como familiares e identificar los eventos adversos relacionados con el dolor y la prevención de los mismos.





EXPERIENCIA PRACTICA ESTABLE EN EL TIEMPO DE PARTICIPACIÓN CONJUNTA DE PACIENTE Y PROFESIONAL

 *Grau Corral, Clara • Marti Delgado, Ana*

 *Hospital Vall d'Hebron*

Identificador: 103

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Tras analizar la participación en salud en el entorno internacional, pacientes y profesionales, identificaron la cocreación como una de las necesidades no solucionadas en nuestro hospital, y se incorporó como eje clave en nuestro Modelo de participación. Este proyecto busca cubrir necesidades de estructura y dificultades operativas, planteando un marco que garantice la participación en espacios paritarios y estables de interacción y cocreación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estos espacios se concretan en las Comisiones Estables de Trabajo, CET, que:

- Garantizan el diálogo activo y deliberativo
- Realizan un trabajo proactivo y pactan el funcionamiento interno
- Definen conjuntamente los objetivos a desarrollar
- Cuentan con un elevado grado de autogestión y cocrean en grado tal que dificulta diferenciar la acción de las partes

OBJETIVOS

Promover espacios de diálogo y co-cración estables en los que impulsar la participación activa en el diseño de iniciativas

Obtener un retorno tangible del impacto de la cocreación en el funcionamiento diario que valide el modelo

Activar una CET pasa por

Seleccionar participantes: entre los profesionales responsables del área de conocimiento y con las aportaciones de la oficina de atención a las asociaciones de pacientes

Convocar. La secretaria técnica de participación es una estructura que

Da soporte administrativo en convocatorias, actas y registro de acuerdos

Se ocupa de la gobernanza y fija el marco de trabajo

Garantiza el diálogo activo y deliberativo

Crea sinergias entre áreas para replicar acciones de éxito

Plantear objetivos. Ajustar las expectativas con objetivos plausibles y resultados no predeterminados.

Calendarizar reuniones. Se acuerda el calendario anual.

RESULTADOS

En la experiencia práctica, y hasta abril del 2024

CETs en funcionamiento: 13 → 8 en 2022 y 5 en 2023

Reuniones de 1 hora: 87

Personas participantes: 272 → 47% pacientes, 53% profesionales

Se han planteado: 56 objetivos → 37% aplicando los resultados en la actualidad

Se ha evaluado la satisfacción:

Entidades de pacientes: 33 respuestas → 8,8 / 10 de satisfacción

Profesionales : 22 respuestas → 9 /10 de satisfacción


Se han aplicado mejoras sugeridas como el espacio compartido en nube y la inclusión de pacientes individuales.

CONCLUSIONES.

- Es una iniciativa de éxito.
- Responde a los problemas de la participación
- Los participantes entienden lo que se espera de ellos
- La estructura funciona y permite el crecimiento
- Se puede evaluar.
- La valoración de los participantes es positiva
- Los resultados se aplican en beneficio de pacientes del hospital
- Se trabaja con transparencia, hacia el hospital, los participantes y la sociedad en general, rindiendo cuentas sobre los planes de acción y con valoración de la participación cuantitativa y cualitativa

CARTOGRAFIANDO EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL ABORDAJE CUALITATIVO DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

 Vaquero Cepeda, Pablo ⁽¹⁾ • Mate Enriquez, Tomas ⁽²⁾ • Alcalde Martin, Montserrat ⁽²⁾ • Rodriguez Barrueco, Concepcion ⁽³⁾ • Rodriguez Martin, María Pia ⁽⁴⁾ • Maderuelo Fernandez, Angel ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Salamanca. SACYL. Salamanca. España. • ⁽²⁾ Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. SACYL. Valladolid. España. • ⁽³⁾ Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. SACYL. Salamanca. España. • ⁽⁴⁾ Unidad de Formación, Docencia e Investigación. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. SACYL. Salamanca. España. • ⁽⁵⁾ Coordinador de Equipos. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. SACYL. Salamanca. España. • Unidad de Investigación de Atención Primaria de Salamanca (APISAL), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

Identificador: 105

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El uso del abordaje cualitativo en encuestas de satisfacción permite incorporar la visión del usuario e identificar áreas de mejora en el servicio prestado desde su punto de vista. En las últimas recomendaciones realizadas por la OMS al Ministerio de Sanidad, se incide en la necesidad de incorporar estos datos para el diseño de nuevas estrategias en la Atención Primaria (AP). La implantación local de estas recomendaciones para la mejora en la toma de decisiones se presenta como una necesidad en el contexto actual.

OBJETIVO

Analizar las vivencias y experiencias de los usuarios del sistema de salud en relación con la asistencia sanitaria de AP en un área de más de 300.000 habitantes.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta online en noviembre del 2023 mediante SMS enviados a los usuarios (pacientes o acompañantes) que recibieron atención sanitaria en AP en los 2-3 días previos. El cuestionario constaba de 14 ítems, distribuidos en 8 dimensiones y una última pregunta opcional de texto libre. Se calcularon las distribuciones de frecuencias de cada ítem y se analizaron cualitativamente, mediante codificación inductiva, los comentarios de texto libre, utilizando Microsoft Excel y MAXQDA.

RESULTADOS

510 usuarios completaron el cuestionario. El principal perfil de los encuestados fue paciente (77,6%) mujer (59%) y mayor de 65 años (39,8%). Se obtuvieron porcentajes de valoración positiva (puntuación $\geq 8/10$) superiores al 85% en la atención (87,5%), información (86,3%) y trato (89,4%) recibidos y en el tiempo dedicado a la atención en consulta (87,6%). La puntualidad en la consulta se valoró positivamente por el 73% de los participantes y el tiempo desde la solicitud hasta la cita por el 67%. El 88% de los participantes no reportó incidentes de seguridad durante la atención recibida.

Respecto al análisis cualitativo, 102 encuestados realizaron comentarios, siendo el porcentaje de promotores mayor (69,6%) que el de detractores (10,8%) según el índice NPS©. El 48,4% de los segmentos codificados correspondieron a **Agradecimientos**, 32% a **Quejas genéricas** y 12,7% a **Tiempo**. Los comentarios más frecuentes en **Agradecimientos** aludieron a la amabilidad y profesionalidad del personal. En la categoría **Tiempo** reflejaron experiencias negativas relacionadas con los tiempos de espera para ser atendidos en los centros de salud y en consultas externas hospitalarias tras interconsulta (53% de los segmentos analizados). En **Quejas genéricas**, se incluyeron la percepción de falta de profesionales y problemas con las citas.

CONCLUSIONES

El estudio muestra una prevalencia significativa de comentarios positivos, particularmente hacia los profesionales, aunque también se identifican áreas de mejora como los tiempos de espera y la gestión de citas. El abordaje cualitativo de los datos se postula como un método eficaz para conocer las experiencias de los usuarios y guía para mejorar en el diseño de programas sobre la calidad y seguridad de los servicios de atención primaria.



MEJORAR LA CALIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS: ESTRATEGIA REGIONAL DE CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

 DELGADO MUÑOZ, MARGARITA ⁽¹⁾ • FERNÁNDEZ BUEY, CÉSAR ⁽²⁾ • RUIZ GARCIA, M^o VICTORIA ⁽³⁾ • LORENTE GRANADOS, GLORIA ⁽⁴⁾ • CÓRCOLES JIMENEZ, M^o PILAR ⁽⁵⁾ • HERNANDEZ LUENGO, MONTSERRAT ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SESCAM • ⁽²⁾ DIRECCION GENERAL DE CUIDADOS Y CALIDAD (SESCAM) • ⁽³⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE CUIDADOS Y CALIDAD (SESCAM) • ⁽⁴⁾ GERENCIA INTEGRADA MANCHA CENTRO • ⁽⁵⁾ GERENCIA INTEGRADA DE ALBACETE

Identificador: 106

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) proporciona cuidados de mayor calidad y seguridad para los pacientes, optimizando la utilización de recursos. Las GBP de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) y el Programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO[®]) constituyen un modelo de gestión con

METODOLOGÍA

Basada en evidencia, e inicio en España en 2010. En 2017 RNAO (Coordinador internacional), confirió a Host-España (coordinador nacional) la creación de BPSO[®]-Host Regionales (coordinadores regionales), siendo aceptada nuestra candidatura regional en 2021.

OBJETIVO

Implantar a nivel regional el modelo de gestión del Programa BPSO[®] con una macrogestión integrada en la Norma ISO 9001 y 14001.

METODOLOGÍA

Tras la constitución del Host Regional y publicación de convocatoria del Programa BPSO[®] en la comunidad autónoma, la recepción de solicitudes y selección de Gerencias, se impartió formación específica a líderes enfermeros, apoyo continuo y asesoramiento en implantación de GBP que permitiese incorporar y desarrollar la cultura de la práctica clínica basada en la evidencia, además de auditorías mensuales y anuales del proceso, intercambio periódico de información con Host-España y BPSO[®] regionales y adaptación y unificación de registros de la historia clínica (HC) para tener indicadores de evaluación sensibles a la práctica enfermera.

RESULTADOS

5 Gerencias presentaron declaración de interés, solicitud y proyecto; 2 fueron seleccionadas. Se impartió formación en metodología de Implantación de GBP (60h) admitiendo 23 profesionales con el 100% de alumnos aptos en competencias para liderar la implantación de GBP en sus Gerencias. La formación en Evaluación de las GBP se desarrolló en 2 ediciones (60h), con 2 sesiones de intercambio (regional y nacional) con 31 profesionales admitidos en la primera edición y 25 en la segunda, donde el 93,55% y el 96% respectivamente, adquirió las competencias. Fueron grabados 30 vídeos, replicándose a nivel regional y nacional. Consensuado el cambio de 23 formularios/agrupación de cuidados en hospital y 12 en primaria. La satisfacción referida por los clientes del proceso es de un 100% en cubrir necesidades y utilidad feed_back y un 85,7% de satisfacción con cambios en HC. Se han realizado paralelamente funciones de apoyo y colaboración con las 2 gerencias que previamente contaban con GBP implantadas en la región, consiguiendo mejoras en la gestión de las estructuras sanitarias, procesos clínicos y resultados en salud de la población. En la nueva convocatoria de 2024 se ha recibido solicitud de 8 nuevas gerencias.

CONCLUSIÓN

Hemos conseguido replicar a nivel regional la coordinación del Programa BPSO[®] con alto nivel de satisfacción y visibilizarnos como referentes a las gerencias en relación a la práctica clínica basada en la evidencia, contando con profesionales formados y con competencias para expandir esta cultura.

¿SABEMOS QUE ES LA PRACTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA (EPA)? REVISION DEL CONCEPTO DE EPA EN UN CONTEXTO INTERNACIONAL

 ESTEVEZ BENITO, MARIA SOLEDAD

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 107

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La Enfermera de Practica Avanzada (EPA) surge en EEUU en los setenta después y se asocia con especialización de las enfermeras. Después se ha ido extendiendo a países de Europa y resto del mundo. Los retos en los últimos años en los sistemas de salud están determinados por cambios demográficos y epidemiológicos, envejecimiento de la población, aumento de los costes sanitarios, desigualdades en salud, variabilidad clínica, la creación de nuevas políticas y programas de salud, y aumento de las enfermedades crónicas. Por ello han surgido nuevos roles de enfermería como la EPA, Advanced Practice Nursing (APN) ideada para favorecer el acceso y la sostenibilidad de un sistema que enfrenta estos retos. Hay variedad de términos para describir la EPA internacionalmente y genera gran confusión en la terminología de esta figura.

OBJETIVO

Revisar y aclarar el Concepto de EPA en un contexto internacional.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica en las bases de datos internacionales PubMed-Medline, EMBASE, Cinahl, Cochrane, Dialnet, IBECs, BDNF, LILACS y CUIDEN, y en textos relevantes de organizaciones profesionales (RNAO, CIE, etc) con palabras claves y descriptores en español e inglés, y se analiza mediante un estudio descriptivo-analítico. Se recuperan 1429 artículos, 82 relevantes y 19 definitivos.


RESULTADOS

Se revisa la historia y concepto actual de EPA sintetizando los roles más usados a nivel internacional. Se repasan las competencias y variaciones entre las competencias de las EPAs en el entorno internacional, así como las directrices de Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Se revisa el avance en el marco legal actual, los últimos modelos de regulación y la implementación de la EPA internacionalmente. Se identifican y exploran los instrumentos existentes en España que permiten definir los dominios de Practica Avanzada. Se analizan las barreras para la implementación de la EPA en España y en el mundo y las evidencias y novedades más relevantes en la actualidad sobre la práctica avanzada, así como el papel de las enfermeras.

CONCLUSIONES

El CIE avanza en la definición del concepto de EPA, y los diferentes roles para el consenso internacional, aquellos países que han apostado por mejorar los programas educativos avanzan de manera más importante en la implementación de la EPA. Hay países con regulación como EEUU, Canadá y recientemente Francia y se ha propuesto incrementar el número de EPAs en los próximos años para mejorar la atención en salud, y son referentes para España y otros países de Europa. En España la EPA trabaja de forma aislada, a veces sin apoyo organizacional para conseguir al máximo su potencial. A más competencias de la EPA, mayores resultados en salud. La enfermería debe ser la impulsora reivindicando su papel mediante el liderazgo y la investigación.

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN HOSPITAL COMARCAL AISLADO

 NOBLIA GIGENA, LAURA BEATRIZ • Gil Máñez, Esperanza • Recha Sancho, Rebeca • Sahún Gomez, Patricia • Miralles Adell, Claudia • Arenas Prat, María

 Hospital Comarcal Móra d'Ebre

Identificador: 108

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La actividad de los equipos PROA es un pilar fundamental en la lucha contra las resistencias antimicrobianas, la disminución de efectos adversos vinculados al uso de antimicrobianos y el desarrollo de infecciones secundarias a los mismos (infección por *Clostridio* *difficile*) demostrando ser un programa eficiente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar el grado de aceptación de las intervenciones realizadas por el equipo PROA

Identificar los diferentes servicios en los cuales se realizan intervenciones PROA

Evaluar los tipos de intervenciones realizadas

Efectuamos un análisis descriptivo de las intervenciones registradas en el programa de prescripción farmacológica por el equipo PROA multidisciplinar, dirigidas al médico tratante y vinculadas al tratamiento antimicrobiano, desde el 01-01- 2023 hasta el 30-04-2024, comparando el primer cuatrimestre del 2023 con el 2024.

Registramos: total de intervenciones realizadas en hospital de agudos y centro de atención intermedia (CAI), servicio donde se realizan intervenciones y tipo de intervención.

RESULTADOS

En 2023 se realizaron 40 intervenciones: 87, 5% en el hospital de agudos (35) y 12,5% en el CAI (5).

De las 35 intervenciones del hospital de agudos, 80% fueron en el cirugía general y digestiva, el 20% restante en traumatología y ortopedia.

De las 5 intervenciones realizadas en el CAI, el 60% fueron en larga estada y el 40% restante en media estada polivalente.

Desde enero a abril de 2023 realizamos 9 intervenciones: 89% en hospital de agudos y 11% en el CAI.

El tipo de intervención realizado fue: 45% mantener, 33% suspender, 11% ajustar dosis, 11% aumentar espectro. La aceptación fue del 100%.

Durante los primeros 4 meses del 2024 realizamos 106 intervenciones: 69% en el hospital de agudos y 31% en el CAI.

Las intervenciones realizadas en el hospital de agudos fueron: 25 en traumatológica y ortopedia, 24 en cirugía general y digestiva, 15 en medicina interna, 4 en ginecología, 3 en urología, y obstetricia y 2 en pediatría.

En el CAI las intervenciones realizadas fueron: 23 larga estada, 7 media estada polivalente, 2 subagudos y 1 en cuidados paliativos.

El 98% fueron aceptadas, un 1% aceptación parcial y un 1% no aceptada.

El tipo de intervención fue: 21% suspender, 15% aumentar espectro, 13% mantener, 13% terapia secuencial oral (TSO), 9,4% desescalar, 8,5% consejo PROA, 7,5% inicio por indicación, 5% ajustar por antibiograma, 3,8% duración, 1,9% ajustar dosis, 1,9% niveles plasmáticos.

CONCLUSIONES

- Incremento significativo del número de intervenciones realizadas por el equipo PROA
- Participación en todos los servicios del hospital de agudos y CAI
- El elevado porcentaje de aceptación.
- En el 30% de los casos la intervención implica la desescalada y/o retirada, y en un 13% la TSO minimizando el impacto del tratamiento antimicrobiano.
- En un hospital comarcal aislado, la realización de intervenciones PROA es una medida aceptada por el resto de profesionales y beneficiosa para las personas atendidas.



EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LAS ITU EN PACIENTES SONDADOS, EN UCI EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

 Martínez Álvarez, Gloria • San Roque Juan, Adrián • Burlachenko, Ganna • Gea Velázquez de Castro, María Teresa • Esparcia Novoa, María José • Dolera Moreno, Cristina

 Hospital San Juan de Alicante

Identificador: 109

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

PALABRAS CLAVE

Infecciones nosocomiales.

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Infecciones del tracto urinario relacionadas con sondaje vesical.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las infecciones del tracto urinario relacionadas con sondaje vesical (**ITU-SV**) son una de las **infecciones nosocomiales más frecuentes**. Las ITU-SU ocurren en 2,6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días. Estas infecciones pueden **provocar complicaciones graves**, como sepsis, pielonefritis o insuficiencia renal. Desde el año 2018 se realiza el bundle de prevención de ITU-SV en UCI.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es calcular la **densidad de incidencia** (DI) de ITU-SV desde 2019 al 2023, la **incidencia acumulada** (IA) en 2023 y caracterizar los **tipos de microorganismos** que causan ITU-SV en nuestro hospital en 2023.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio anual de **cohortes prospectivo** de pacientes ingresados en UCI de ITU-SV con sonda vesical ingresados en nuestro hospital durante 2019-2023. Se recogieron datos de presencia de sonda, de duración de sonda y tipos de microorganismos aislados en las ITU-SV. Se utilizó el programa Excel para el cálculo y para la realización de figuras.

RESULTADOS


La **densidad de incidencia** a lo largo de los últimos 5 años ha sido en 2019 de 1,6; en 2020 de 2,03; en 2021 de 3,22; en 2022 de 3,08; **en 2023 de 4,7 ITU-SV ‰ días de sonda** (Estándar <2,7‰). Durante el último año se incluyeron **301 pacientes** con sonda vesical, con un total de **2548 días de sonda** y se detectaron **12 ITU-SV**. La **incidencia acumulada** de ITU-SV en 2023 fue de **3,97%** pacientes con sonda.

Los **microorganismos aislados** en 2023 en las ITU-SV fueron: Candida albicans (25%), Klebsiella pneumoniae (16,7%) Escherichia coli (8,3%), Pseudomona aeruginosa (8,3%), Enterococcus faecium (8,3%), Pseudomona aeruginosa-MR (8,3%), Enterobacter Cloacae (8,3%), Candida tropicalis (8,3%) y Candida glabrata (8,3%). La **etiología** de estos microorganismos varía respecto a los de **España**.

CONCLUSIONES

La DI de ITU-SV ha oscilado entre 1,6 a 4,7 entre 2019-2023 ITU-SV por 1000 días-paciente sonda. La DI en los últimos 3 años **supera** el estándar establecido. Es necesario **garantizar recursos** que faciliten la aplicación de los bundles establecidos.

ADHERENCIA TEST SMAQ AL TTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO DE CANARIAS

 Villán García, Julio Uwaldo • Cerro López, Purificación • Suárez Darías, Ruth

 Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Identificador: 110

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La actividad trasplante de órganos en España alcanzó la cifra de 5861 trasplantes realizados en 2023. Para que el órgano perdure en el tiempo y no exista un rechazo del injerto es necesario que los pacientes sigan de por vida un estricto tratamiento con inmunosupresores

La falta de adherencia a la medicación inmunosupresora se asocia con la pérdida de injerto y con la muerte

En Canarias nuestro centro es el único acreditado para trasplante hepático. Los pacientes una vez trasplantados están en seguimiento en nuestro centro durante un año. Para facilitar la valoración del cumplimiento, se dispone de métodos apoyados en la entrevista clínica, en los que, de forma directa, se le pregunta al enfermo sobre su cumplimiento. Estos procedimientos son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor y, por tanto, poseen un alto valor predictivo positivo. El cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) es un instrumento de evaluación de adherencia corto y fiable

Objetivo Mostrar los resultados de adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos en el CHUNSC periodo 2021-2023

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de resultados del test de adherencia al tratamiento inmunosupresor SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire) realizados a 27 pacientes en seguimiento postrasplante hepático en el periodo 2021-2023

El cuestionario SMAQ está formado por 6 preguntas, todas ellas relacionadas con la toma de medicación. Las respuestas de las preguntas 1 a 4 son dicotómicas (sí/no), cualquier respuesta de sentido de no cumplimiento se considera incumplimiento del tratamiento del paciente

La pregunta 5 es semicuantitativa, asignándose un porcentaje de cumplimiento según la respuesta: A, 95-100% de cumplimiento; B, 85-94% de cumplimiento; C, 65-84% de cumplimiento; D, 30-64% de cumplimiento, y E, menos del 30% de cumplimiento

El paciente en seguimiento es citado cada 3 meses y según evolución en nuestro centro para revisión y durante la entrevista clínica se recaba el cuestionario SMAQ, además de otros aspectos

RESULTADOS

Edad media pacientes fue de 56 años, intervalo 25-75 años, 75 % varones y nivel de formación: estudios Primarios/Bachillerato

Análisis de un total del 294 test SMQ realizados en las citas de consulta presencial y también se revisaron los niveles de inmunosupresores en sangre de los 27 pacientes estudiados.

Resultados del test SMQ: 97,62 % adherencia del >95-/85-94%; 0,68 % adherencia del 65-84%; 1,02 % adherencia del 30-64%; 0,68% con adherencia < 30%

Niveles de inmunosupresores en sangre de 21 pacientes estaban en rango terapéutico óptimo y los otros 6 tenían niveles por debajo del nivel objetivo

CONCLUSIONES

En la muestra analizada podemos afirmar que la utilización del cuestionario SMAQ es una herramienta muy útil en el seguimiento de estos pacientes que por nuestra singularidad(archipiélago), las revisiones no siempre se realizan con una consulta presencia

¿DAMOS RESPUESTA TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

 *Torres Berrocal, Mercè*⁽¹⁾ • *López Sixto, Eduardo*⁽²⁾ • *Triado Cullell, Roser*⁽²⁾ • *Lozano Mendez, Isabel*⁽³⁾ • *Fages i Masmiquel, Ester*⁽⁴⁾ • *Alum Bou, Albert*⁽⁵⁾

⁽¹⁾ *Dirección Atención Primaria de Girona* • ⁽²⁾ *Dirección Atención Primaria de Girona* • ⁽³⁾ *Dirección Atención Primaria Girona* • ⁽⁴⁾ *ACUT Girona* • ⁽⁵⁾ *Dirección Atención Primaria Girona*

Identificador: 111

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La atención telefónica en los centros de atención primaria (CAP) ha de satisfacer las necesidades de la población en tiempo, canal y momento adecuados, ofreciendo la máxima calidad. En 2021 se trabajó en un plan de mejora de la atención telefónica con administrativos de los centros y responsables de la Dirección de Atención Primaria (DAP). Entre finales de 2021 y julio de 2022, se instalaron centralitas telefónicas inteligentes en los CAP. Esto permitió recopilar datos sobre el número de llamadas y la distribución horaria de cada Equipo de Atención Primaria (EAP) y posibilitó el análisis y la elaboración de planes de mejora basados en datos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la atención telefónica en los EAP. Detectar puntos de mejora, y definir acciones para garantizar la accesibilidad telefónica y una atención de calidad. Trabajar con todos los EAP en planes de mejora de los puntos débiles detectados. Alcanzar un 70% de llamadas contestadas y un 80% de usuarios atendidos. De las reuniones de trabajo colaborativo surgieron las principales líneas de acción: Segregación de la atención telefónica del mostrador. Adecuación del espacio y elementos de ergonomía. Enrutamiento de las demandas telefónicas: Redirección eficiente de las llamadas para que cada demanda sea atendida por el profesional adecuado. Análisis de los datos de atención telefónica: para adecuar recursos y puestos de trabajo de acuerdo con las necesidades. Paralelamente, desde la DAP se identificó la necesidad de proporcionar herramientas a los equipos para ser autosuficientes gestionando incidencias simples y realizar cambios en los algoritmos de llamadas de los centros: Creación de la figura del referente de telefonía del centro. Creación de un cuadro de mando con los datos de cada EAP: monitorización y gestión del acceso telefónico. Formación en el uso de la aplicación web de telefonía. Capacitación gestión de peticiones e incidencias e interpretación del cuadro de mando.

RESULTADOS

Desde la implementación de estas medidas, observamos mejoras significativas en la respuesta telefónica: Junio de 2022: 53% de llamadas respondidas en el primer intento y 80% de usuarios atendidos en las primeras 24 horas. Diciembre de 2022: 59% de llamadas respondidas y 83% de usuarios atendidos. Diciembre de 2023: 67.8% de llamadas respondidas y 87% de usuarios atendidos. Abril de 2024: 75% de llamadas respondidas y 91% de usuarios atendidos.

CONCLUSIONES

La implementación de centralitas telefónicas inteligentes y la mejora de los procesos de atención telefónica en los CAP han supuesto una mejora significativa en la respuesta a las llamadas. Se han identificado y abordado las dificultades de algunos equipos a través de intervenciones dirigidas por los referentes. Estos esfuerzos continuados están encaminados a seguir mejorando la accesibilidad y calidad de la atención telefónica en nuestros centros de atención primaria.

¿HEMOS SUSTITUIDO LA HIGIENE DE MANOS POR EL USO DE LOS GUANTES? UN NUEVO RETO INESPERADO Y DIFÍCIL

 Aloy-Duch, Andreu • Vidal Díez, Elena • Gil Álvarez, Sara • Torres Gaspar, Manuela • Solano Luque, Maria Fernanda • López Sánchez, Pere

 Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró

Identificador: 112

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las guías sobre “Precauciones Estándar” recomiendan el uso de los guantes como protección y prevención de la transmisión de agentes patógenos, transmitidos por contacto directo o indirecto a través de la sangre y fluidos biológicos, en piel no íntegra. Durante la pandemia COVID, se observó un importante incremento del uso de los guantes clínicos en los hospitales. Se quiso constatar si esta percepción era correcta.

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación del uso clínico de los guantes por los profesionales asistenciales; y Si, su uso, ha influido en el cumplimiento de la higiene de manos, pre- y post-pandemia.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de prevalencia de un día, valorando la indicación asistencial de los guantes ante un paciente (según la OMS).

Se evaluó el cumplimiento adecuado de la higiene de manos 2019 y 2023, durante las observaciones anuales habituales, añadiendo la variable: “no higiene de manos/guantes”. Criterios inclusión. Personal asistencial: médicos, enfermería, TCAI y técnicos sanitarios (TS). Se excluyeron los estudiantes en prácticas y personal no asistencial.

RESULTADOS

Objetivo 1. Se incluyeron 308 profesionales [45.1% enfermeras, 42.5% TCAI, 7.1% médicos y 5.2% técnicos sanitarios], que en el momento de la observación llevaban guantes.

Con indicación de uso: 47.4% [enfermeras 44.6%, TCAI 50.4%, médicos 59.1% y TS 31.3%].

Motivos: 1. Contacto con sangre o 80.1%; 2. Infecciones 15.8%; 3. Salud laboral 2.7%; 4. Hay que cambiarse los guantes 1.4%.

Sin indicación de uso: 52.6%. Motivos: 1. Traslado de pacientes 6.8%; 2. Gestión de bandejas de comidas, sin contacto con el paciente 3.1%; 3. Dar medicación oral 4.9%; 4. Exploraciones, sin contacto con fluidos 7.4%; 5. Sin motivo 71.6%.

Objetivo 2. En 2019 y 2023 se realizaron 328 y 317 observaciones, respectivamente, en las que no se hizo una HM, el 26.4%, y el 54.9% llevaban guantes.

CONCLUSIONES


La tasa de uso correcto de guantes es baja en 47.4%.

El 80.1% de las indicaciones de uso correcto por contacto con fluidos corporales. De las indicaciones de uso incorrecto de los guantes, en el 71.6% no hay motivo.

En 2023, los guantes han sustituido a la higiene de manos en el 54.9% de las observaciones.

Se está sustituyendo la higiene de manos por el uso de los guantes. Si superar el 60% de adherencia a la higiene de manos ya es un reto considerable, el aumento inesperado del uso de guantes sin higiene posterior parecer ser un reto aún más difícil de conseguir. Es necesario diseñar estrategias multimodales con todos los actores: calidad, equipos del control de la infección, servicios médicos y de enfermería, salud laboral, servicio de compras y medio ambiente, y desde las universidades y escuelas, para poder reconducir el uso indiscriminado de guantes y potenciar la higiene de manos.

UN PASO MÁS: ESCUCCHAR LA VOZ DEL PACIENTE EN UNA JORNADA NACIONAL

 Valero Valdelvira, Patricia • Guarch González, Ruth • Sánchez Iglesias, José Luis • Martínez Román, Sergio • Díaz García, Rebeca • Davins Riu, Meritxell

 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Identificador: 113

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Cada vez más, en los congresos/jornadas científicas, se tiene en cuenta la experiencia de los pacientes. En proyectos de telemedicina, se está fomentando su incorporación en grupos de cocreación para conocer expectativas, ideas, pensamientos, necesidades de los mismos del proceso de salud en el que se encuentran inmersos.

No siempre es posible (problemas de tiempo, espacio, etc.) poder crear grupos de pacientes (focus group) para conocer sus experiencias. Son necesarias ideas innovadoras para captar la voz del paciente, ¿por qué no aprovechar la ocasión y probar en una jornada nacional de pacientes de neoplasia de ovario?

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Conocer inquietudes y necesidades no cubiertas en la atención sanitaria habitual en pacientes diagnosticadas de neoplasia de ovario.
- Descubrir puntos de mejora en la práctica asistencial de dichas pacientes.
- Mejorar los resultados en salud a través de la voz del paciente.

En la Jornada Nacional de pacientes con cáncer de ovario, se solicitó su participación, de manera voluntaria, en una estrategia de cocreación, involucrándolas en la creación del contenido de una aplicación móvil para el seguimiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario.

Se creó un cuestionario ad hoc al que accedieron las asistentes a la jornada mediante código QR. Previamente, se explicó el proyecto y la incorporación de la aplicación móvil.

Con los datos recogidos, se realizó una reunión con el equipo asistencial para mejorar la aplicación en vías de desarrollo.

RESULTADOS

Hubo 16 participantes que asistieron a la Jornada Nacional de cáncer de ovario de diferentes puntos de España. Todas habían buscado información por internet. Las necesidades eran diferentes según el momento. Al diagnóstico, sobre todo demandaban información sobre el tratamiento, expectativas y supervivencia. Antes de la cirugía, destacaron las dudas sobre: riesgo de la cirugía, recuperación y vida sexual. Durante el ingreso, las inquietudes eran más tipo fisiológico (nutrición, fisioterapia, control dolor, complicaciones postoperatorias, etc); destacando la necesidad de apoyo psicológico que aparece a partir de la cirugía. Al marchar a casa de alta, la preocupación se centra en cuidados postquirúrgicos de la herida, fisioterapia (suelo pélvico), nutrición, vida sexual y apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

Se tienen que potenciar nuevos medios para captar la voz de los pacientes. Un congreso nacional de pacientes es un canal innovador para obtener información cualitativa de forma eficaz e inmediata sobre sus inquietudes y necesidades.

La satisfacción de las pacientes, así como de los profesionales, fue excelente. Las pacientes estaban agradecidas de poder colaborar y a los profesionales, les gustó obtener esta información.

Así, conseguimos que las pacientes sean parte activa en el proceso de transformación digital, empoderándolas.

FOMENTANDO LA CULTURA DE SEGURIDAD A TRAVÉS DEL CHEQUEO QUIRÚRGICO

 RODRIGUEZ GONZALEZ, JORGE ⁽¹⁾ • AIGE, CRISTINA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL VITHAS LLEIDA • ⁽²⁾ PUJAL

Identificador: 114

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente en el proceso quirúrgico es crucial. En 2022, solo el 42% de la lista de chequeo de cirugía segura se cumplía, mostrando una brecha entre políticas y práctica clínica. Para solucionar esto, es esencial promover una sólida cultura de seguridad en el quirófano, con la participación del personal sanitario, asegurando que la seguridad del paciente sea siempre una prioridad. Nuestro compromiso es fomentar esta cultura de seguridad para garantizar la máxima calidad en la atención, usando como vector conductor el chequeo de seguridad del BQ.

OBJETIVOS

El objetivo principal es, promover una cultura de seguridad del paciente en el Bloque Quirúrgico, integrándola en las prácticas diarias.

- Asegurar el riguroso cumplimiento de los protocolos de seguridad con acciones de calidad, y alcanzar un 1000% de cumplimiento efectivo.
- Incentivar la colaboración multidisciplinaria en proyectos de mejora.

METODOLOGÍA

Nuestra metodología se centra en identificar y abordar barreras clave para fomentar una cultura de seguridad en el bloque quirúrgico. Las barreras incluyen la falta de cultura de seguridad, baja implicación del personal, brecha entre política y práctica, bajo empoderamiento del TCAE y poca implicación de la dirección.

Para abordar la falta de cultura de seguridad, difundimos artículos científicos y presentamos evidencia en el Comité del Bloque Quirúrgico. Combatimos la baja implicación del personal mediante un grupo de trabajo multidisciplinario que promueve la participación de todos los roles relevantes.

Para cerrar la brecha entre políticas y práctica, realizamos auditorías observacionales. Empoderamos a los TCAE nombrando un líder en Seguridad del Paciente, fortaleciendo su papel y liderazgo. Finalmente, aseguramos el compromiso activo de la Dirección nombrando representantes en el Comité Corporativo de Seguridad del Paciente.

RESULTADOS


En el apartado de resultados, observamos una mejora significativa en el cumplimiento de los protocolos de seguridad: en 2022, el cumplimiento fue del 42%, incrementándose al 83% en 2023, y alcanzando un 92% en 2024. Esta progresión refleja el éxito de nuestras intervenciones y el fortalecimiento de la cultura de seguridad en el Bloque Quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico es una prioridad, pero ha de trabajarse desde una perspectiva profunda de cultura. En 2022, solo el 42% del chequeo de seguridad se cumplía correctamente.. Hemos fomentado una cultura de seguridad, asegurando el cumplimiento riguroso de los protocolos y transformando la mentalidad del equipo para que el cumplimiento sea efectivo.

Nuestros objetivos incluyeron crear una cultura de seguridad, erradicar el cumplimiento superficial e incentivar la colaboración multidisciplinaria. Esto resultó en un aumento del cumplimiento al 42% en 2022 y al 92% en 2024.

16 AÑOS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD DE ICTUS

 Menéndez Fraga, M^a Dolores ⁽¹⁾ • Cano Sánchez, M^a Teresa ⁽¹⁾ • Antuña Montes, Lucía ⁽¹⁾ • San Cristóbal Velasco, M^a Esther ⁽¹⁾ • Alonso Fernández, Josefina ⁽²⁾ • Vázquez Valdés, Fernando ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Monte Naranco • ⁽²⁾ Hospital Universitario Central de Asturias

Identificador: 115

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los programas de pacientes con ictus es un objetivo de coordinación de cuidados entre neurólogos y geriatras. El conocimiento de los eventos adversos (EAs) en estos pacientes es escaso.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia y severidad de los incidentes y eventos adversos (EAs) en pacientes con ictus de nuestro hospital. Siguiendo los conceptos más modernos sobre Seguridad de Pacientes (SP) se deben analizar tanto los eventos sin y con daño, ya que tienen los mismos factores contribuyentes.

METODOLOGÍA

Periodo de estudio: 2007-2022. Marco: Hospital de 205 camas, fundamentalmente pacientes agudos geriátricos y quirúrgicos, con una unidad de ictus de 35 camas.

Recogida de datos: Revisión de las historias clínicas electrónicas según la metodología del Global Trigger Tool (GTT), de forma interna por una enfermera y un médico. Para las categorías de severidad se empleó el NCC MERP Index (categorías C a I) y se usó una escala Likert para evaluar los EA prevenibles (puntuación de 3 y 4 en la escala).

RESULTADOS

En los 16 años de estudio ingresaron 5024 pacientes con ictus y se estudiaron 339 (6,7%) con una estancia de 5993 días. La localización del ictus correspondió al hemisferio izquierdo (47,5%), derecho (36,9%), vertebrobasilar (6,2%) y otros (1,8%). La etiología del ictus fue mayoritariamente isquémica (78,5%). 223 pacientes (65,8%) presentaron un Índice de Barthel totalmente dependiente o con dependencia severa.

En 141 pacientes (41,6%) hubo 190 eventos, de los cuales 51 (26,8%) fueron incidentes (en 37 pacientes), y 139 (73,2%) fueron EAs (en 104 pacientes). Hubo un total de 31,7 eventos por 1000 pacientes día, 56 eventos por 100 admisiones, y 41,6 % de admisiones con eventos. Por categorías de severidad: 25 C (13,2%), 26 D (13,7%), 134 E (70,5%) y 5 I (2,6%). Dentro de las categorías secundarias las 3 más frecuentes fueron: IRAS 38 (19,7%) de las cuales el 50% fueron ITUs, UPP 33 (17,1%) y flebitis/extravasaciones 28 (14,5%). La mortalidad debida a un EA en el total de los pacientes fue del 1,5%. Además se analizó la preventibilidad de los EAs y también se comparó el grupo de pacientes sin eventos y con eventos.

CONCLUSIONES

Fortalezas: Hay escasos estudios de EAs en pacientes con ictus y que incluyan eventos sin daño y con daño, ya que los factores contribuyentes son los mismos.

Hay una alta frecuencia de EAs, el 41,6% de los pacientes tuvieron un EA con las IRAS como el más frecuente y con 1,5% de mortalidad total debido al EA, lo que permite identificar áreas de riesgo y su posible mejora.

Limitaciones: Dado la variabilidad y pocos estudios no se puede generalizar los datos encontrados aunque es el mayor estudio temporal y de número de pacientes de la literatura.

Dependencia de los datos que se registran en la HCE, y abarcar un único centro, aunque la herramienta tiene una mayor sensibilidad frente a otras metodologías, y se pueden customizar y optimizar los recursos a la hora de la obtención de datos.

CAIDAS HOSPITALARIAS: ¿PREVENIBLES Y EVITABLES?

 Gabarró Taulé, Teresa • Arias Guillen, Marta • Quintela Martinez, Marta • Amarilla Tostado, Yolanda • Vélez Gálvez, M^oElena • Prat Pons, Silvia

 Hospital Clinic Barcelona

Identificador: 116

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las caídas en el paciente hospitalizado representan un impacto en su comorbilidad, agudizando su fragilidad así como un aumento de las estancias hospitalarias y los costes sociosanitarios asociados. En el año 2023 en nuestro hospital se notificaron 504 caídas, sucediendo 39 de ellas en nuestras unidades de hospitalización de nefrología-urología. Aunque nuestros resultados sólo representan un 7,7% de las caídas totales, el impacto que éstas tienen en el perfil de nuestros pacientes, así como en su evolución clínica, nos plantea un reto en el abordaje para su prevención.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de la intervención enfermera realizada en nuestras unidades asistenciales.

METODOLOGIA

Diseñamos una encuesta para saber el grado de conocimiento que tienen nuestros profesionales de enfermería sobre la prevención de las caídas. Esta encuesta contenía datos sociodemográficos, de experiencia profesional, y si habían recibido formación específica así como preguntas abiertas donde debían identificar medidas de prevención relacionadas tanto con el paciente como con el entorno. A raíz de los resultados, realizamos una sesión informativa compartiendo los indicadores de nuestra área, desarrollamos una formación específica para nuestros profesionales, se identificó con una pulsera a todos los pacientes con riesgo según la escala Downton y se diseñaron unas infografías sobre las medidas de prevención que se colgaron en todas las habitaciones como soporte para la educación del paciente/familia. Por último, se comentó con la fisioterapeuta referente los pacientes identificados para realizar una intervención específica durante su ingreso que mejorara su capacidad funcional.

RESULTADOS

Respondieron 66 personas con una edad media de 42,5 años, 88 % eran mujeres. El 70% de los participantes tienen una experiencia profesional de más de 10 años. Hay que destacar que el 42% no recibió educación específica sobre la prevención de caídas aunque el 91% consideró necesario evaluar el riesgo de caídas de los pacientes ingresados. Los participantes tenían una percepción baja de las caídas notificadas en sus unidades. En las preguntas abiertas todos identificaron las medidas de prevención de caídas aunque confundían las relacionadas con el paciente de las del entorno.


CONCLUSIONES

En nuestra área se notifican el 100% de las caídas. Un 95% de los profesionales consideran las caídas como prevenibles y creen oportuno realizar alguna actividad posterior a la notificación: análisis de la causa, valoración de los daños, revalorar escala de riesgo, reforzar la educación y adecuar un entorno más seguro. En el período de enero a abril de 2024 constatamos una disminución del 19% en las notificaciones, que asociamos al inicio de la intervención realizada, en espera de finalizar el análisis anual completo. Aunque no todas las caídas son evitables, el rol de los profesionales hacia la prevención es la clave para minimizar estos incidentes en la seguridad del paciente.





PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DE LA HUMANIZACIÓN EN LOS CUIDADOS EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

 *Gomis Baldoví, Sonia • Aragón Higuera, Joan • Llanes Domingo, Jose • Camarasa Escudero, Lorena • Oya Belenguer, Miriam • Zafra Solaz, M^aCarmen*

 *Hospital Universitario de la Ribera*

Identificador: 117

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad debido a la deshumanización en la asistencia sanitaria, las organizaciones elaboran planes estratégicos cuyo fin es potenciar medidas dirigidas a mejorar la humanización de los pacientes y familia en la atención sanitaria. La humanización es un componente elemental en los cuidados de enfermería y tiene una relación directa con el grado de satisfacción de los pacientes con la atención prestada. La implementación de ciclos de mejora continua, con el fin de sensibilizar al profesional de enfermería en la importancia de aplicar cuidados humanizados en su atención al enfermero, dándole la máxima prioridad a la comunicación, acompañamiento, relación con el paciente-familia y la empatía, es imprescindible.

OBJETIVOS

Analizar cuál es la percepción del paciente hospitalizado relacionado con los cuidados de enfermería, cuyo fin es establecer estrategias específicas que favorezcan la sensibilización del profesional hacia la atención humanizada y centrada en el paciente favoreciendo la comunicación, la escucha, la empatía y el respeto.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y prospectivo, de corte transversal, donde se procedió a la recogida de datos respecto a la percepción de la humanización de los cuidados, a través de una encuesta anónima y autoadministrada validada por Gracia Ruiz M. et al. Se trata de una encuesta semi-estructurada, ordenada a través de 17 preguntas, que abordan diferentes dimensiones objetivo del estudio, destacando la información y comunicación, la seguridad, confianza y valores en la atención prestada. El periodo de estudio fue del 1/2/2024 al 29/2/2024. Posteriormente se realizó un análisis global y específico por unidad de hospitalización, presentándose en todas las unidades participantes y planificando estrategias de mejora a través de grupos focales, compuestos por personal base y mandos intermedios.

RESULTADOS


En el estudio participaron un total de 216 pacientes. Se obtuvo un elevado grado de la percepción de la humanización de los cuidados de enfermeros, obteniendo una media de 9,03, sobre una escala Likert de 10 puntos. La mayoría de las variables obtuvieron puntuaciones superiores a 8,7 puntos, excepto el tiempo de escucha que se dedica al paciente y el presentarse el profesional por su nombre. Se presentaron los datos obtenidos, en distintas reuniones de servicios. Se elaboró un plan de mejora pactado con el personal base, incorporando valores en el modelo de cuidados del centro.

CONCLUSIÓN

El análisis de la percepción del paciente en la humanización de los cuidados enfermeros, es una estrategia de mejora de la calidad asistencial. Aunque el grado de humanización en el Hospital Universitario de la Ribera es alto, se establecieron intervenciones cuyo objetivo fue mejorar las debilidades evidenciadas, implicando al profesional base en todo el proceso.



CULTURA ORGANIZACIONAL: TODO ES CUESTION DE PREGUNTAR

 FIDALGO HERMIDA, BEATRIZ • RAMON RODRIGUEZ, PAZ • CARRASCOSA BERNALDEZ, JOSE MANUEL • MUÑOZ VALERA, M^o TERE-SA • CISNEROS ALMEIDA, LIZZY PAOLA • RODRIGUEZ GOMEZ, CONSTANZA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO JOSE GERMAIN

Identificador: 118

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

“Los clientes nunca amarán a una empresa hasta que los empleados la amen primero” (Simon Sinek).

Nuestro hospital trabaja con la intención de construir equipos sólidos, contribuir a la cultura del lugar de trabajo y mantener un crecimiento organizacional en general. Para que esto pueda ser posible, lo primero es preguntar a los trabajadores por ese compendio de valores, reglas, procedimientos y principios que comparten con los compañeros y que mejor forma de hacerlo que a través de una encuesta de cultura organizacional.

OBJETIVOS

Conocer el grado de cultura organizacional de los trabajadores de un hospital monográfico en salud mental a través de una encuesta, de forma que se puedan identificar líneas de trabajo que nos permitan mejorar prácticas y estrategias.

METODOLOGIA

Para el diseño de la encuesta se constituye un pequeño grupo de trabajo que define las áreas a preguntar, tipo de preguntas a realizar, formato, etc. Posteriormente se remite a los responsables de las distintas áreas, para que elaboren, en conjunto con los miembros de sus comisiones o unidades, aquellas preguntas que quieren hacer al resto de sus compañeros.

La encuesta se realiza a través de la aplicación de FORMS, lo que permite llegar de forma rápida a todos los profesionales, a través del correo electrónico e Intranet. Tras la realización de la encuesta se analizan los diferentes resultados de la misma para la implantación de líneas de mejora.

RESULTADOS


La encuesta dispone de un total de 48 preguntas dividida en 6 áreas (Clima laboral, comunicación interna, Movilidad y cultura ambiental, Seguridad del paciente, Igualdad y Humanización) en las que se utilizaron preguntas a valorar del 1 (nada) al 5 (mucho), preguntas de SI/NO y preguntas abiertas. En todas añadiendo No Sabe/No contesta. Se ha obtenido una tasa de respuesta de 26% de los cuales el 33% es personal no sanitario, 18% personal facultativo y el 49% resto de profesionales asistenciales. Se ha emitido un informe en el que se especifica el ítem mejor y peor valorado por área tanto a nivel general como específico por categoría. Se difundió a través de la intranet los resultados y se han planificado líneas de trabajo.


CONCLUSIONES

La encuesta nos ha permitido recopilar ideas para mejorar las estrategias de liderazgo o cualquier cambio general, que son factores importantes para impulsar la cultura organizacional. Nos ha permitido encontrar soluciones a problemas que pueden surgir dentro de los equipos y que pueden crear incomodidades, ya que nos ha permitido planificar líneas de trabajo (mejorar la notificación de incidentes, mejorar la concienciación en cultura ambiental y de humanización, desarrollo de un plan de comunicación interna y externa). Consideramos que, a corto plazo, traerá grandes beneficios pudiendo ser transferible a cualquier organización sanitaria, ya que se ha realizado con recursos propios.



RE ORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA Y URGENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

 Fages i Masmiquel, Ester ⁽¹⁾ • Alum Bou, Albert ⁽²⁾ • López Sixto, Eduardo ⁽³⁾ • Torres Berrocal, Mercè ⁽⁴⁾ • Masvidal Rey, Maria del Mar ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ CUAP Güell Girona • ⁽²⁾ Dirección de Atención Primaria Girona - Director Asistencial • ⁽³⁾ Dirección de Atención Primaria Girona - Responsable de Calidad • ⁽⁴⁾ Dirección de Atención Primaria Girona - Secretaría Técnica • ⁽⁵⁾ Atención Continuada y Urgencias en base Territorial (ACUT) de Girona - Directora ACUT Marítim

Identificador: 119

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención continuada (AC) es fundamental en la atención primaria y en los servicios de atención urgente, aunque históricamente ha sido atomizada y diversa en sus modelos. El mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública proporciona directrices y propone un enfoque de desarrollo territorial para la atención urgente. La reordenación de la AC busca crear estructuras asistenciales eficientes, aprovechando el conocimiento y la experiencia de los profesionales y dispositivos existentes. Este nuevo modelo organiza la atención urgente desde la atención primaria, abordando la variabilidad en la actuación y priorización de patologías graves. Además, asegura que cada caso se atienda en el nivel adecuado según el plan nacional de urgencias, mediante un sistema único de selección a través del teléfono de urgencias 061. La reordenación también aborda la carencia de un sistema de selección telefónica validado, así como la desatención de los Puntos de Atención Continuada (PAC) cuando el equipo debe salir para una urgencia a domicilio (activados por el 061 o por el propio usuario o familiar), y las derivaciones innecesarias a urgencias hospitalarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar la gestión de la atención continuada y urgencias en el área del PAC, coordinando eficientemente los recursos. Optimizar los servicios sanitarios mediante la integración y colaboración, evitando duplicidades. Asegurar que la atención urgente se preste desde el nivel asistencial más adecuado. Disminuir la variabilidad en el funcionamiento de los dispositivos de atención urgente en un territorio. Mejorar la satisfacción de los profesionales. Promover la mejora continua de la calidad asistencial. Se dirige principalmente a usuarios que requieren atención domiciliaria por descompensación de patologías crónicas y por problemas agudos. Se propone crear un equipo de un médico y una enfermera en uno de los PAC para atender domicilios no programados de la zona. Si no hay actividad domiciliaria, este equipo apoyará a los profesionales donde está ubicado. Para garantizar la continuidad asistencial, se programarán visitas no presenciales en días laborables al equipo de atención primaria o visitas domiciliarias o telefónicas en días festivos según sea necesario al equipo de atención continuada. En febrero de 2024 se implementa el proyecto, previa dotación de material y recursos necesarios, y la difusión del proyecto.

RESULTADOS

Se ha observado un aumento en la actividad domiciliaria comparando el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2024 respecto del mismo periodo de 2023, pasando de 86 a 144 visitas domiciliarias.

CONCLUSIONES

Dotar de profesionales específicos para la atención domiciliaria ha mejorado la eficiencia de la atención a usuarios que la solicitan. Este modelo de reordenación ofrece resultados prometedores y se espera que, continúe optimizando la calidad y eficiencia de los servicios de atención continuada y urgente en nuestro territorio.

INTRODUCCIÓN DE LOS ANÁLISIS ALEATORIOS DE SEGURIDAD EN TIEMPO REAL EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

 MARTÍN LORENZO, MARTA • GARCÍA GONZÁLEZ, SAÚL • SALINERO MARTÍN, INMACULADA • DE LA FUENTE GUITART, ROSA • MAS LODO, MARGARITA • FERNÁNDEZ MUERTE, ISABEL

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES

Identificador: 120

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Cuidados Críticos (UCI) son unidades susceptibles de presentar eventos adversos debido a la gravedad de los pacientes y la complejidad de los procedimientos, aparataje y medicación utilizados. Es necesario contar con personal formado que desarrolle su labor en equipo.

El estudio Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) concluyó que en España la probabilidad de, al menos, un incidente relacionado con la seguridad del paciente era del 62%. El 74% de los incidentes se relacionaron con medicación, aparatos, cuidados, accesos vasculares y sondas, vía aérea y ventilación mecánica. El 90% de los incidentes sin daño y el 60% de los eventos adversos se consideraron evitables.

El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas han promovido el “Programa de seguridad en los pacientes críticos”, que incluye proyectos enfocados a implantar prácticas clínicas seguras en UCI (Proyectos Zero) y además la Comunidad de Madrid en su Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 en su Línea Estratégica sobre el paciente crítico, objetivo estratégico 7.3.2: Promover la evaluación de la seguridad en el paciente crítico recoge las actuaciones “Identificar indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico” e “Impulsar la realización de auditorías internas aleatorias de seguridad.”

Para la realización de estas actuaciones en la UCI de un Hospital de segundo nivel, entre otras medidas, se ha decidido implantar los Análisis Aleatorios de Seguridad en Tiempo Real (AASTRE). Son una herramienta clínica diseñada para mejorar la seguridad de los pacientes críticos. Favorece la disminución de los errores de omisión y comisión.

OBJETIVOS

Implantar los AASTRE como herramienta para mejorar la seguridad de los pacientes ingresados en nuestra unidad.

METODOLOGÍA

Los AASTRE cuentan con 37 medidas, divididas en 8 bloques (ventilación mecánica; hemodinámica/renal; analgesia/sedación; tratamiento; técnicas y pruebas; nutrición; cuidados de enfermería y estructura y otros). Cada medida tiene una definición con unos criterios de inclusión y exclusión. Se aleatorizan el 50% de los pacientes y el 50% de las medidas y se realiza a pie de cama con el equipo al cuidado del paciente ese día (médico, enfermera y en nuestra unidad incluimos TCAE).

Para su implantación se han realizado sesiones formativas al personal dos días a la semana (1 en turno de mañana y otra en turno de tarde) durante 3 semanas y se ha creado un formulario forms.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES


Con las sesiones formativas se alcanzó al 67.3% de las enfermeras, al 96.5% de las TCAES y el 90% de los médicos.

Se ha realizado una prueba piloto en el primer trimestre del año y se va a establecer en el segundo semestre del año.

A pesar de que la prueba piloto fue satisfactoria, debido a cambios estructurales en la unidad se observa la necesidad de realizar nuevas sesiones formativas.

CIRCUITO EFICAZ EN COAGULACIÓN PEDIÁTRICA: “UNA CONSULTA MENOS, UNA SONRISA MÁS”

 MARTOS MARTINEZ, RAFAEL ⁽¹⁾ • GONZALEZ ARIAS, ELENA ⁽¹⁾ • YUSTE PLATERO, MARIA ⁽¹⁾ • VILLA GONZALEZ, BEATRIZ ⁽¹⁾ • ALFARO CADENAS, LAURA ⁽¹⁾ • BERMEJO MARTINEZ, LAURA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO)

Identificador: 121

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACION

Los estudios de coagulación realizados a pacientes pediátricos previo a cirugías son frecuentes y tradicionalmente conllevan varias visitas al hospital (1ª consulta, extracción analítica, consulta resultados...) ocasionando un deterioro en calidad de vida, además de un tiempo de espera más prolongado hasta la cirugía.

Establecer un circuito eficaz que reúna en una única visita consulta y extracción analítica, facilitando recomendaciones y tratamientos apoyados en consultas no presenciales, podría ser una alternativa válida, evitando desplazamientos, manteniendo seguridad clínica y permitiendo una gestión adecuada de recursos sanitarios.

OBJETIVOS

OP: Evaluar eficacia del circuito eficaz midiendo: número visitas al hospital, resultados analíticos óptimos, consultas evitadas, tiempos de espera hasta cirugía y resolución de incidencias.

OS: Conocer grado satisfacción con el proceso asistencial mediante encuestas anónimas de calidad de vida.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y prospectivo, donde se incluyen pacientes en circuito eficaz según práctica clínica habitual durante 16 meses (Ene/23-Abr/24).

En 1ª consulta hematología, se valora al paciente, se realiza analítica al niño y se confirma el acceso al portal del paciente para resultados, recomendaciones e incidencias.

Las variables analizadas fueron: número visitas al hospital por niño, estudios de coagulación válidos, consultas evitadas, incidencias resueltas a través de servicios no presenciales (diálogo web) y tiempo hasta cirugía (días).

Para conocer satisfacción, se entregó a los padres una encuesta anónima donde describen qué aspectos destacaban del proceso asistencial.

RESULTADOS


63 pacientes incluidos (media 12,8 años). 58 consultas únicas realizadas. 5 pacientes tuvieron que volver al hospital, todos por resultado analítico erróneo (7,9% coagulaciones no válidas). En optimización recursos: evitadas 58 consultas sucesivas-resultados y 44 consultas de preanestesia. Formulados 93 diálogos web relacionados con tratamiento y recomendaciones antes de cirugía. 9 pacientes (14,3%) requirieron atención presencial en anestesia (todos para medicación). Tiempo medio desde 1ª consulta hasta cirugía fue inferior 3 semanas (media 20,8 días). No se documentaron eventos hemorrágicos o trombóticos.


Recogidas 63 encuestas: 93% mejora en conciliación familiar de niños/padres por no venir repetidamente al hospital, 98% satisfacción con recomendaciones dadas de forma no presencial y 100% satisfacción con el tiempo de espera hasta cirugía.

CONCLUSIONES

El circuito eficaz de coagulación pediátrica permite la valoración y pruebas analíticas en un único acto médico, garantizando un mejor proceso asistencial en concepto de calidad de vida y una gestión adecuada de recursos (“menos consultas sucesivas y más sonrisas”), reduciendo tiempos de espera hasta cirugía y con mayor seguridad clínica. Todo ello, apoyado en consultas no presenciales que resuelven dudas o incidencias de los pacientes casi en tiempo real.

¿LLEGA BIEN LA SANGRE AL LABORATORIO?

 Alum Bou, Albert ⁽¹⁾ • Torres Berrocal, Mercè ⁽²⁾ • Sabench Suriñach, Antònia ⁽³⁾ • Fages Masmiquel, Ester ⁽⁴⁾ • Giraudo Stabio, Ana Maria ⁽⁵⁾ • López Sixto, Eduardo ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Dirección de Atención Primaria Girona • ⁽²⁾ Dirección de Atención Primaria de Girona (Responsable de secretaría técnica) • ⁽³⁾ Dirección de Atención Primaria de Girona (Responsable de procesos) • ⁽⁴⁾ ACUT Girona • ⁽⁵⁾ CAP Blanes 2 • ⁽⁶⁾ Dirección de Atención Primaria Girona (responsable de calidad)

Identificador: 122

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El transporte de muestras desde los Centros de Atención Primaria (CAP) a un laboratorio territorial es un proceso crítico para garantizar la calidad y seguridad del diagnóstico. Hemos identificado varias incidencias y de distinta tipología que comprometen este proceso: entre ellas errores en la identificación de las muestras y problemas de temperatura durante el transporte. Estos fallos pueden poner en riesgo la validez de los resultados y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos son Mejorar la identificación y reinformación de las muestras Garantizar el mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte. La metodología utilizada, ha sido: Identificación de Problemas (análisis de errores en la identificación de muestras y evaluación de trazabilidad en el transporte) Reuniones de coordinación y colaboración (entre los responsables de atención primaria y del laboratorio para proponer acciones de mejora). Formación (capacitación del personal encargado de la reinformación de las muestras para reducir errores). Monitorización de Temperaturas (incorporación de termómetros a las neveras de transporte de las muestras para monitorizar la temperatura durante el traslado desde el CAP al laboratorio) Recogida de Incidencias (registro y análisis de incidencias, para poder adoptar acciones de mejora).

RESULTADOS

La recogida sistemática de incidencias ha permitido identificar centros con mayor incidencia de problemas y proponer intervenciones dirigidas. Hemos redactado de forma conjunta, entre laboratorio y atención primaria, un documento de recogida y transporte de muestras, que define las condiciones y tiempos de transporte permitidos y los contenedores adecuados para cada muestra y prueba. La incorporación de termómetros ha permitido identificar las desviaciones de temperatura.

CONCLUSIONES

El plan implementado ha demostrado que tenemos margen de mejoría en el transporte de muestras desde los CAP al laboratorio. La colaboración entre los responsables de atención primaria y del laboratorio, junto con la formación y la monitorización constante, han permitido detectar errores de identificación y poner de manifiesto que debemos garantizar la preservación de las muestras durante el transporte. Continuar con la recogida y análisis de datos de acuerdo con las condiciones establecidas en el documento de recogida y transporte de muestras permitirá realizar ajustes y mejoras continuas, garantizando así la seguridad del paciente y la calidad de los resultados diagnósticos en base a los que tomamos decisiones terapéuticas. Esta experiencia subraya la importancia de la formación del personal y la monitorización de las condiciones de transporte, destacando que la mejora continua es esencial en procesos críticos para la atención sanitaria.

DEBILIDADES Y AMENAZAS: LA GESTIÓN COMO DEFENSA

 Izcaray Garrido, Carmen • Mansilla Abanades, Rubén • Gómez Vales, Ana M^a • Curiel Jorcano, Celso • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 124

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

Como cualquier otro colectivo, estamos sujetos a situaciones que se escapan de nuestras posibilidades, como son la contratación, la legislación vigente, las OPE´s y traslados, cambios estructurales, etc. También debemos ser conocedores de nuestras debilidades: absentismo y su posible cobertura insuficiente, escasa capacidad de decisión, etc. Necesitamos, sin embargo, dar la mejor respuesta posible en todo caso.

OBJETIVO

Establecer las estrategias y procedimientos que aseguren la mejor prestación del servicio, anulando o, al menos paliando, los efectos negativos que se pudieran producir.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Adaptar el Plan de riesgos del SGC a nuestros procesos, definiendo en cada uno a los que está sujeto.
- Pactar con las partes interesadas el catálogo de puestos de trabajo y procedimentar la respuesta a dar en base a situaciones concretas.
- Ser capaces de asumir el 50 % de las bajas inesperadas del día con planificación anual (respetamos la planilla anual de cada trabajador/a).
- Minimizar el uso de celadores en acciones improductivas y errores (dobles viajes, errores en traslados, etc.).
- Optimizar al máximo la disponibilidad de la plantilla, eliminando el sistema rotatorio de noches.
- Aumentar el salario emocional, minimizando la tentación de absentismo y aumentando la proactividad (integración en equipos de trabajo, tener en cuenta ideas y sugerencias, fomentar el sentido de valía y la sensación de pertenencia, etc.).

RESULTADOS (2022 VS 2016)

Cobertura y actividad: índice de cobertura media anual de un 99,7 % Las situaciones de pérdida de tiempo por dobles viajes han disminuido en un 48 % a 73.950 € de optimización. Mejora por supresión de sistema de módulos de noche: 480.866 € de optimización. Disminución de solicitudes de incrementos de dotación sin justificar a la Unidad de Celadores: de 287 en 2015, se ha bajado a 61 en 2022. ↓78,7 % Disminución del absentismo post pandemia en un 16%, respecto al periodo 2016-2019. El 90 % de nuestros celadores que aprobaron la OPE 2018, solicitaron plaza en nuestro hospital. Del 10 % restante, el 70 % solicitó volver en calidad de comisión de servicio.

CONCLUSIONES

- Hemos sido capaces de dar la mejor respuesta posible en diferentes situaciones.
- Se ha adecuado la disponibilidad de la plantilla a las necesidades del hospital sin que vaya en detrimento de la planificación privada de cada cual.
- Hemos reestructurado los recursos humanos, optimizando tiempo y dinero.
- Se ha estrechado la comunicación y colaboración con diferentes partes interesadas para la consecución de un fin que todos buscamos.



INFORMATIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE URGENCIAS

 *García Pavesio, Ana • Galisteo Giménez, María • Gallardo González, Gemma • Ramos Farelo, Montserrat • Bustamante Torneiro, Ligia • Losada Parente, Alejandra*

 *Hospital Clínic Barcelona*

Identificador: 125

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica informatizada en los servicios de urgencias hospitalarios está mejorando la asistencia en este ámbito, incrementando la seguridad de la información, el acceso a la misma y favoreciendo la implantación y el desarrollo de la gestión clínica.

Toda atención sanitaria requiere de un registro en la historia clínica de los pacientes, por lo que es necesario disponer de información estructurada que garantice la calidad asistencial y la seguridad del paciente, favoreciendo el intercambio de información sobre cuidados, la investigación clínica y la docencia de enfermería.

En nuestra área de urgencias de un hospital terciario, donde todo el registro se realizaba en papel, iniciamos el proceso de informatización en el 2021.

OBJETIVOS

Informatizar los registros del área de urgencias de un hospital terciario favoreciendo el acceso al registro y consulta de la información del paciente en su historia clínica, evitando duplicidades.

METODOLOGÍA

Las costumbres adquiridas con el paso del tiempo fueron una resistencia para la informatización, por este motivo iniciamos el proceso progresivamente.

Ofrecimos una formación teórica online para dar a conocer el funcionamiento de los módulos de trabajo, con vídeos formativos y documentación relacionada que contribuyó a minimizar los efectos negativos de la implantación. Evaluamos conocimientos de cada tema en formato tipo test debiendo superar, junto con una evaluación final, con un 90% de las respuestas correctas. Si durante la realización del curso tenían alguna duda disponían de un foro donde recibían respuesta en un máximo de 48 horas por parte de los coordinadores del proyecto.

Tras la formación teórica, se liberaron a varios profesionales para que durante la implantación estuvieran de refuerzo y apoyo a las dudas e incidencias que surgían.

RESULTADOS

216 profesionales realizaron la formación teórica y solo 17 suspendieron.

En septiembre de 2021 se introdujo la figura de la enfermera clínica en urgencias que ayudó a impulsar y realizar el seguimiento de los registros.

Actualmente disponemos del registro informatizado de variables clínicas, registros especiales, entradas y salidas, balance hídrico, órdenes médicas, prescripción/administración de medicación y curso evolutivo.

Estos factores han impulsado el desarrollo de plantillas específicas que darán respuesta a las actividades y procedimientos que se realizan. Actualmente están definidas y en proceso de implantación.


CONCLUSIONES

La participación de los profesionales desde el inicio del proyecto ha favorecido el correcto desarrollo de la planificación e implantación de los registros informatizados, aunque es imprescindible avanzar ante la resistencia al cambio y llevar a cabo acciones que eviten esta situación.

La implantación ha permitido incrementar la seguridad de la información y favorecer la recogida de datos y la gestión clínica, disponiendo de cuadros de mando que permiten identificar posibles áreas de mejora en el área de urgencias.



IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE TERAPIA INTRAVENOSA EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA MEDIANTE EL MODELO PDCA

 Eberhard, Sandra • Ruiz Figueras, Marta • Avila Jimenez, Jennifer • Campaña Doldan, Nicole Belen • Rojas Salazar, Maria Fernanda • Monasterio Ugalde, Iratze

 Parc sanitari Pere virgili

Identificador: 126

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de catéteres venosos en hospitales de atención intermedia ha aumentado considerablemente en los últimos años, en concreto en Parc Sanitari Pere Virgili, la prevalencia de catéteres venosos periféricos (CVP) ha pasado del 10% en 2015 al 30% en 2023, y los catéteres venosos centrales (CVC) del 3% al 12% respectivamente.

La correcta gestión y manejo de los accesos venosos es fundamental para prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del paciente.

La literatura sugiere que los Equipos de Terapia Intravenosa (ETI) pueden mejorar significativamente la calidad asistencial relacionada con los accesos vasculares mediante la estandarización de prácticas y la reducción de variabilidad en la atención clínica. Aunque no se encontraron estudios sobre la implementación del ETI en un hospital de atención intermedia (HAI), existe evidencia en hospitalización y servicios de urgencia (2).

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO ETI: CICLO PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT)

PLAN: (Objetivos)

- Formar el ETI: Seleccionar un equipo multidisciplinar.
- Realizar una revisión bibliográfica: Investigar las mejores prácticas y evidencia disponible sobre la gestión de accesos vasculares y ETI.
- Desarrollar un plan de implementación
- Actualizar los procedimientos y protocolos del centro.
- Desarrollar un algoritmo de manejo de los accesos vasculares adaptado al paciente crónico y frágil.

DO:

1. Capacitar al personal: Realizar talleres y sesiones de formación para asegurar que todos los involucrados comprendan y sigan los nuevos procedimientos.
2. Aplicar el algoritmo de gestión de accesos vasculares.

CHECK:

1. Nivel de conocimientos de los profesionales
2. Evaluar la efectividad del algoritmo y las nuevas prácticas del ETI
3. Recoger y analizar datos clave para identificar mejoras y áreas que necesiten ajustes.
4. Introducir la satisfacción del paciente en la evaluación del proyecto

ACT:

1. Basado en los resultados y feedback, hacer los ajustes necesarios a los procedimientos y el algoritmo.
2. Expandir el programa: Considerar la extensión del modelo ETI a otras áreas del hospital.

CONCLUSIONES

La implementación de un ETI y un algoritmo específico para la gestión de accesos vasculares en un hospital de atención intermedia, siguiendo el modelo PDCA, es una estrategia efectiva para mejorar la calidad asistencial. La metodología PDCA permite una introducción controlada y evaluada de nuevas prácticas, asegurando una mejora continua y sostenible en la atención de los pacientes.

PRIORIZACIÓN DEL TRANSPORTE SANITARIO DEL PACIENTE RESPIRATORIO: MEJORANDO LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Uría Álvarez, Elisabet • Muñoz Claver, M^aPilar • Querol Vallés, Elena • Baños, Carmen • Duran, Elisabeth • Salo, Swagatika*

 *Hospital Clinic de Barcelona*

Identificador: 127

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la presión asistencial existente en los sistemas sanitarios por el aumento de la esperanza de vida y de las nuevas opciones terapéuticas que cronifican enfermedades mortales hacen necesaria la gestión eficiente de los recursos sanitarios disponibles. El transporte sanitario es un eslabón imprescindible para el correcto funcionamiento del sistema. Un uso eficiente del mismo garantiza la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros usuarios, así como su satisfacción y experiencia vivida a lo largo de todo su proceso asistencial. El paciente respiratorio requiere frecuentemente del uso de dispositivos de transporte sanitario dado que ha ido evolucionando hacia un perfil de paciente crónico y de movilidad limitada, convirtiéndolo en un paciente muy frágil particularmente durante los traslados, ya sea para pruebas diagnósticas, visitas de seguimiento e ingresos y altas hospitalarias.

OBJETIVO

Definir un protocolo estandarizado para la optimización de los recursos de transporte sanitario del instituto de cuidados respiratorios de un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Nuestro centro cuenta con un modelo de gestión descentralizada, organizándose por Institutos. Cada uno de ellos tiene un Núcleo de Seguridad (NS) donde se reciben las notificaciones de los incidentes de seguridad del paciente.

Posteriormente en el NS se analizan los incidentes en busca de acciones de mejora para prevenir y evitar futuros incidentes relacionados. A raíz del análisis de un incidente en el NS del Instituto Respiratorio relacionado con la demora en un traslado de un paciente frágil con necesidades especiales (oxigenoterapia a domicilio), se propuso como acción de mejora la creación de un circuito de priorización de ambulancias. Se establece un grupo de trabajo compuesto por la enfermera clínica (en representación del NS), la coordinadora y la administrativa de la unidad de neumología y una representante de la unidad de atención al usuario.

RESULTADOS

Se diseña un circuito de priorización en tres niveles basándose en criterios relacionados con las necesidades del paciente respiratorio y la optimización de los recursos disponibles para reducir el tiempo de espera desde la solicitud hasta la finalización del servicio. Los criterios tenidos en cuenta son: la tipología del paciente, sus necesidades y el motivo de solicitud. Cada nivel determina el tiempo máximo de respuesta a la solicitud de transporte en función de los criterios acordados.

CONCLUSIÓN

La priorización de los transportes sanitarios mejora el uso adecuado de los recursos comunes contribuyendo a la eficiencia operativa de la actividad de las instituciones (tanto en el ámbito hospitalario, atención primaria, domiciliario y entre diferentes niveles de atención). Estandarizar y adecuar el uso de transporte sanitario del paciente respiratorio mejora la calidad y seguridad de la atención sanitaria prestada y previene futuros incidentes relacionados con el transporte.



RUTA HACIA LA EXCELENCIA: COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA MEJORA CONTINUA

 *Feria Raposo, Isabel • Del Amo Fernandez, Isabel • Muñoz, Javier • Alba Ibar, Angel • Vilchez Esteve, Eva • Ruiz Ramón, Lidia*

 *Benito Menni CASM*

Identificador: 128

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El centro inicia la ruta hacia la excelencia por iniciativa de la gerencia y la implicación de la dirección, introduciendo en el plan estratégico la calidad y la excelencia. La visión es ser un centro de referencia en el ámbito, en todo el Estado, en la atención a las personas que por nuestra especialidad atendemos.

Está establecida una política de gestión de riesgos para la seguridad del paciente, recertificada con la UNE 179003.

Las comisiones gestionan los riesgos identificados en nuestro entorno. El comité de seguridad da soporte a las comisiones y tiene poder para decidir las acciones de gestión.

OBJETIVOS

Identificación, análisis y evaluación periódica de los riesgos del paciente. Disponer de barreras que permitan minimizar el riesgo. Disponer de un sistema de notificaciones de eventos adversos. Implantación de planes de tratamiento de riesgo de forma transversal.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo está sistematizada y alineada con los pilares de la institución; el propósito y los valores institucionales. La estructura, políticas, seguimiento y procedimientos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad y el sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente se explicita en el Manual de Gestión de Calidad y Manual de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente.

Siguiendo modelo EFQM están definidos su enfoque, despliegue y la evaluación y perfeccionamiento.

Las comisiones, están formadas por profesionales de la organización que constituyen un grupo de expertos de cada uno de los riesgos en cuestión.

Se fomenta la cultura de seguridad proporcionando formación a los profesionales sobre la estructura y los procesos de gestión del riesgo, resultados y se incide en implicarlos en la implementación de acciones preventivas.

Se registran los eventos a través de una herramienta informática.

Se realiza seguimiento a través de indicadores que se registran y evalúan periódicamente.

Los resultados son analizados tanto a nivel de las comisiones como en las reuniones de coordinación con los diferentes equipos de la institución, fundamentales para dar y recibir el feedback adecuado que permita la mejora continua.

RESULTADOS

Algunos resultados generales: Disminución de UPP (10 en todo el año) con cicatrización en 35 días. Mejora en la formación en emergencias (57% de los profesionales en 2023). Mejora en la activación de emergencia (3,1min en 2023). Mejora en el indicador de infecciones urinarias (dens. 1,73 en 2023). Aumento de caídas en las áreas de paciente frágil (16,22% en 2023) debido al empeoramiento de la capacidad funcional, con establecimiento de acciones de mejora. Disminución de contenciones mecánicas tras implantación del modelo safewards (6,04% en 2023).


CONCLUSIONES

Implantar a nivel institucional el Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente ha permitido minimizar los riesgos y alcanzar la mejora continua con los planes de tratamiento, así como integrar la cultura en los profesionales.





EXÉRESIS DE ARTERIA RADIAL TRAS ROTURA DE CATÉTER: GESTIÓN DE UN INCIDENTE

 Querol Vallés, Elena • Periañez Martín, Montserrat • Palacios García, Montserrat • Prats Barrera, Judith • Santos López, Patricia • Uria Álvarez, Elisabet

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 129

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad de los pacientes, junto con la eficiencia, la eficacia y la adecuación de cuidados, es un pilar de la calidad asistencial, tanto técnica como percibida. La notificación de incidentes es crucial para identificar condiciones latentes del sistema que pueden favorecer la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria e instaurar mecanismos para evitar o prevenir que el evento vuelva a suceder o, en su defecto, mitigar las consecuencias si este vuelve a suceder.

OBJETIVOS

Describir un incidente con daño leve sobrevenido a un paciente al que se tuvo que realizar una exéresis de la arteria radial izquierda por la rotura de un catéter arterial.

METODOLOGÍA

Ampliación de información: Consulta en la plataforma de notificación de incidentes, entrevista a profesionales, revisión de historias clínicas y correspondencia con: proveedores, profesionales expertos en catéteres arteriales (a nivel nacional) y en dispositivos de acceso vascular (a nivel autonómico), así como los departamentos de calidad asistencial y recursos materiales de la organización. Análisis retrospectivo del incidente por parte del núcleo de seguridad del departamento de cuidados cardiovasculares de un hospital de alta tecnología. Para ello se creó un grupo de trabajo y se realizó un análisis causa-raíz. Revisión exhaustiva de los puntos de almacenamiento de los dispositivos, particularmente en la unidad de arritmias (donde se detectó una concurrencia mayor de incidentes). Seguimiento activo para detectar futuras tendencias de aparición a través de la plataforma de notificación de incidentes y consultas regulares a la unidad notificante.

RESULTADOS

Del análisis del incidente se derivaron, inicialmente, dos causas principales. La primaria sería la presencia de dos lotes defectuosos; identificados tras realizar pruebas de tensión e integridad de pared en catéteres de los lotes existentes. Como factor contribuyente más relevante, se encontró la falta de costumbre de realizar un examen minucioso de la integridad y correcto funcionamiento de los catéteres previo a su inserción. Durante la investigación, se constató que algunos profesionales ya habían detectado defectos en algún dispositivo, pero nunca lo reportaron. Se detecta un incidente similar previo, no notificado, dónde también hubo que proceder a exéresis de la arteria. En el seguimiento posterior del incidente, se detectaron nuevos casos de rotura; esta vez únicamente en el servicio de arritmias. Se procede a una nueva revisión del espacio de almacenamiento.

CONCLUSIONES

La notificación y seguimiento de casi-incidentes e incidentes sin daño es crucial para establecer mecanismos protectores y preventivos que ayuden a que no llegue a producirse un incidente con daño de consecuencias graves o incluso funestas. Fomentar un clima de seguridad dentro de las organizaciones promueve la implicación de los profesionales y favorece una actitud proactiva en la notificación de eventos adversos.



DISCREPANCIAS O CONFLICTOS CON OTROS COLECTIVOS

 Peña del Río, Antonia • Sánchez Clement, Pilar • González Salmerón, Zoraida • Pantoja Rodríguez, Fernando • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 130

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

Una de las mejores vías de aprendizaje y mejora es el análisis de todos aquellos puntos de roce, conflicto, discrepancia, etc. que tiene nuestro colectivo con otros estamentos o con los propios usuarios.

OBJETIVO

Se trata, pues, de recabar los datos y analizar las situaciones para optimizar nuestros procedimientos y ajustar nuestro plan de acción a las realidades profesionales e interpersonales que se plantean día a día.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Crear una base de datos que recoja de forma histórica y actualizada los datos referidos a casuística, número de casos y colectivo implicado.
- Crear una metodología para llevar a cabo acciones al respecto:

Medidas correctivas referidas a conflictos interpersonales (funcionales o no):

- Entrega del políptico de primer contacto con el paciente. Resolución de un cuestionario.
- Comunicación de obligatoriedad de consulta sobre conflictos internos y externos (pestaña Intranet: Salud Laboral). Resolución de un cuestionario.

Medidas correctivas para evitar confusiones funcionales sobre la actividad de los celadores y su distribución en el hospital, así como demandas injustificadas:

- Difusión a Enfermería de las tareas que se acometen desde Servicios sin Dotación.
- Indicación a Enfermería de la ubicación de nuestros procesos en Intranet.

Medidas correctivas para evitar malas praxis funcionales:

- Comunicación de obligatoriedad de consulta de los vídeos de la unidad (Intranet). Resolución de un cuestionario.

Medidas correctivas para corregir la pérdida de fundamentos profesionales (a valorar por los responsables de la Unidad):

- Obligatoriedad de inscripción a las actividades formativas sobre las temáticas afectadas.

RESULTADOS

Satisfacción de la calidad percibida por nuestros clientes (Personal sanitario y usuarios): ↓ de reclamaciones en un 44 %. Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %. Disminución de conflictos con otros colectivos referidos a la dotación de celadores: 2015: 197 // 2022: 15. ↓92,3 % Disminución de solicitudes de incrementos de dotación sin justificar a la Unidad de Celadores: de 287 en 2015, se ha bajado a 61 en 2022. ↓78,7 % Disminución de reclamaciones de celadores hacia nuestra propia Unidad en un 91,77 % durante el periodo 2019-2022. Reclamaciones de usuarios: ↓ 80 % Agradecimientos: ↑ 54 %

CONCLUSIONES

- Hemos ofrecido importantes soluciones o prestaciones (que incluso ni eran esperadas) para el paciente, la dirección o cualquier otra parte interesada.
- Somos un valor activo para el hospital; cuentan con nosotros para cualquier empresa a nuestro alcance, y la dirección confía en nuestra capacidad resolutoria, sabiendo que somos valiosos aliados de la entidad.
- Nuestra imagen como colectivo se encuentra en máximos valores históricos.



HANUFLO: MODELO DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE CELADORES DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

 *Díez García, José Antonio • Álamo Soto, Carmen del • Urrutia Barrios, José Luis • Calvo Sáez, Miriam • Cardin Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo*

 *Hospital Clínico San Carlos*

Identificador: 131

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

Es un modelo al que hemos denominado HANUFLO, basado en un método desarrollado en Japón por Yoji Akao, especialista en planificación y creador del método HOSHIN KANRI (gestión de proyectos). Es una herramienta para implementar objetivos estratégicos y un sistema de planificación que involucra a toda la Unidad y abarca todas las áreas del hospital.

OBJETIVO

- Homogeneizar las forma de trabajar en los proyectos para mejorar la productividad.
- Alinear las estrategias que provienen del líder, las tácticas desplegadas y las actividades realizadas.
- Normalizar los procesos, prestando especial atención a los relacionados con la gestión de documentos (indicadores, recursos empleados, resultados, etc.)
- Unificar los procedimientos de la UCEL para crear patrones y guiones sobre las actividades realizadas en el HCSC.
- Formar a nuestro personal para conseguir una plantilla más involucrada y eficiente, asegurándonos de que sean proactivos, productivos y cuenten con las herramientas adecuadas para realizar su trabajo.
- Lograr la integración de los celadores en los diferentes equipos de trabajo.
- Optimizar procesos de trabajo, que implica establecer mejoras en todas las áreas en las que participamos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Establecer propiedades y objetivos antes de definir un plan estratégico.
- Incorporar un plan de formación continuada para definir metas profesionales, identificar las líneas a seguir y los recursos que se ha de destinar para conseguir los objetivos.
- Dirigir el desarrollo profesional para asegurarnos de que contamos con un efectivo del que se podrá disponer con plenas garantías, tanto a corto como a largo plazo.
- Implementar procesos de evaluación y seguimiento.
- Actualización de novedades que se produzcan en nuestro entorno.

RESULTADOS

para el periodo 2019-2023:


Aumento de acciones formativas y del personal formado. En 2023 se ha llegado a 483 participantes en diferentes acciones, con 1.181 horas de formación, que ha significado un incremento del 41,8 % respecto a 2019. Reducción de conflictos. Disminución de los registrados por parte de otros colectivos en un 84,8 %, y del 78 % respecto de los usuarios. Reducción de reclamaciones de usuarios en un 82 %. Aumento de agradecimientos en un 56 %. Incremento de sugerencias y aportaciones por parte de los celadores.

CONCLUSIONES

- Mejora de la capacitación y formación para las necesidades presentes y futuras de la Unidad de Celadores.
 - Aumento de la implicación en la organización.
 - Incremento de los niveles de carrera profesional.
 - Disminución de conflictos y aumento de agradecimientos al tener mejor conocimiento de la actividad.
-

PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES ATDOM DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

 HEREDIA RODRIGUEZ, LEONARDO DAVID ⁽¹⁾ • ALUM BOU, ALBERT ⁽²⁾ • ROURA ROVIRA, NÚRIA ⁽³⁾ • TORRES BERROCAL, MERCÈ ⁽⁴⁾ • FAGES I MASMIQUEL, ESTER ⁽⁵⁾ • LÓPEZ SIXTO, EDUARDO ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TORDERA. GERENCIA TERRITORIAL GIRONA • ⁽²⁾ DIRECCION ATENCION PRIMARIA GIRONA • ⁽³⁾ CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA TORDERA • ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIRONA • ⁽⁵⁾ DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIRONA, DIRECTORA ACUT • ⁽⁶⁾ DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA GIRONA, REFERENTE CALIDAD ASISTENCIAL.

Identificador: 132

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida nos obliga a replantear el modelo de atención domiciliaria. Factores demográficos (aumento y envejecimiento de la población), sociosanitarios (más personas con enfermedades crónicas) y sociales (falta de apoyo familiar, viviendas con barreras arquitectónicas, y disminución de cuidadores) son determinantes en este cambio.

La situación de partida:

- Infradiagnóstico de pacientes candidatos a atención domiciliaria (ATDOM) y la consiguiente falta de atención adecuada • Infradiagnóstico de Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y Enfermos de Avanzada Cronicidad (MACA). • Falta de Plan de Intervención Individualizado (PIIC) actualizado. Retraso en el diagnóstico de fragilidad inicial. • Lenta identificación y valoración del riesgo social (grado de dependencia). Poca planificación de final de vida.
- Falta de longitudinalidad en la atención debido a jubilaciones, movilidad geográfica de los profesionales, absentismo de larga duración y reducciones de jornada no cubiertas.
- Gran dispersión territorial (>100km cuadrados)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Lograr una atención domiciliaria centrada en la persona, integrada y proactiva.
2. Aumentar la longitudinalidad de la atención del paciente ATDOM.
3. Aumentar el porcentaje de pacientes ATDOM visitados anualmente por enfermería.

Para alcanzar los objetivos, en 2023 se redactaron procedimientos y se diseñaron circuitos para una atención eficiente y de calidad. En diciembre de 2023, se seleccionó un profesional específico para la atención domiciliaria. En enero del 2024, se inició el programa con la búsqueda activa de pacientes para incluir en ATDOM. En febrero de 2024, se realizan las visitas iniciales con valoración integral por su equipo de ATDOM.

INDICADORES DE RESULTADOS

- Aumento de la detección de pacientes ATDOM.
- Aumento del porcentaje de pacientes PCC (meta 75-85%).
- Aumento del porcentaje de pacientes MACA (meta 5-10%).
- Aumento del porcentaje de pacientes PCC con PIIC con registro de recomendaciones (meta >85%) y con decisiones anticipadas (meta >95%).
- Mejora de la longitudinalidad en la atención a los pacientes ATDOM.

RESULTADOS


Debido al reciente inicio del proyecto (01/2024), disponemos parciales, que inicialmente son muy positivos

CONCLUSIONES

Aun con resultados iniciales parciales, consideramos que el proyecto tiene un gran potencial para ordenar y optimizar la atención domiciliaria en los pacientes ATDOM. Es necesario un periodo más prolongado para poder observar mejorías en los resultados asistenciales. Asimismo es fundamental continuar con el seguimiento y ajuste del proyecto para lograr los objetivos planteados, garantizar una atención personalizada y de calidad para los pacientes en atención domiciliaria



MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE SANGRE VENOSA. UN ASPECTO DE CALIDAD DE LA MUESTRA

 González Lao, Elisabet • García González, Laura • Varó Albalà, Carme • Pereira de Oliveira, Ana Claudia • Urrutia Casado, Beatriz

 Consorci Sanitari de Terrassa

Identificador: 133

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La extracción de sangre venosa es el procedimiento invasivo más habitual en la atención sanitaria. El proceso preanalítico dentro de la Medicina del Laboratorio, incluye el procedimiento correcto de identificación y toma de la muestras solicitada a la persona que se le realiza una extracción de sangre. La variabilidad del procedimiento puede tener implicación en la calidad de la muestra de sangre y afectar al resultado emitido por el Laboratorio Clínico.

Diversos estudios científicos evidencian que más del 60% de los errores identificados en el Laboratorio Clínico corresponden al proceso preanalítico, influyendo en la Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos planteados fueron analizar el procedimiento de extracción de muestra de sangre venosa en nuestra organización y establecer acciones de mejora que permitan reducir incidencias de las muestras de Laboratorio Clínico, así como implementar los cortes observacionales del procedimiento de extracciones como una buena práctica de seguridad de paciente

Realizamos un estudio descriptivo durante el último trimestre del 2023 y el primer trimestre de 2024. Consistió en realizar cortes observacionales en todas las líneas asistenciales de nuestra organización integrada (8 centros de atención primaria, hospitalización de atención especializada, atención intermedia y salud mental), siguiendo las recomendaciones elaboradas por el grupo de trabajo de la European Federation of Clinical Chemistry (EFLM) y Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI).

RESULTADOS

Se realizaron 184 observaciones distribuidas de esta forma por las diferentes líneas asistenciales: 78 % Atención Primaria, 19 % Atención Especializada, 2 % Atención Intermedia y 1 % Salud Mental.

De los 18 ítems definidos, el ítem que indica si se eligió el sitio de venopunción adecuado según la práctica recomendada, y colocar una gasa limpia después a la extracción, se han cumplido al 100% en todas las observaciones. Los puntos críticos observados fueron: En el 64% el extractor no soltó el torniquete cuando comenzó el flujo sanguíneo, un 54% no homogeneizó los contenedores de las muestras posteriormente a la extracción, un 47% de los extractores no aconsejó descansar durante 5 minutos para asegurarse de que el sangrado se había detenido y un 46% de los contenedores no fueron etiquetados en presencia de la persona que iba a realizarse la extracción.


CONCLUSIONES

La Atención Primaria constituye el principal ámbito en el número de extracciones de sangre venosa realizadas. Los cortes observacionales permiten evidenciar los puntos críticos y la variabilidad en el procedimiento de extracción. Dado que el procedimiento de extracciones tiene una implicación directa tanto en la Seguridad del Paciente como en la calidad del procedimiento, la implementación rutinaria de observaciones, nos permiten establecer acciones de mejora para reducir incidencias en la calidad de la muestra de sangre venosa.





PLANIFICAR, IMPLANTAR, EVALUAR Y MEJORAR

 Iglesias Rodríguez, Juan Carlos • Salto Gómez, Ricardo José • Sicilia Vaquero, Paloma • García Romero, Victor Alejandro • Cardin Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 135

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

La sistemática de trabajo de la Unidad de Celadores se ha adecuado a los requisitos del nuevo sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, cuyos principales puntos de enfoque son: la prevención y previsión de riesgos (basados en el previo análisis DAFO y los procedimientos establecidos) y la satisfacción de las partes interesadas.

OBJETIVO

Incluir en nuestra dinámica el ciclo: Planificar-Implantar-Evaluar-Mejorar, que se adecúa a las características del nuevo sistema.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Elaboración de los procedimientos que alcanzan a la totalidad de actividades de la Unidad, consensuados y firmados con las direcciones correspondientes que proceda.
- Implementación de los mismos y generación de archivos que recojan la actividad y gestión diaria de los celadores, para su posterior análisis.
- Evaluación periódica de los resultados obtenidos.
- Acciones de mejora unilaterales o consensuadas con las diferentes direcciones.

RESULTADOS

Comparativa 2023 vs 2016:

- Reducción significativa del tiempo medio de respuesta en SSD, desde la recepción de la llamada del servicio peticionario hasta la salida del celador/a que va a realizar el servicio: 6,20 min. a 0,07 min. Mejora en un 98,8 %.
- Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %
- Mejora de las relaciones interdisciplinarias: participación de miembros de la Unidad en 26 grupos de trabajo multidisciplinares.
- Reducción de accidentes laborales en un 87 % desde 2016, así como de los informes del Servicio de Prevención, en un 39 %. Ninguno de ellos ha sido imputable a los equipos de trabajo.
- Aumento de agradecimientos: ↑54 % y disminución de reclamaciones: ↓80 %

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de esta sistemática ha supuesto:

- Conocer mejor las expectativas de las partes interesadas sobre nuestro colectivo.
 - Mejorar la eficiencia y equilibrio que debe existir entre requisitos, tiempo y coste.
 - Realizar una adecuada gestión del riesgo.
 - Optimizar la prestación del servicio.
 - Satisfacer a las partes interesadas.
-



PROCEDIMIENTO INTERDISCIPLINAR DE TRASLADOS DE PACIENTES A PRUEBAS RADIODIAGNÓSTICAS

 Sánchez Clement, Pilar • Peña del Río, Antonia • Martín Trillo, Pedro • Serrano Serrano, M^o Amparo • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 136

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

Los traslados de pacientes a pruebas radiodiagnósticas presentan con cierta frecuencia situaciones de espera innecesaria, traslados a destiempo, dobles paseos, preparaciones o falta de documentación, que pueden ir en detrimento del propio paciente (ausencia de la planta) o/y del personal técnico y asistencial (agendas y dinámicas de trabajo).

OBJETIVO

- Eliminar situaciones de pérdida de tiempo porque el paciente no se encuentre en situación de ser trasladado.
- Que el/la celador/a sepa previamente cual será el medio de transporte.
- Mejorar la fluidez en ascensores.
- Responder de forma paritaria a las pérdidas momentáneas de personal por situaciones sobrevenidas (celadores de planta, celadores de radiodiagnóstico).
- Mejorar la planificación de citas para evitar solapes e interferencias.
- Implicar a todos en un proceso cuya ejecución a todos afecta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Implementación de un proceso multidisciplinar desde 2017, con dos premisas básicas de inicio:

- La unidad de hospitalización prepara los pacientes programados y los celadores del servicio de radiodiagnóstico suben a por ellos.
- Si el paciente no se encuentra preparado, lo bajarán los celadores de planta.
- Sistema de actuación: Realización de un procedimiento firmado por las tres direcciones (médica, enfermería y gestión) para redefinir las metodologías en cuanto a:
 - Preparación previa de los pacientes.
 - Documentación que debe acompañarles.
 - Indicación previa del medio de transporte (debe conocerlo el celador antes de subir a planta).
 - Comunicación entre todas las partes implicadas si hay incidencias.
 - Formas de resolver circunstancias sobrevenidas.

Monitorización:

- Control de los traslados de pacientes hacia/desde el servicio de radiodiagnóstico (toma de datos) por parte de los celadores.
- Realizar un seguimiento de los resultados para tutelar el proceso e implementar las acciones de mejora que procedan, dentro del equipo de trabajo multidisciplinar.

RESULTADOS (2023 VS 2017)

- Reducción del traslado de pacientes encamados: del 89,2 % al 38 %
- Disminución de los tiempos de traslado: de 27 a 14 minutos.
- Disminución de las pérdidas de tiempo por dobles paseos o esperas no previstas. De forma general, han disminuido los errores en transferencias o segundos viajes (camas no preparadas, faltas de comunicación, etc.) en un 31%
- La reducción de tiempos de traslado más la disminución de segundos viajes esperas no previstas, equivale al trabajo diario de 6 celadores.

CONCLUSIONES

- Conseguir la implicación de todas las direcciones en las operativas que afectan a los traslados, representa un claro beneficio para pacientes y trabajadores.
- Reducir los tiempos de traslado y la utilización de ascensores permite la optimización de recursos.



REPOSICIÓN Y SUSTITUCIÓN DE CAMAS Y COLCHONES

 Prada Mostaza, Ana M^a • Rodríguez Sánchez, M^a Carmen • Lázaro Pérez, M^a del Prado • Díaz Muñoz, M^a Carmen • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 138

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

Una de las tareas frecuentes en el trasiego diario de ingresos, pruebas diagnósticas, quirófanos y traslados consiste en la posible reposición o sustitución de camas y colchones. Sin duda, es otra de nuestras actividades clave, que a veces entraña resolver situaciones de cierta complejidad (dotar de cama recién reparada, pero sin colchón; dotación de colchón nuevo por deterioro; desconocimiento sobre la disponibilidad real, “¿de quién son las camas?”, etc.)

OBJETIVO

Realizar una correcta reposición y sustitución de camas y colchones, contribuyendo para ello a su revisión y/o reparación, con el fin de resolver de forma eficaz y eficiente cualquier necesidad en este sentido.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Procedimentar ambas actividades dentro de nuestro sistema de gestión por procesos. Ambas han sido consensuadas con Enfermería.
- Gestionar los espacios necesarios para su almacenaje (camas para reparar y en buen estado para reponer. Colchones para sustituir por deterioro o reposición).
- Realizar dos chequeos preventivos anuales a todo el parque de camas, con el fin de detectar de forma visual y primaria cualquier posible anomalía.
- Colaborar en el proceso de reparación de camas, gestionando el volante correspondiente para Servicios Técnicos.
- Gestionar el estado de los colchones que se almacenen (nuevos, de medio uso o eliminar conforme a normativa los que haya que desechar).
- Recoger todos los registros para llevar un control de gasto, reparaciones y GFH de las unidades que soliciten colchones, para la correcta distribución de gastos a quien corresponda.

RESULTADOS (2023 VS 2016)

- Disminución de averías de camas en un 38,4 % desde 2016. Se ha constatado una disminución de averías durante el uso de las camas en un 51,3 %. A nuestro juicio, buena parte de este resultado es atribuible al chequeo preventivo.
- Salud Laboral: reducción de accidentes laborales en un 87 % desde 2016, así como de los informes del Servicio de Prevención, en un 39 %. Ninguno de ellos ha sido imputable a los equipos de trabajo.
- Reducción del tiempo en las reposiciones en un 47,2 %, por conocimiento exacto de la situación del parque.
- Correcta gestión de colchones, que ha reducido la compra en un 36 % (2023 vs 2016), optimizando su utilización.

CONCLUSIONES

- Generamos confianza en la resolución de situaciones críticas.
- Ayudamos a controlar el gasto que se genera en cuanto a reparaciones de camas y compra de colchones.
- Hemos dado solución a un problema importante, afianzando el trabajo en equipo con el personal sanitario.





PROYECTO DE MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

 *Sánchez Gracia, Rosa Maria • Malagón Merino, María*

 *Hospital Ruber Internacional*

Identificador: 139

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de mejora en la prevención de las caídas de los pacientes hospitalizados quiere dar un impulso a los cuidados basados en las buenas prácticas para evitar y/o disminuir un evento adverso frecuente en los hospitales, como son las caídas. Concienciar a los profesionales de la importancia de prevenirlas por las consecuencias que conllevan, difundir las medidas de mejora llevadas a cabo y sus resultados, así como hacer partícipe al paciente y a la familia en el autocuidado y toma de decisiones respecto a su proceso de salud /enfermedad. El desarrollo de estrategias de prevención de caídas y la notificación de eventos adversos son herramientas necesarias para la mejora de la cultura de seguridad del paciente.

OBJETIVO

Objetivo general: proponer un plan de mejora para prevenir el riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados.

Objetivos específicos: Identificar los pacientes con riesgo de caídas, fomentar la implicación del paciente en su autocuidado, sensibilizar a los profesionales de la importancia de la adherencia a la cultura de seguridad de paciente, evaluar y analizar las causas de las caídas mediante registro e indicadores.

METODOLOGÍA

El proyecto de mejora se presenta a la dirección del centro con la realización de un protocolo para evitar la variabilidad, formación del personal sanitario en prevención, identificación precoz del paciente de riesgo mediante colocación de pulseras identificativas, cumplimentación correcta de los registros y escalas de riesgo de caídas y fomento de la notificación activa de incidentes.

RESULTADOS


Para la medición de resultados se elaboran varios indicadores:

- N° de caídas notificadas.
- N° de registros de caídas en Hª clínica.
- N° de formularios de Barthel, Downton.
- N° de formularios Downton realizados a la semana del ingreso.

Se establece una medición de los indicadores trimestral con reuniones del equipo bimensuales para valorar la efectividad de las acciones correctoras.

Los objetivos primordiales de este proyecto de mejora son la prevención de caídas mediante la formación de un equipo de trabajo en prevención de caídas, elaborar un programa de intervenciones y mejoras, basadas en la evidencia, para evitar un problema importante a las instituciones sanitarias y esencialmente a los pacientes, que pueden ver como una caída y sus secuelas, perjudican su calidad de vida. Para ello fomentaremos la seguridad del paciente haciéndole partícipe de su autocuidado permitiéndole un rol más activo en la gestión de su salud. Daremos a conocer los riesgos asociados a las caídas identificado factores que las propician a través de métodos de comunicación y participación entre el personal asistencial detectando errores y proponiendo acciones de mejora.

MEJORA DEL PROCESO DEL PARTO

 ANTUNEZ MARTEL, MARÍA JOSÉ • MUÑOZ ÁLAMOS, ESPERANZA • Domínguez Ruíz, María Carmen • Chacón de Guevara, Patricia • GONZÁLEZ VARGAS, LAURA

 HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ

Identificador: 140

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El proceso del parto es muy relevante en nuestra actividad. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo del 2023, en base a las 131 notificaciones recibidas a través del sistema de notificación de incidentes de seguridad, 523 reclamaciones y a los datos de las encuestas de satisfacción de pacientes. A raíz de los datos obtenidos, se consideró necesario revisar el proceso del parto con el fin de mejorar los datos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Caracterizar cuantitativa y cualitativamente el proceso.
- Identificar problemas e ineficiencias.
- Aplicar herramientas de mejora.
- Definir y gestionar un plan de mejora.

Aplicación de la metodología LEAN para la mejora de los procesos asistenciales y en concreto para el Proceso del Parto. Se definió un equipo multidisciplinar integrado por todos los roles implicados en el proceso. Este proyecto se inicia en octubre del 2023 y ha finalizado en mayo del 2024.

RESULTADOS

En los 7 meses del proyecto se ha desarrollado un Plan de Mejora en el que se han incluido acciones concretas que favorecen que el proceso sea más eficaz y eficiente a la vez que más seguro.

Mejoras implantadas:

- El personal de admisión incluye una pegatina roja en la carpeta física que se entrega a la paciente para indicar que falta algún documento. Además, se grapa el código ID de paciente con el fin de evitar incidencias con la documentación.
- Incorporación de un nuevo identificador para las alergias mediante un clip verde en la pulsera de identificación del paciente que no presenta alergia.
- Definición del circuito a seguir en caso de urgencia cuando existe dificultad para la localización del ginecólogo.
- Definición de las frecuencias mínimas en la monitorización del parto.
- Acceso de los celadores al programa informático para consultar la identidad y localización de las pacientes.
- Revisión del documento “gráfica postparto” incluyendo ítems necesarios que no contenía.
- Definición de un nuevo circuito de comunicación independiente y específico con el laboratorio para las emergencias vitales.
- Actualización e implantación del check-list prequirúrgico en el ingreso de la paciente a la unidad de paritorio.

Mejoras en proceso:

- Sustitución del sistema de conexión actual para la analgesia epidural por el específico NRFit.
- Elaboración de un protocolo de preanestesia según las sociedades científicas.

CONCLUSIONES

Si bien las notificaciones de incidentes no suponen un indicador robusto para monitorizar la seguridad de los procesos, se observa un descenso de éstos, indicando los datos a que las medidas están siendo eficaces. Desde enero hasta mayo del 2024 constan 28 notificaciones imputables a pacientes gestantes y/o en proceso de parto y ello, aún a falta de implantar el resto de acciones.

Se trata por tanto de un proyecto extrapolable a otros procesos, que ha resultado muy constructivo al estar implicados todos los protagonistas que han desarrollado el plan de mejora.

IDENTIFICACIÓN POSITIVA DE ALERGIAS EN PACIENTES

 ANTUNEZ MARTEL, MARÍA JOSÉ • MUÑOZ ÁLAMOS, ESPERANZA • DOMÍNGUEZ RUÍZ, MARÍA CARMEN

 HOSPITAL VIAMED SANTA ÁNGELA DE LA CRUZ

Identificador: 141

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La relevancia que en los pacientes pueden tener las reacciones adversas medicamentosas, alimentarias y/o a productos sanitarios, pueden ser desde las más leves a las más severas, pudiendo causar incluso daños irreversibles para el paciente. Pese a disponer ya de un procedimiento implantado de manera consolidada para identificar físicamente a los pacientes alérgicos mediante un distintivo de color, detectamos la necesidad de establecer un sistema en el que también pudiéramos identificar positivamente a los pacientes no alérgicos. Con esta medida afianzamos la seguridad, teniendo perfectamente identificadas las alergias del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Mejorar la seguridad de paciente y reforzar la cultura de seguridad en el centro hospitalario.
- Mejorar la trazabilidad de la información de las alergias del paciente entre los profesionales del hospital especialmente cuando el paciente es derivado a otra unidad.
- Aumentar la confianza de los pacientes y familiares con esta práctica que previene posibles errores y evita que éstos se arrastren durante la asistencia del paciente.

Se emplea una metodología sencilla. En la pulsera identificativa del paciente en la que constan, además de otros datos específicos del episodio asistencial, los indicadores que tenemos definidos en el procedimiento para su identificación, y que son nombre y apellidos más fecha de nacimiento, se incorpora un clip con un color específico según el paciente sea alérgico o no alérgico. Se aplica la regla nemotécnica del “semáforo”, que implica un mensaje sencillo de transmitir y visualizar. Se incorpora un clip rojo si el paciente es alérgico y un clip verde cuando no es alérgico. El “semáforo” se completa utilizando el clip amarillo para identificar a los pacientes con alto riesgo de caídas.

El fin que se persigue es que una pulsera sin clip rojo no se asocie a paciente sin alergias.

Estudio observacional retrospectivo en base a las 22 notificaciones recibidas a través del sistema de notificación de incidentes de seguridad desde abril del 2023 hasta abril del 2024 tipificadas como incorrecta identificación de alergias.

RESULTADOS

Se ha realizado una observación directa. En la fase más inmediata se recibieron 2 notificaciones relativas a la identificación de alergias, como fue el caso de una alergia a un producto sanitario, que, habiendo sido registrado en historia clínica, se había empleado un clip verde (en lugar del clip rojo) sobre la pulsera del paciente. Este caso fue bastante representativo pues se detectó en una unidad diferente a la de origen, funcionando adecuadamente el segundo filtro de seguridad entre los profesionales, lo que nos garantiza que no progresen los errores en cadena.

CONCLUSIONES

Es una medida eficaz que refuerza la seguridad en la identificación de alergias, en la prescripción y en la administración de medicación.



LA FATIGA DEL PROFESIONAL, ¿PASAMOS A LA ACCIÓN?

 MACIAS MAROTO, MARTA ⁽¹⁾ • Mira Solves, Jose Joaquin ⁽²⁾ • Cikkelova, Mirka ⁽³⁾ • Boulanger, Stéphane ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Principe de Asturias • ⁽²⁾ Universidad Miguel Hernandez • ⁽³⁾ European Patient Safety Foundation

Identificador: 142

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La fatiga está afectando al bienestar y la seguridad de los profesionales sanitarios con mayor intensidad y alcance que nunca. Pero es probable que todos nos veamos afectados porque la fatiga también es un peligro para la seguridad del paciente.

En las últimas décadas, las condiciones laborales se han vuelto cada vez más difíciles en las instituciones sanitarias europeas. La pandemia de Covid 19 ha empeorado la situación y ha demostrado que ya no podemos ignorar el bienestar del personal sanitario. Lo que está en juego es la continuidad de los servicios sanitarios.

Algunos cambios sólo pueden ser posibles si las instituciones sanitarias reconocen este problema.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es el de desarrollar una campaña europea para lograr una mejora sostenible y sustancial del bienestar de los sanitarios. El objetivo secundario es visibilizar el problema de la fatiga e incorporar medidas de autoprotección en los entornos de trabajo. De su integración en la cultura y condiciones de trabajo depende la mejora de la seguridad de los profesionales y de los pacientes. La metodología que se ha empleado es la siguiente:

- Revisión bibliográfica del impacto de la fatiga
- Identificar e implicar a todas las partes interesadas
- Búsqueda de experiencias exitosas a nivel europeo sobre el abordaje de la fatiga
- Disponer de un paquete de medidas estándar para el abordaje de la fatiga para su implantación dirigidos hacia la necesidad de descanso: horarios, instalaciones, condiciones de trabajo.
- Diseño y difusión por niveles de una campaña de sensibilización
- Creación de un grupo de trabajo colaborativo europeo

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto se inició en 2022 desarrollándose un plan basado en la experiencia de Reino Unido en los servicios de anestesiología, promovida por asociaciones profesionales. A partir de aquí una organización sin ánimo de lucro con el objetivo de avanzar en la seguridad del paciente en toda Europa inició una campaña colaborativa en abril de 2023 para acelerar el cambio compartiendo la experiencia y las herramientas del Reino Unido.

Se ha conseguido la colaboración de más de 20 organizaciones que representan a profesionales y centros sanitarios, pacientes, al mundo académico e industria.

En noviembre de 2023 se creó un grupo de trabajo europeo para avanzar en la adaptación de herramientas a la cultura, contexto socioeconómico y sanitario a nivel nacional. En total se adhirieron 9 países: Austria, Croacia, Georgia, Alemania, Reino Unido, Portugal, Grecia, Eslovaquia y España.

Actualmente se está trabajando también en la elaboración de una encuesta para conocer la situación basal de fatiga por países.

La principal aportación es la colaboración europea para abordar un problema común y desde los diferentes niveles de toma de decisiones. El alcance que puede tener en la mejora de la seguridad del paciente y de los profesionales es incalculable.



OPTIMIZACION DE LAS RESERVAS SANGUINEAS PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS (RTU)

 PIÑERA MUÑOZ, SONIA • ZAFRA SANCHEZ, LEONOR • PEREZ BENZAL, ALICIA • CONESA CANO, CLARA

 HOSPITAL VIAMED SAN JOSE

Identificador: 143

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En cirugías de resección transuretral (RTU) es muy común la reserva de sangre prequirúrgica, aunque en la mayoría de casos no sea necesaria una transfusión. La realización sistemática de reserva sanguínea implica un sobrecoste y sobrecarga para el personal, así como un uso ineficiente de los recursos. Se ha llevado a cabo un cambio en el protocolo, solicitando sólo reserva de sangre para las cirugías de RTU de próstata, ya que estas tienen más riesgo de sangrado, al estar la próstata más vascularizada. El cambio se ha realizado según criterio médico, ha sido revisado por el comité de seguridad del paciente y ha seguido las recomendaciones de “No Hacer” de la OMS.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Evaluar la proporción de pacientes que reciben transfusión en la cirugía de RTU.
- Valorar los riesgos evitables en seguridad del paciente que conlleva las técnicas de una reserva sanguínea.
- Valorar la reducción del coste que supone la realización de reserva de concentrados sanguíneos.

Estudio observacional retrospectivo de 306 pacientes que se han sometido a cirugías de resección transuretral durante los periodos comprendidos entre junio 2022 y junio 2023, donde todos los pacientes que se intervinieron llevaban dicha reserva y el periodo comprendido entre julio 2023 y abril 2024, donde solo se han solicitado para las RTU de próstata.

RESULTADOS

En el primer periodo se reservaban 2 concentrados de hematíes para todas las cirugías de RTU siendo un total de 340 bolsas. En el segundo periodo, solo se han solicitado 34, reduciendo un 87,5% el número de bolsas reservadas.

En relación a la seguridad del paciente, la realización de una reserva de sangre, conlleva una serie de complicaciones como riesgo de infección en el punto de punción, la punción arterial, el daño nervioso, un síncope vasovagal y hematoma o sangrado. Esta técnica puede producir estrés, ansiedad y preocupación, así como dolor e incomodidad durante el proceso de la analítica.

Existe la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas y reacciones alérgicas a los componentes utilizados durante el análisis, al restringir la realización de cruces de sangre a las RTU de próstata disminuyen todos los riesgos. Por otro lado, se reduce el tiempo de preparación al ingreso de la cirugía y los tiempos de espera estableciendo una atención enfermera más eficiente.

Por último, el coste de la realización de una reserva de sangre es de 478,25€; en el primer periodo se reservaron 340 bolsas siendo un total de 162.605 € y en el segundo 34 bolsas siendo el gasto 16.260,5 €. Por tanto, hay una reducción del 90% del coste.

CONCLUSIONES

La realización de cruces de sangre exclusivamente a las cirugías de RTU de próstata ha supuesto un beneficio en la seguridad del paciente y en la seguridad del profesional, evita pruebas que no sean necesarias, agiliza los tiempos de espera para una cirugía y una optimización en la utilización de los recursos que ha beneficiado al hospital y sobre todo a pacientes.



IMPLEMENTACIÓN, REVISIÓN Y MEJORA DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

 Mesías Fernández, Marcos • López Martín, Eva María

 Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Identificador: 144

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La fragilidad es un síndrome que afecta a las personas mayores, relacionado con el deterioro progresivos de los sistemas fisiológicos, lo que las sitúa en una situación de vulnerabilidad, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones o situaciones adversas durante su ingreso hospitalario. De este modo, se puede decir que este tipo de paciente tiende hacia la pérdida de capacidad funcional y autonomía. Por eso, es importante poner el foco en estos pacientes para intentar evitar que durante su estancia en el hospital se limite al máximo esa pérdida, manteniendo su nivel previo de autonomía funcional.

OBJETIVO

El objetivo principal de este proyecto es identificar a los pacientes en situación de fragilidad y dotar al hospital de un procedimiento que ayude a protegerlos durante su estancia hospitalaria. Además, buscar crear conciencia y sensibilidad sobre este tipo de paciente entre el todo el personal asistencial y no asistencial, y entre los familiares de los propios pacientes.

Metodología:

Se identificó como paciente frágil aquellos pacientes mayores de 75 años y que en la escala de Barthel Basal obtuvieran una puntuación igual o menor a 55. Se les identificó con clip azul en su pulsera y un icono especial en su historia clínica. Además se les proporcionó una atención integral, involucrando a todos los estamentos sanitarios y no sanitarios del hospital. Se creó la figura de gestor de casos para coordinar todo este proyecto.

RESULTADOS

El proyecto se inició en enero de 2024. Se obtuvo que cada mes, entre un 10% y un 17% de los pacientes ingresados mayores de 75 años fueron pacientes en situación de fragilidad. En cuanto al porcentaje de paciente que no empeoraron su situación de fragilidad, se obtuvo que mantenían o mejoraban su estado un 31,6% en febrero, un 54,6% en marzo y un 71,4% en abril. En cuanto a la satisfacción de los pacientes y familiares con el programa, se ha contactado al alta al 100% de los pacientes, obteniendo un grado de satisfacción de moderado a bajo.

CONCLUSIONES

La detección de pacientes frágiles y su protección está suponiendo una mejora en la calidad asistencial del hospital. Solamente la parte de identificación, sensibilización y concienciación de los estamentos del hospital en el hecho de la existencia de estos pacientes ya es un éxito para nuestro hospital. No obstante, hay que seguir trabajando en adecuar la escala de valoración a la par que la formación al personal de su adecuado uso. Además, es necesario implementar más medidas de protección mediante formación dirigida a cada estamento, colaboración con otros servicios y con entidades de voluntariado.

Los resultados de satisfacción instan a buscar cómo mejorar la transmisión de información de manera que le llegue a todo el mundo y la comprenda correctamente, buscando crear conciencia de su estado y que los cuidados especiales de fragilidad tengan un impacto más positivo en pacientes y familiares.



PROYECTO DE APOYO A LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

 López Sixto, Eduardo ⁽¹⁾ • Torres Berrocal, Mercè ⁽²⁾ • Fages Masmiquel, Ester ⁽³⁾ • Heredia Rodriguez, Leonardo David ⁽⁴⁾ • Giraud Stabio, Maria Ana ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Servicios Centrales de Atención Primaria de Girona • ⁽²⁾ Servicios Centrales de la Dirección de Atención Primaria de Girona • ⁽³⁾ ACUT Girona • ⁽⁴⁾ EAP Tordera • ⁽⁵⁾ EAP Blanes

Identificador: 145

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El término “segunda víctima” se refiere al malestar emocional que sufren los profesionales sanitarios involucrados en incidentes de seguridad que perjudican a los pacientes, o cuando observan una evolución desfavorable en ellos. Este malestar puede llevarlos a cuestionar sus decisiones y actuaciones. El apoyo organizacional es crucial para prevenir efectos emocionales duraderos, inseguridad en la toma de decisiones y la adopción de una atención defensiva.

El apoyo inicial de compañeros y del entorno cercano, junto con la empatía, la escucha activa y el apoyo emocional especializado, es esencial para que los profesionales puedan afrontar situaciones inesperadas e indeseables (70% de médicos de atención primaria reconoce haber cometido un error clínico). Este protocolo proporciona herramientas a mandos y equipos para brindar asistencia inicial y alertar al grupo de apoyo cuando sea necesario. La confidencialidad, privacidad y respeto hacia los afectados son fundamentales para resolver el proceso y evitar consecuencias graves.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Asegurar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Reforzar la gestión y liderazgo clínicos. Capacitar a los profesionales para superar situaciones adversas. Se provee de un algoritmo del Proyecto, documentación formativa/informativa y una formación online y presencial específicas.

Cuando un profesional se ve involucrado en un incidente de seguridad del paciente se debe detectar la segunda víctima, ofrecer apoyo social inicial (compañeros y dirección), comunicar a la comisión de valoración un resumen del caso, organizar el soporte específico y seguimiento a los 3 meses con valoración de derivación a salud mental.

Tras presentar la unidad en diciembre de 2022 se inició el proyecto en enero de 2023 y se ofrecieron formaciones a los profesionales de marzo a octubre.

RESULTADOS

Los resultados muestran una tendencia positiva en la identificación y apoyo a las segundas víctimas. A través de la implementación del protocolo y la formación, ha mejorado el reconocimiento de estos profesionales y la oferta de apoyo emocional y logístico. Ha aumentado la identificación de segundas víctimas pasando de 0 a 3 atenciones en 2023, siendo los 3 valorados por la unidad y recibiendo el apoyo necesario.

CONCLUSIONES

El proyecto de segundas víctimas ha demostrado ser esencial para mejorar la calidad asistencial y el bienestar del personal sanitario. Aunque se han logrado avances significativos, se debe continuar mejorando la cultura de notificación de eventos adversos. La confianza en el sistema de apoyo y la confidencialidad son cruciales para que los profesionales se sientan seguros al reportar incidentes y buscar ayuda. Fomentar esta cultura mejora la seguridad y calidad de atención al paciente, y promueve un entorno laboral sanitario más seguro y solidario.





MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN LA ACTIVIDAD EXTRACTORA

 Navarro, Javier ⁽¹⁾ • Díaz Gil, Óscar ⁽²⁾ • González del Pilar, Concepción ⁽¹⁾ • Calavia Garsaball, Laura ⁽¹⁾ • Rofes Ponce, Lourdes ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Sant Joan Reus • ⁽²⁾ Laboratori de Referència de Catalunya

Identificador: 146

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La adecuación de la demanda mantiene un interés creciente en el sector del laboratorio clínico debido al impacto que tiene sobre la eficacia asistencial (soporte al diagnóstico) y sobre la seguridad del paciente (evitar el dolor y la anemia yatrogénica, por ejemplo). Diversas instituciones internacionales promulgan recomendaciones sobre la adecuación de la demanda de las pruebas diagnósticas (NICE, ABIMF, BMJ, JAMA, AEBM, etc.). Entre ellas:

- No realizar pruebas de laboratorio no urgentes en extracciones de sangre separadas si se pueden agrupar
- No se recomienda respaldar la solicitud de repetición de la prueba (reevaluación) con una frecuencia que no esté respaldada por evidencia

Los cambios en las herramientas asistenciales (por ej. HIS), que se implementan con voluntad de mejora, pueden introducir debilidades en el sistema que necesitan ser controladas, corregidas y seguidas.

OBJETIVOS

Análisis de situación en adecuación de práctica extractora en base a la actividad de laboratorio de enero a abril de 2024

Establecer indicadores de adecuación de la práctica asistencial extractora en las unidades asistenciales.

Seguir la prestación de la práctica extractora en relación a los indicadores definidos para los diferentes ámbitos asistenciales sensibles.

METODOLOGÍA

Realizamos el análisis de actividad extractora a través de la información existente en nuestra base de datos del sistema de información del laboratorio (LIS), usando Power BI® como herramienta.

Definimos tres indicadores de adecuación de la práctica extractora que deben ponerse en marcha en el futuro próximo y que podrán ser ampliados a partir de la evidencia analizada:

- De coordinación de servicios peticionarios: número de servicios peticionarios intercurrentes sobre un mismo paciente en una fecha concreta del episodio (óptimo 1)
- De presión extractora sobre el paciente: número de peticiones diarias en un mismo paciente (óptimo 1)
- De iteración de extracciones en un ámbito: número de pacientes hospitalizados con más de dos controles semanales (óptimo por establecer)

RESULTADOS

Hasta la fecha hemos conseguido disponer de un mapa de práctica en base a los datos promedio de peticiones por paciente (p/p), tubos por petición (t/p) y determinaciones por petición (d/p) en diferentes ámbitos (se muestran tres de los servicios con mayor actividad; pendiente de más resultados):

Medicina familiar y comunitaria: p/p 1,1; t/p 3,1; d/p 14

Medicina Interna: p/p 1,3; t/p 2,7; d/p 16

Oncología: p/p 1,1; t/p 2,4; d/p 13


CONCLUSIONES

El laboratorio puede y debe colaborar en definir pautas de adecuación de la demanda analítica.

A través de la base de datos de solicitudes al laboratorio puede establecerse un mapa de práctica extractora que permita identificar las características de cada servicio

El seguimiento de indicadores de práctica extractora puede mejorar la eficiencia, la seguridad del paciente y su experiencia durante su interacción con la institución sanitaria.

COSTE SANITARIO DE LAS CAÍDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 *García López, Sergio • Mimò Estany, Natàlia • Carreras Serrat, Mercè • Perelló Ferreiro, Dolors • Sans Blanco, Marta • Morales Ruiz, Lucas*

 *SCIAS Hospital de Barcelona*

Identificador: 147

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las líneas actuales en el ámbito sanitario enfocan los programas para la mejora de calidad en dos aspectos: prevención del riesgo y seguridad en los pacientes. El grupo de trabajo de caídas del Hospital de Barcelona analiza mensualmente las caídas que se producen y realiza cortes de prevalencia. Siendo uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, las caídas comprenden la categoría más grande de eventos adversos prevenibles en los hospitales. Aun así, el impacto económico que supone ha sido un dato poco estudiado.

OBJETIVOS

Conocer el impacto económico que tienen las caídas en un hospital de tercer nivel, así como el número total de caídas que presenten severidad media-máxima.

METODOLOGÍA

Se dispone de un sistema de notificación de incidencias según severidad: mínima, media y máxima. Se han revisado las caídas con severidad media-máxima de los últimos 5 años que han sufrido algún tipo de daño grave o que han precisado alargar la estancia. Para el análisis del coste económico se ha tenido en cuenta varios factores. El aumento de la estancia que ha supuesto la caída, contabilizando el aumento real que se ha podido constatar por días establecidos de estancia tras un proceso quirúrgico o tras la notificación de previsión de alta. El coste económico se ha completado contabilizando todos los procedimientos requeridos tras la caída.

RESULTADOS

Se han notificado 1627 incidencias con una media de 325,4 caídas por año, representando 2,52 por 100 altas y 4,74 por 1000 estancias. En total se han analizado 43 caídas catalogadas con severidad media-máxima suponiendo 2,64% del total de caídas. El 81,39% han sido fracturas y el 40% de estas han precisado intervención quirúrgica. La prevalencia de fractura de fémur es del 30,23% y representa el 37,14% del total de fracturas. La fractura de fémur además de ser la más prevalente también es la más costosa con un coste medio de 8.521,5€. El coste total de las 43 caídas analizadas ha sido de 193.425€, suponiendo un coste medio anual de 38.685€.

El 53,48% de las caídas se produjeron en las unidades de procesos médicos y el 37,20% corresponden a la especialidad de medicina interna. La edad media de los pacientes es de 84 años y no se encuentran diferencias significativas en relación al género.

CONCLUSIONES

El perfil de paciente con mayor riesgo de sufrir caída con severidad media-alta derivando un mayor coste económico es: paciente de 84 años ingresado en unidad médica a cargo de medicina interna.

Tras el estudio se pudo comprobar el elevado coste económico y que incluso en ausencia de lesiones obvias, la evaluación y las pruebas requeridas tras una caída son extensas y los costes se ven aumentados. Por lo tanto, los programas que previenen las caídas proporcionan las mayores oportunidades de ahorro de coste sanitario.



APLICACIÓN DE UN MODELO MATEMÁTICO PREDICTIVO DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS: PROYECTO PILOTO

 **PRIETO PORRAS, ANDREA** • **GARCÍA DE GARAYO DÍAZ, SILVIA** • **LARA MARCOS, PATRICIA** • **SANCHEZ BERNAL, RAFAEL** • **BLANCO GUTIÉRREZ, ANTONIO JOSÉ**

 **HOSPITAL TXAGORRITXU**

Identificador: 148

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las caídas constituyen un importante problema de salud pública por las consecuencias que acarrearán.

En el ámbito hospitalario adquieren especial relevancia, mostrando un componente diferente a las producidas en el ámbito comunitario. Se ha estimado que más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas, pudiendo provocar lesiones nuevas, complicar la evolución de su patología, alargar la estancia e incluso provocar el fallecimiento. La evidencia disponible estima que el 20% de las caídas en pacientes hospitalizados son prevenibles.

En la organización sanitaria existe una estrategia corporativa para dar cobertura al abordaje de las caídas, persiguiendo el avance en la mejora de la gestión del problema de manera uniforme. Para seguir avanzando, los esfuerzos deben ir encaminados a diseñar nuevas estrategias que aborden el problema de manera individualizada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se plantean los siguientes objetivos:

- Seleccionar un listado de factores que influyen en la probabilidad de desarrollar riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.
- Aplicar el modelo matemático que predice el riesgo de caídas de pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna, en base a los factores anteriormente definidos.
- Estimar el riesgo de caídas que presenta cada paciente de manera individual durante su estancia hospitalaria.
- Implementar medidas específicas para cada caso, previniendo que los pacientes sufran una nueva caída (alerta).

Se realiza

- Un estudio de las historias clínicas y las variables que pueden influir en el riesgo de sufrir una nueva caída, extraídos a través de los dominios del programa de registro de enfermería.
- Consulta de todos los formularios, se hace un estudio de los factores que se registran de manera obligatoria o reiterada.
- Explotación a través del SIS de una base de datos con 10184 registros de pacientes en el servicio de Medicina Interna en los primeros 6 meses.
- En función de las variables, se crea un modelo matemático que se aplica a las mismas.
- Se obtiene el porcentaje individualizado estimado que presenta cada paciente de sufrir una nueva caída durante el ingreso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se aplica el modelo matemático a cada paciente hospitalizado en la unidad de Medicina Interna y se obtiene el porcentaje individual del riesgo. En función de los ítems registrados en los dominios, así como la medicación prescrita de riesgo, este porcentaje varía ampliamente (desde el 1% al 87%).

Con todo ello, se genera una alerta que puede enviarse a las supervisoras de cada unidad para que el personal de enfermería implemente barreras eficaces.

En conclusión, este modelo permite detectar el riesgo antes de que ocurra la caída, siendo posible individualizar el plan de acción a cada paciente, estableciendo acciones específicas anticipatorias en las unidades de hospitalización, haciendo su estancia más segura y de calidad.



PLAN DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL S^o MEDICINA INTENSIVA (UCI) DE UN HOSPITAL DE 2^o NIVEL

 MAS LODO, MARGARITA • MARTÍN LORENZO, MARTA • SALINERO MARTIN, INMACULADA • GARCIA GONZALEZ, SAUL • FUENTE GITART, ROSA • FERNANDEZ MUERTE, ISABEL

 H.U.MOSTOLES

Identificador: 149

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los años de pandemia SARS Cov2 han supuesto una paralización en los planes de mejora en seguridad del paciente y aumento en los problemas de seguridad en UCI.

En la Estrategia de Seguridad 2027 del Paciente del Servicio de Salud de la comunidad autónoma, establece entre otras líneas estratégicas para el paciente crítico:

Identificar indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico.

Promover la realización de sesiones conjuntas o rondas, entre el personal involucrado en los cuidados de los pacientes críticos.

Elaborar recomendaciones para mejorar el traspaso de información entre los profesionales al alta.

OBJETIVOS

Describir el proceso de elaboración de un plan de mejora y puesta en marcha de herramientas para la atención más segura del paciente en UCI.

METODOLOGÍA

Desde el Grupo de seguridad de la UCI, planteamos puntos de mejora con medidas a implantar para una atención más segura del paciente. Se decidieron las siguientes medidas para desarrollar en 2023 y 2024:

Encuesta abreviada sobre cultura de seguridad a personal UCI.

Proyectos zero: Formación. Revisión de las medidas.

Establecimiento de un sistema estandarizado para la transmisión de la información (herramienta IDEAS).

Aplicación de un listado de verificación breve de seguridad en la sesión clínica diaria conjunta con enfermería, revisión de 2 ítems aleatorios.

Establecimiento de la herramienta AASTRE (análisis aleatorio de seguridad en tiempo real) como listado de verificación de medidas seguras en la Unidad. Ronda de seguridad sencilla en la cabecera del paciente. De forma aleatoria se comprueba la realización o no de distintas medidas seguras agrupadas por bloques. Permite corregir la medida no realizada en el momento y por tanto convertir una situación insegura en segura.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizó la encuesta sobre cultura de seguridad. Contestada por más del 65% del personal. Se analizaron los resultados.

Se instauró el listado de verificación breve, 2 ítems aleatorios, relacionado con la seguridad en el pase clínico diario.


Se fomentó la formación de los Proyectos Zero y de cursos básicos gratuitos de higiene de manos y seguridad del paciente de la plataforma de formación de los empleados de la Comunidad autónoma. Se facilitó infografía que incluía códigos QR para acceso a los cursos.

Respecto a las herramientas IDEAS y AASTRE, se realizaron sesiones formativas presenciales. Se elaboró infografía para facilitar el uso de la herramienta IDEAS y rentabilizar la transmisión de la información en el cambio de turno de enfermería.

Para la puesta en marcha del AASTRE, se desarrolló con la herramienta Microsoft Forms, formulario para el registro de las variables contestadas que permitiría su posterior análisis. Se realizó prueba piloto.

Pendiente: instaurar en la práctica diaria las herramientas IDEAS y AASTRE, continuar fomentando la formación en Seguridad y optimizar el cumplimiento de las medidas de los proyectos Zero.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL CON ENFOQUE COMUNITARIO DESDE ÁMBITO SOCIOSANITARIO: UNIDAD DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS (UAR).

 Chaparro López, Ana • Sánchez de la Fuente, M^o Cristina • Gonzalez Martinez, Beatriz • Torres de la Fuente, Maria Luisa • Gonzalez Enrique, Eva • Martínez Cadenas, Marcos

 Unidad de Atención a Residencias

Identificador: 151

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

La atención sanitaria a los pacientes institucionalizados presenta deficiencias en la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, lo que afecta a la calidad de la atención y el consumo de recursos del sistema sanitario.

En respuesta a la pandemia de COVID-19, se ha establecido en una comunidad autónoma de casi 7 millones de habitantes un modelo de coordinación entre centros residenciales y los centros de salud. Como resultado de esto, se han creado las UAR.

OBJETIVOS

Uno de los objetivos de esta unidad es establecer y mejorar un modelo que se focaliza en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, integrado y coordinado de cuidado que aborde la fragilidad, fomentando la coordinación entre los distintos ámbitos de atención a las personas mayores.

En vista de esta realidad, el objetivo de la investigación es analizar el efecto de la implementación de las UAR en este último año, con el propósito de obtener información relevante acerca de su efectividad y eficiencia en el contexto de la salud comunitaria en pacientes institucionalizados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal de la actividad comunitaria realizada en los centros residenciales de la zona noroeste de una autonomía.

Los centros que cumplen criterios de inclusión son 142 centros residenciales de mayores y 24 centros de discapacidad.

Se llevan a cabo un total de 297 programas de salud comunitaria, siendo estos 66 en centros de discapacidad y 231 en centros de mayores. Los programas realizados hasta la fecha han contribuido a la mejora de la calidad de cuidados en los centros residenciales. Se han abordado distintas áreas temáticas, tras la detección de las necesidades de las residencias, el mayor número de actividades han sido, la ola de calor seguido de higiene de manos e higiene bucodental.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En conclusión, el envejecimiento poblacional en España es un desafío demográfico que continuará en aumento hasta 2050, con un porcentaje significativo de personas mayores de 65 años. Este fenómeno está directamente relacionado con un aumento en las enfermedades crónicas, incluyendo la demencia, que afecta a la calidad de vida de los pacientes y plantea la necesidad de una atención adecuada en residencias de ancianos.

La implementación de las UAR ha resultado en un enfoque de coordinación entre centros residenciales y Atención Primaria, con un énfasis en la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades.

En términos de temáticas abordadas, las intervenciones se centraron en necesidades prioritarias, como la respuesta a situaciones de ola de calor y la promoción de prácticas de higiene, incluyendo higiene de manos y bucodental.

La implementación de la UAR ha demostrado ser un paso positivo hacia la mejora de la gestión y la calidad en la atención de pacientes institucionalizados en centros residenciales. Estos resultados respaldan la importancia de continuar desarrollando y fortaleciendo estrategias de coordinación y promoción de la salud en el contexto del envejecimiento poblacional en España.



MEJORA EN LA GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

 **BLANCO GUTIÉRREZ, ANTONIO JOSÉ**

 **OSI ARABA**

Identificador: 152

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la contratación es un punto crítico en el Departamento de Personas. En períodos vacacionales (Semana Santa, verano y Navidad) se produce un gran volumen de ausencias y sus correspondientes sustituciones, añadido a las incapacidades laborales y otros permisos, producen un cuello de botella con los siguientes elementos;

- La Atención Primaria se presta en centros de trabajo diseminados (centros de salud ubicados en barrios y poblaciones).
- Procesos de solicitud y autorización con excesiva burocracia.
- Falta de información en los centros solicitantes del estado de la solicitud.
- Escasez de profesionales disponibles.

Nuestra organización sanitaria se planteó la necesidad de mejorar la gestión de la contratación en Atención Primaria, buscando un proceso eficaz y que simplificase las diferentes fases.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se plantean los siguientes objetivos:

- Identificar los factores que ralentizan el proceso de contratación.
- Determinar herramientas que nos permitan una comunicación directa con los solicitantes.
- Seleccionar el número de profesionales que deben intervenir, jerarquizando el proceso.
- Valorar la incidencia en la gestión, con el objetivo de determinar si reduce la carga de trabajo.
- Establecer un período de prueba, en el que se valore la eficacia.

Mediante aportaciones de los profesionales que intervienen en la gestión de contratación, se realiza un estudio de los factores que ralentizan el proceso y propuestas de mejora.

Se establece un mapa de procesos en el que se determina la ruta a realizar de las solicitudes; niveles de autorización y gestores de contratación, diferenciados por puesto funcional (Facultativos, Enfermería y No Sanitarios).

Se determina implantar una herramienta informática que permita la comunicación entre solicitantes, autorizadores y gestores, eliminando las llamadas telefónicas que ralentizaban el proceso.

- Elementos principales de la herramienta informática;
- Formulario mediante el cual realizar las solicitudes.
- Automatización de envío de correos electrónicos de las solicitudes a los profesionales que deben autorizarlas.
- Base de datos con la que gestionar las solicitudes • centro solicitante, categoría profesional, autorización y profesional contratado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La implantación de este proceso ha mejorado la gestión de la contratación, con los siguientes puntos a resaltar;

- Eliminación de las llamadas telefónicas y por lo tanto, del tiempo de gestión.
 - Los solicitantes pueden comprobar el cualquier momento el estado de su solicitud, si ha sido autorizada y si se ha asignado un profesional.
 - Ante una época de gran volumen de contratación, los gestores tienen una visión global de la demanda por centro y categoría profesional, con la que poder gestionar de forma más eficaz los recursos disponibles (profesionales de las listas de contratación).
-



CREACIÓN DE UN MODELO MATEMÁTICO PREDICTIVO DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS: PROYECTO PILOTO

 *García de Garayo Díaz, Silvia • Prieto Porras, Andrea • Lara Marcos, Patricia • Sanchez Bernal, Rafael*

 *OSI Araba*

Identificador: 153

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Las caídas constituyen un importante problema de salud pública por las consecuencias que acarrearán.

En el ámbito hospitalario, concretamente, adquieren especial relevancia, mostrando un componente diferente a las producidas en el ámbito comunitario. Se ha estimado que más del 84% de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas, pudiendo provocar lesiones nuevas, complicar la evolución de su patología, alargar la estancia e incluso provocar el fallecimiento. La evidencia disponible estima que el 20% de las caídas en pacientes hospitalizados son prevenibles.

En la organización sanitaria existe una estrategia corporativa que pretende dar cobertura al abordaje de las caídas, persiguiendo el avance en la mejora de la gestión del problema de manera uniforme. Es por ello por lo que los esfuerzos deben ir encaminados a diseñar nuevas estrategias que aborden el problema de manera individualizada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se plantean los siguientes objetivos:

- Seleccionar un listado de factores que influyen en el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.
- Identificar de ese listado los que mayor peso adquieren de desarrollar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.
- Crear un modelo matemático que prediga la probabilidad del riesgo de caídas de pacientes hospitalizados en base a los factores anteriormente definidos en el área de Medicina Interna mediante técnicas de Inteligencia Artificial.
- Evaluar y chequear el modelo con pacientes hospitalizados.

Se realiza:

- Un estudio de las variables que pueden influir en el riesgo de sufrir una caída consultando los diferentes formularios de los dominios del programa de enfermería.
- Una extracción a través del gestor de bases de datos Oracle de todas esas variables por cada paciente del estudio (los primeros 6 meses de 2023 en el servicio de Medicina Interna).
- Creación de un modelo matemático estable, a través de programación en R, teniendo en cuenta las variables de mayor peso.
- Obtención del porcentaje estimado que presenta cada paciente de sufrir una nueva caída en función de los factores de riesgo de caídas del modelo que presenta durante el ingreso.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Cuando un paciente ingresa en el hospital y se registran los valores en los formularios de los dominios del programa de enfermería, se individualiza por medio del modelo matemático el porcentaje de riesgo de cada paciente de sufrir una caída.

En conclusión, este modelo permite detectar el riesgo antes de que ocurra la caída, siendo posible individualizar el plan de acción a cada paciente, estableciendo acciones específicas anticipatorias en las unidades de hospitalización, haciendo su estancia más segura y de calidad.



IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN PARA OPTIMIZAR LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS

 Cortés Sevilla, Francisco • Gonzalez Jordan, María Montserrat • Cardona Portela, Pedro • Garcia Garcia, Vanesa • Álvarez Soto, Ana

 Hospital Universitario de Bellvitge

Identificador: 154

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El ictus en España hace que cada año mueran alrededor de 27000 personas, siendo la segunda causa de muerte. Para poder actuar de manera coordinada entre los profesionales frente a un ictus, en el año 2006 se puso en funcionamiento el protocolo de código ictus en Cataluña, formado actualmente por 28 centros, teniendo desde el 2016 un registro sanitario (CICAT). En el año 2023, al realizar la revisión del índice relativo de urgencias (IRU) en el Hospital de Bellvitge, se observó que el porcentaje de códigos ictus activados en SAP con respecto a los atendidos era totalmente distinto, haciendo esto que el IRU y la contraprestación económica que recibía el hospital por las urgencias no estuvieran acorde con la realidad.

OBJETIVO

- Aumentar el porcentaje de códigos ictus activados en un 20% en 6 meses
- Generar un IRU acorde a la realidad en 6 meses

METODOLOGÍA

Se implanta la metodología Lean, generando equipos multidisciplinares en los que participan profesionales de cada estamento que aparece en el proceso. Se les guía mediante la herramienta Lean Value Stream Map (VSM) para que dibujen el proceso actual y expongan las incidencias que tienen a la hora de poder activar el código. Una vez encontradas las incidencias, se utiliza la herramienta de los 5 porqués, para llegar a la causa raíz del problema y aplicar soluciones a las que se les hace seguimiento de implantación mediante un plan de acción y, seguimiento de evolución, mediante KPI's generados por el grupo. Entre las acciones generadas, se estandarizó quien debe de activar el código ictus, se generó un protocolo de cuando se activa el código, se centralizaron las activaciones del resto de códigos en estos mismos profesionales y se estandarizó circuito entrada SEM.

RESULTADOS

Se pasó de estar en un 65% de media de activación de códigos Ictus en SAP en el año 2022 a estar actualmente en un 98%, una mejora del 50.77% que hacen que actualmente el IRU sea mucho más acorde a la realidad de la actividad que realiza el servicio de urgencias.


CONCLUSIONES


La metodología Lean es una herramienta muy poderosa que ayuda a empoderar a los profesionales y que los resultados sean permanentes en el tiempo gracias a que toman las medidas generadas como suyas. Es de vital importancia cuando se realiza un proyecto el tener un estándar claro en el cual poder saber de dónde se parte y donde se quiere llegar, haciendo los cambios oportunos que generarán el nuevo estándar. Entre las limitaciones que nos pudimos encontrar en el proceso de implantación de Lean en urgencias fueron la variabilidad en los profesionales que participaban en el mismo, la falta de comunicación entre los mismos y el aislamiento entre los estamentos participantes.





PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU SEGURIDAD: DÍA MUNDIAL DE LA PARADA CARDÍACA

 **SANCHA ESCUDERO, VICTORIA** ⁽¹⁾ • *Teja Barbero, Jose Luis* ⁽²⁾ • *Oro Fernández, María* ⁽³⁾ • *Martín Ramos, Noelia* ⁽³⁾ • *Corro Madrazo, Patricia* ⁽³⁾ • *Dominguez Artiga, María José* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SCS • ⁽²⁾ *Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Coordinador de Seguridad del Paciente* • ⁽³⁾ *Gerencia del Servicio Cántabro de Salud*

Identificador: 155

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La parada cardíaca es una de las principales causas de muerte súbita en todo el mundo. Con el objetivo de sensibilizar a la población y mejorar las competencias en reanimación cardiopulmonar (RCP), el Día Mundial de la Parada Cardíaca, celebrado el 16 de octubre, ofrece una oportunidad única para promover la educación en esta área. Desde el 2012, impulsado por la Declaración del Parlamento Europeo y con el apoyo del ILCOR a partir del 2018, este evento busca capacitar tanto a profesionales como a la ciudadanía.

OBJETIVO

Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia y las consecuencias de una parada cardíaca. Incrementar las competencias en RCP entre la ciudadanía, especialmente entre estudiantes y adultos sin formación previa.

Metodología:

El Área de Calidad y Seguridad del Paciente, en colaboración con el Hospital y el Servicio de Emergencias de la Comunidad Autónoma, organizó un Taller de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) dirigido a la ciudadanía. Además de la actividad central, se llevaron a cabo diversas formaciones para profesionales en el resto de centros sanitarios públicos de la región. El taller central se realizó en un hospital de campaña con estaciones de trabajo que incluyeron simulaciones prácticas de RCP, manejo de DESA y una carrera interactiva de RCP. Además, se planificaron diferentes acciones de difusión mediante varios canales, incluyendo redes sociales, notas de prensa y comunicación interna, para asegurar que la información sobre el Día Mundial de la Parada Cardíaca llegaba a toda la población.

RESULTADOS

Se registró la participación de un total de 257 personas, donde se incluyeron diferentes edades, desde estudiantes (178), así como adultos (79). Las encuestas previas al taller revelaron que el 82.1% de los adultos conocían el término RCP, pero el 38% nunca había recibido formación. Entre los estudiantes, el 67.2% conocía el término, pero solo el 25% había recibido formación previa. La mayoría de los participantes reconocieron la importancia de la formación en RCP y mostraron interés en adquirir estos conocimientos.

CONCLUSIONES

- Los resultados destacan la necesidad de ampliar la educación en RCP tanto entre adultos como entre estudiantes.
 - La formación en RCP se percibe como una habilidad esencial en la vida cotidiana.
 - Existe una disposición significativa para aprender estas técnicas.
 - La participación activa y el interés demostrados durante el taller indican que eventos como
 - El Día Mundial de la Parada Cardíaca son efectivos para mejorar la preparación de la sociedad ante emergencias.
 - Instagram y YouTube parecen ser las plataformas más efectivas para llegar a una audiencia amplia. "X" mostró una buena interacción con el contenido.
 - La diversidad en los canales de difusión aseguró un impacto positivo y amplio en la sensibilización sobre la RCP.
-



EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS: CAMPAÑA DE DIFUSIÓN INSTITUCIONAL

 Oro Fernandez, Maria ⁽¹⁾ • Sancha Escudero, Victoria ⁽¹⁾ • Teja Barbero, Jose Luis ⁽¹⁾ • Domínguez Artiga, María José ⁽¹⁾ • Martín Sarobe, María ⁽²⁾ • Corro Madrazo, Patricia ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Servicio Cántabro de Salud • ⁽²⁾ Consejería de Salud

Identificador: 158

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La Campaña de difusión sobre el Uso Prudente de los Antibióticos se llevó a cabo del 10 de noviembre al 26 de diciembre de 2023, con el objetivo de abordar la creciente preocupación por el uso inadecuado de los antibióticos y la consecuente resistencia bacteriana. La automedicación y el uso imprudente de antibióticos son prácticas comunes que contribuyen significativamente a este problema de salud pública. Ante la urgente necesidad de educación y concienciación en la población, el proyecto buscó reducir estos comportamientos y promover el uso responsable de los antibióticos.

OBJETIVO

Concienciar a la ciudadanía sobre la importancia del uso prudente de los antibióticos.

Reducir la automedicación.

Promover prácticas que ayuden a frenar la resistencia a los antibióticos.

METODOLOGÍA

Se utilizó una estrategia multimedia para alcanzar al mayor público posible. Los materiales empleados incluyeron un vídeo educativo de 2 minutos en YouTube y materiales gráficos diseñados para redes sociales, como series de post e infografías en Instagram. Además, se desarrollaron colaboraciones con profesionales de la salud y se utilizó la infraestructura de difusión del Servicio de Salud y del ayuntamiento para ampliar el alcance del mensaje.

RESULTADOS

Durante la campaña, se realizaron diversas actividades y se analizaron datos cuantitativos de diferentes plataformas digitales:


Página web del Servicio de salud: Destacado con la información de la campaña y acceso al vídeo principal. Se registraron 13.195 visitas de 7.259 usuarios, reflejando un interés significativo en la información proporcionada. YouTube: El vídeo educativo obtuvo 592 visualizaciones, alcanzando a una audiencia relevante. X (antiguo Twitter): Las publicaciones lograron varias impresiones y compromisos, con tasas de participación notables, especialmente el 18 de noviembre durante el Día Europeo del Uso Prudente de los Antibióticos. Instagram: La campaña incluyó publicaciones, historias y un reel, logrando un alcance e interacciones significativas. El reel del 8 de diciembre alcanzó 703 cuentas y se reprodujo 1.274 veces.

CONCLUSIONES

La campaña demostró ser eficaz en la difusión del mensaje, alcanzando a una amplia audiencia a través de múltiples canales. La colaboración entre servicios, así como el apoyo municipal, fueron cruciales para el éxito de la iniciativa. La evaluación cuantitativa mostró un impacto positivo en términos de visualizaciones e interacciones, aunque se identifica la necesidad de reactivar y mantener estas campañas de manera continua para lograr cambios sostenibles en los comportamientos de la ciudadanía. Es imprescindible seguir utilizando enfoques multimedia y mantener las alianzas estratégicas para maximizar el alcance y la efectividad de futuras campañas.



TRAZABILIDAD DE IMPLANTES: UN ESTUDIO PILOTO, DEL MÉTODO MANUAL A LA EFICIENCIA DIGITAL

 LARA MARCOS, PATRICIA • MARCOS PORTAL, OSCAR • ALDABAL MUNIATEGUI, IREIDE • PRIETO PORRAS, ANDREA • GARCIA DE GARAYO DIA, SILVIA • SANCHEZ BERNAL, RAFAEL

 OSI ARABA

Identificador: 159

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto (RD) 1591/2009, por el que se regulan los productos sanitarios, define producto implantable como cualquier producto diseñado para ser implantado totalmente en el cuerpo humano o para sustituir una superficie mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí durante un período de al menos 30 días.

Actualmente su uso y manejo está regulado por el RD 192/2023 que establece pautas claras y de carácter obligatorio que buscan asegurar la adecuada gestión y seguimiento de los implantes, con el objetivo de prevenir y responder eficazmente a posibles incidencias.

OBJETIVOS

Cumplir el RD 192/2023.

Establecer un sistema de trazabilidad de implantes mediante lectura del código único.

Automatizar la transferencia de la información a la Historia Clínica.

Disponer una base de datos fácilmente accesible ante posible alerta sanitaria.

Facilitar la gestión de la reposición de los implantes utilizados.

Detectar y evaluar las posibles incidencias que surjan en este pilotaje antes de desplegarlo al resto de productos implantables que estén sujetos a esta normativa.

METODOLOGÍA

Nuestra organización cuenta con un software de trazabilidad para el instrumental y el proceso de esterilización, que posibilita extrapolarlo a la trazabilidad del material implantable. Se ha iniciado el pilotaje en la cirugía de cataratas.

Primeramente, se ha hecho un inventario de todos los productos implantables, creando una base de datos con la información necesaria. (proveedor, EAN, código GS1...)

Posteriormente, la empresa Marvax incluyó en su base de datos esos productos. De esta forma, cuando se realiza la lectura del código GS1 con la pistola, automáticamente el software reinterpreta esa información y la reconvierte en una tarjeta de implante en la que se incluyen los datos exigidos por el RD. Se está trabajando para que se adjunte de forma automática a la historia clínica. Además, diariamente se genera un archivo Excel que incluye todos los productos implantados para que el servicio de Compras importe esos datos de manera automatizada a SAP evitando transcripciones manuales y así poder reponer y facturar los implantes fácilmente.

RESULTADOS

Los registros de la trazabilidad de implantes en la base de datos de Marvax durante los meses monitorizados suponen el cumplimiento de la trazabilidad de un 96'8%.

CONCLUSIONES

La instauración de este sistema supone un avance importante en la Seguridad del Paciente ya que nos permite la identificación rápida y segura de los pacientes afectados ante posibles incidencias y nos garantiza una respuesta efectiva y oportuna, reforzando la atención y el cuidado de la salud de manera integral.

Además, aseguraría en última instancia el cumplimiento del Real Decreto 192/2023.



GESTIÓN DE CASOS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES PARA LA EXTRACCIÓN DE ANALÍTICAS EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

 SANTIAGO DÍAZ, YERAY TOMÁS • GONZALEZ RAMIREZ, *Hissora* • GONZALEZ MEDINA, RAUL ALBERTO • ARZOLA ARZOLA, BEGOÑA ESTHER • RODRIGUEZ MARRERO, NAYRA • MENDOZA HERRERA, JUDIT

 COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Identificador: 160

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Con el incremento en la esperanza de vida, el número de pacientes con enfermedades crónicas ha aumentado, lo que genera una sobrecarga en los servicios de salud. Para poder satisfacer las demandas, es necesario reorganizar la atención sanitaria. La Unidad de Gestión de Casos del Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil (CHUIMI) se esfuerza por coordinarse con Atención Primaria (AP) para proporcionar una respuesta rápida y adaptada a las necesidades de cada paciente.

OBJETIVOS

Examinar la gestión realizada por la Unidad de Gestión de Casos del CHUIMI, enfocándose en la coordinación entre los distintos niveles asistenciales para realizar extracciones de analíticas en domicilio, con el fin de evitar el traslado de pacientes dependientes al hospital y analíticas en las Zonas Básicas de Salud .

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo, analizando las interconsultas remitidas a la Unidad de Gestión de Casos del CHUIMI desde junio de 2022 hasta abril de 2024. Se revisaron 10459 formularios. Se incluyeron aquellos que solicitaban coordinación para la realización de analíticas de sangre a domicilio en pacientes que cumplían con los criterios para atención domiciliaria (personas dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, pacientes con condiciones oncológicas, nefrológicas, entre otras, y que pudieran requerir una ambulancia para su traslado al hospital) y por otro lado, la solicitud de apoyo para la extracción de analíticas en las Zonas Básicas de Salud de aquellos pacientes que no cumplieran condiciones de atención domiciliaria, pero que sí suficiente fragilidad como para beneficiarse de realizarlas en su Centro de Salud.

RESULTADOS


En este periodo, se registraron 2721 solicitudes para la extracción de sangre a domicilio por parte de los equipos de enfermería de las ZBS. Al realizar estas extracciones en el hogar del paciente, se logró evitar el traslado de los usuarios al hospital, en este caso, los que precisaban de transporte sanitario no urgente (TSNU). De acuerdo con el Decreto 81/2009, de 16 de junio, que detalla los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud, la Unidad de Enfermería de Gestión de Casos y Enlace del CHUIMI ha conseguido un ahorro aproximado de 123424 € en transporte sanitario. Por otro lado, se derivaron 1988 analíticas para fueran realizadas en los Centros de Salud y que los pacientes no tuvieran que trasladarse hasta el Hospital.


CONCLUSIÓN

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales ha permitido reducir los traslados de pacientes dependientes, mejorando la calidad de la atención y centrándonos en las necesidades específicas de cada paciente. Esto aumenta la satisfacción tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Además, se ha generado un ahorro significativo de recursos y una disminución en el impacto sobre la huella de carbono, contribuyendo a una atención sanitaria más sostenible y de mayor calidad.



PROYECTO REGIONAL DE DISMINUCIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL SANITARIO

 *Marín Sánchez, Rubén*⁽¹⁾ • *Herráez Carrera, Oscar*⁽¹⁾ • *Salinero Gervaso, Mario*⁽²⁾ • *Merino Espinar, María Jesús*⁽²⁾ • *López Hernández, Carlos José*⁽³⁾ • *Rodríguez Sánchez Beato, Carlos*⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Dirección General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha* • ⁽²⁾ *Secretaría General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha* • ⁽³⁾ *GAI Villarrobledo - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*

Identificador: 161

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

La contaminación medioambiental afecta a nuestra salud en diferentes formas. Así, la contaminación del aire puede afectar al sistema respiratorio (asma, EPOC); y la de suelos y aguas, puede comprometer la salud alimentaria. Es consecuente que las organizaciones sanitarias integren en sus objetivos la disminución del su impacto medioambiental como elemento que también influye en la mejora de la salud.

La Secretaría General y la Coordinación Regional de Gestión de la Calidad y Mejora han diseñado un proyecto para la implantación regional de Sistemas de Gestión Ambiental basados en la norma ISO 14001:2015. Este proyecto implica a 16 hospitales además de la integración gradual en todos los centros de atención primaria de la región. Por la amplitud del objetivo el proyecto se está gestionado en fases con periodicidad anual y finalización en 2026, habiéndose implantado ya en 6 hospitales.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es evaluar la disminución del impacto ambiental conseguido una vez completada la implantación del proyecto.

A través de un cuadro de mando de gestión común se valoró la disminución de los indicadores medioambientales en 2023 respecto de su valor en 2022 en los hospitales con el sistema implantado, y se estimó su progresión a medida que se amplia el alcance del proyecto a los diferentes hospitales. Para homogeneizar los resultados obtenidos y permitir la estimación a nivel regional, los indicadores se evalúan referenciados al número de tarjetas sanitarias (TS) adscritas a cada centro hospitalario.

Se identificaron 4 indicadores clave: Producción de residuos biosanitarios clase III (I1), producción de residuos asimilables a urbanos (I2), consumo de energía eléctrica (I3) y consumo de gas natural (I4).

RESULTADOS

En el I1 encontramos una disminución del 24,7%, una reducción de 0,14 Kg por cada TS. Se estima que se conseguirá una disminución acumulada del 17,8% hasta 2026, lo que supone una reducción de 0,39 Kg/TS.

En el I2 encontramos una disminución del 2,7%, una reducción de 0,06 Kg/TS. Se estima que se conseguirá una disminución acumulada del 1,92% hasta 2026, lo que supone una reducción de 0,18 Kg/TS.


En el I3 encontramos una disminución del 18,8%. Se estima que se conseguirá una reducción acumulada del 13,5%, lo que supone una disminución de 44,4 kw/TS.


En el I4 encontramos una disminución del 20,8%. Se estima que se conseguirá una reducción acumulada del 14,99% hasta 2026, lo que supone una disminución de 59,3 Kg/TS.

CONCLUSIÓN

La estimación de la implantación de sistemas de gestión medioambiental en los hospitales de la región permite una reducción drástica de los indicadores de consumo y producción de residuos, entre otros. Si además consideramos la adopción de este sistema por los numerosos centros de atención primaria de nuestra región, la disminución del impacto ambiental por TS en la región será incluso superior a la estimada en este trabajo, favoreciendo un ambiente más saludable en nuestra sociedad.

MEJORANDO LA GESTIÓN DEL GRUPO DE INTERÉS ALIADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ OPINAN Y QUÉ ESPERAN DE NOSOTROS?

 BAYON CABEZA, MARIANELA ⁽¹⁾ • Martínez Piédrola, Mercedes ⁽²⁾ • Quevedo Rivera, Julia ⁽³⁾ • García Ferradal, Inmaculada ⁽⁴⁾ • Herrera Sánchez, Beatriz ⁽⁵⁾ • Rodríguez Blanco, Alicia ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Área de procesos y calidad. Gerencia asistencial de atención primaria • ⁽²⁾ Dirección Técnica de Docencia e Investigación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽³⁾ Directora Asistencial Médica. Dirección Este. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽⁴⁾ Directora Asistencial Enfermera. Dirección Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽⁵⁾ Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽⁶⁾ Responsable de centros. Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 162

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2022 la Gerencia de Atención Primaria (GAP) lleva a cabo una autoevaluación Modelo EFQM 2020 donde se detecta como gran oportunidad de mejora, la gestión de los grupos de interés (GI) y la exploración de su percepción, satisfacción, necesidades y expectativas sobre la GAP. Entre ellos se prioriza a los partners o aliados, que son las organizaciones externas con las que trabaja la GAP siguiendo criterios estratégicos, para alcanzar objetivos comunes y obtener un beneficio mutuo a largo plazo .

OBJETIVO

Mejorar y sistematizar la gestión de los aliados de la GAP para construir relaciones de confianza, asegurar su compromiso y crear conjuntamente valor sostenible.

METODOLOGÍA

En marzo 2023 se crea un grupo de trabajo con directivos asistenciales y técnicos. Se elabora un proyecto de mejora y un plan de acción con actividades a realizar, responsables y cronograma de trabajo. El plan incluye identificar, segmentar, clasificar, priorizar y seleccionar a los aliados clave en base a criterios de interés e influencia. También se identifican, resumen y sistematizan las estructuras de relación y los canales de comunicación existentes y se propone el uso de otros nuevos más proactivos para conocer su percepción: encuestas en Microsoft Forms o entrevistas con guión. En ellas se valora la importancia y el grado de satisfacción con el propósito de la GAP, con la coordinación y generación de alianzas, la transparencia, la accesibilidad, el trato, la implantación de acuerdos, y su efecto sobre el proceso asistencial. Se investiga también el grado de recomendación NPS, propuestas de mejora y acciones futuras. El proyecto define metas e indicadores para seguimiento e identifica mecanismos para introducir las necesidades detectadas en las líneas estratégicas de la GAP.

RESULTADOS

Se seleccionaron como aliados clave: hospitales (H), servicio de urgencias (SU), sociedades científicas y colegios profesionales (SC/CP), universidades y centros formativos (U) y centros sociosanitarios (CSS). De mayo a octubre de 2023 se realizaron encuestas a todos, excepto a CSS. La participación media fue del 71,3%. Todos atribuyeron una importancia alta > 4 puntos (5 máx.) a los temas investigados. La cordialidad, la accesibilidad y el buen trato presentaron niveles de satisfacción excelentes. La información y transparencia, el funcionamiento de estructuras de coordinación, la implantación de acuerdos y su efecto sobre el proceso asistencial, fue lo peor valorado. La satisfacción global fue de 7,4, 7, 5,4 y 7,8 (meta 7, max. 10) en H, SU, SC/CP (los menos satisfechos) y U, respectivamente y el NPS fue de 20, 100, 29 y 31. Los resultados que en general son buenos, se difundieron en noviembre a todo el equipo directivo.

CONCLUSIONES

La elevada participación y las áreas de mejora detectadas, han conllevado que la GAP esté poniendo en marcha líneas estratégicas dirigidas a los aliados clave, estableciendo objetivos comunes y consolidando estructuras de coordinación estables y eficientes.



ESCUELA DE PACIENTES: CUALES SON LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS PACIENTES

 Ferrari, Rodriguez, Maria Cristina, Josefa

 Fundacion ICEM Y Universidad Católica Argentina

Identificador: 165

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las escuelas de pacientes han demostrado ser la mejor estrategia para empoderar a los pacientes y sus familias con enfermedades crónicas en el autocuidado y autogestión de sus enfermedades,

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En la escuela de pacientes de una Universidad Argentina, con el objetivo de conocer las necesidades percibidas por los pacientes se realizó una encuesta en la que participaron diferentes organizaciones de Argentina, Colombia y México, con pacientes que tienen enfermedades crónicas, oncológicas, poco frecuentes, reumatológicas, diabetes e hipertensión pulmonar.

En la misma se les preguntó sobre qué temas querían recibir información y formación, como creían que era su capacitación hasta el momento actual, en que forma les gustaría recibir la información y con qué periodicidad

Se encuestaron 1643 pacientes, de Argentina 1054 (64%), MEJICO 538 (32%) y COLOMBIA: 51(4%). La EDAD X: 50 años r: 20-90, el NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO, primaria: 32,5% secundaria 47% y terciaria 20,5%.

CONCLUSIONES

Manifestaron tener interés por recibir más información y formación acerca de su enfermedad, el 68%, cómo mejorar la adherencia al tratamiento el 21%, cómo recibir y dar apoyo emocional el 60%, cómo realizar una higiene adecuada el 11%, cómo alimentarse en forma adecuada en relación a su enfermedad 40%, cómo cocinar comida saludable el 13% y cómo realizar los trámites relacionados con su afección 9%

Respecto a cómo es su información sobre estos temas, el 69% manifestó que es regular, el 25% buena y el 4% muy buena. Prefieren recibirla en forma grupal el 44%, a través de videos el 48%, por charlas el 37% y por folletos el 9%. Expresa querer recibir la información en forma semanal el 40%, quincenal el 12% y mensual el 43%.

No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de los diferentes países y diferentes organizaciones

CONCLUSIONES

Se concluye que los pacientes requieren más información sobre sus enfermedades, sobre cómo mejorar su adherencia al tratamiento, tener un mayor conocimiento de cómo recibir y dar apoyo emocional y de cómo alimentarse. Que poseen en general una información regular acerca de estos temas y que desearían recibir la información mensualmente a través de videos o en forma de grupal.

Los resultados de esta investigación sirven como input para continuar mejorando las líneas estratégicas de la Escuela de Pacientes de la universidad.

ELABORACIÓN DE LOS MAPAS DE RIESGOS A TRAVÉS DE FUENTES DE INFORMACIÓN OBJETIVA A NIVEL AMBULATORIO Y HOSPITALARIO

 Crespo Sanz, Javier • Torres Magán, Marta • Fernández Repeto, Concepción • de la Rica García San Miguel, Íñigo • Caballero Muñoz, Raquel • Arroyo Mateo, Francisco Javier

 MC Mutual

Identificador: 167

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En la atención sanitaria los eventos adversos (EA) y las incidencias ocurren, prevenirlos es una línea de avance en seguridad del paciente (SP). Los mapas de riesgos (MR) son herramientas que ayudan a identificar y evaluar posibles amenazas para la SP, la calidad de los servicios y el sistema de salud.

MC Mutual es una mutua colaboradora con la Seguridad Social que proporciona asistencia sanitaria en accidentes laborales y enfermedades profesionales y está compuesto por una red de dispositivos asistenciales en España y utiliza MR sanitarios desde 2015. Con la experiencia se define una nueva metodología para la actualización de los riesgos.

OBJETIVOS

Implantar un sistema efectivo de identificación y evaluación de los riesgos derivados de la atención ambulatoria y hospitalaria, teniendo en cuenta diferentes fuentes de información y metodología cualitativa.

METODOLOGÍA

Para identificar los riesgos se han utilizado diferentes fuentes de información objetiva: estudio del MR previo, notificaciones de EA sucedidos en los últimos años, desviaciones de auditorías internas y externas de calidad y SP, resultados de auditorías de historias clínicas, resultados de indicadores de SP, resultados de encuestas de satisfacción a pacientes, resultados de encuestas de cultura a profesionales, de los registros de incidencias con proveedores y los resultados de los estándares de calidad sanitaria.

Se definen los riesgos derivados de las fuentes de información, se elabora una matriz para el ámbito ambulatorio y otra para el hospitalario, clasificando los riesgos por procesos asistenciales. Dos grupos focales de expertos, grupo ambulatorio (9) y grupo hospitalario (8), analizan los riesgos a través de metodología de Análisis Modal de Fallos y Efectos, priorizándolos según gravedad, frecuencia y capacidad de detección de cada riesgo (IPR). Se realiza consenso de aquellos riesgos cuyo coeficiente de variación es >50%.

RESULTADOS


Se han elaborado dos MR, con un total de 30 riesgos hospitalarios y 36 ambulatorios. En centros ambulatorios el 37% proceden de los procesos de auditoría internas y externas, y en el ámbito hospitalario el 42% lo hacen de las notificaciones de EA y el 30% de auditorías. El rango de criticidad en los riesgos ambulatorios se sitúa entre un IPR de 165 (más crítico) y uno de 39 (menos crítico) con un coeficiente de variación inter observador del 30%. En hospitales este IPR fluctúa entre 178 y 74, con un coeficiente de variación inter observador del 10%.

CONCLUSIONES

Este estudio otorga un enfoque sistemático y estructurado para la identificación objetiva de los riesgos. Realizar esta valoración con grupos de expertos es adecuado, se detecta más diferencia entre observadores en el grupo ambulatorio, más heterogéneo. Al desarrollar y utilizar un MR, se pueden visualizar claramente las áreas más vulnerables y ayuda a la toma de decisiones para establecer un entorno de atención más seguro y eficiente, mejorar la SP y la calidad de los servicios.



USO LOCAL DE ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN CENTROS AMBULATORIOS

 *Torres Magán, Marta • Moya Alcocer, Diego • Jardí Lázaro, Santiago • Torrejón Rodríguez, María Luisa • Ortega Cairol, Pere • Farrús Esteban, Xavier*

 *MC Mutual*

Identificador: 168

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

MC Mutual es una mutua colaboradora con la Seguridad Social que proporciona asistencia sanitaria a los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En 2021 se implementa un modelo de estándares de calidad sanitaria (ECS) basado en criterios objetivos que establece unos valores de resultado globales y locales que permite entrar más fácilmente en el proceso de mejora continua.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del modelo de ECS en los centros asistenciales como herramienta de comunicación e implantación local de áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Se ha elaborado un informe de resultado de 20 estándares para cada uno de los 86 centros asistenciales en el que se informa del resultado global de todos ellos y la puntuación propia del centro, pudiendo comparar su resultado con el promedio de la Mutua, creando una clasificación de todos los centros según su puntuación obtenida.

Durante los años 2022 y 2023 se han elegido a un total de 12 centros para analizar sus resultados. La elección de centros ha sido teniendo en cuenta: clasificación según puntuación, actividad asistencial y localización geográfica.

Se ha diseñado un modelo de entrevista guiada en la que se han analizado los datos obtenidos en cada centro haciendo hincapié en los estándares que han obtenido el mejor y peor resultado comparado con la media global, analizando las posibles causas por las que han obtenido un valor por debajo del global y qué buenas prácticas tienen implantadas para obtener resultados excelentes. Finalizadas las entrevistas se ha elaborado un informe de resultado con recomendaciones para que cualquier centro pueda aplicarlas.

RESULTADOS

El 90% de centros contactados han mejorado los resultados de los estándares en el siguiente ejercicio. Estos contactos sirven para revisar la aplicación e interpretación de los estándares, lo que ha incorporado mejora en el informe de 2024, así como nuevos ECS. Se han elaborado más de 30 recomendaciones dirigidas a los 86 centros asistenciales que sirven para mejorar el resultado local y globalmente. El cumplimiento de los ECS han mejorado de tal forma que más del 42% de los centros se sitúan en valores de excelencia en 2023, 12% más que en 2022. El 80% de los centros realiza un análisis local de sus resultados y lo registran en un acta.

CONCLUSIONES

Los ECS y los estudios de resultados en 86 centros asistenciales son una herramienta excelente que permite elaborar acciones de mejora que ayudan a alcanzar mejores resultados, a la vez que sirven como herramienta de comunicación y acercamiento a todos los centros. Los contactos programados a través de videoconferencias son útiles para la gestión sanitaria de los centros. Se percibe una tendencia cada vez más generalizada de análisis en el propio centro, esto permite ser optimistas en el futuro de esta herramienta ya consolidada, un paso más para seguir fomentando la cultura de la mejora continua en MC Mutual.

MEJORA DE LOS REGISTROS CLÍNICOS EN FISIOTERAPIA

 *Rodríguez Bago, Mónica • Torres Magán, Marta • Crespo Sanz, Javier • Molina, Emilio • Farrús, Xavier • Moya, Diego*

 *MC Mutual*

Identificador: 169

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

La calidad de los registros de la historia clínicas se relaciona con la calidad de la atención en el ámbito sanitario. Los registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento. También permiten la evaluación de los diferentes problemas de salud. Disponer de un instrumento adecuado, la cultura organizativa y profesional, y los sistemas de evaluación continuada, se consideran elementos clave en el adecuado registro. MC Mutual ha incorporado estas tres variables para mejorar los registros clínicos sistemáticos en el colectivo de fisioterapia.

OBJETIVOS

Mejorar los registros de fisioterapia en la historia clínica de los pacientes de la mutua.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el 2020 se incorpora un nuevo sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) en MC Mutual. Esto implica una mejora en el acceso a los registros, más compartidos entre dispositivos ambulatorios y hospitalarios, y con una sistemática más integrada del proceso asistencial. MC Mutual dispone de 120 fisioterapeutas en los 78 centros asistenciales. El nuevo sistema HCE permite al colectivo de fisioterapia una completa integración en los registros sanitarios. Es el momento de impulsar la herramienta y mejorar los registros de fisioterapia del proceso rehabilitador. Para ello, se diseña una formación específica y se establece un nuevo protocolo. También se diseña un sistema de evaluación del adecuado registro de fisioterapia. Se seleccionan 10 Historias de forma aleatoria para cada uno de los 78 centros asistenciales y se incorporan diferentes ítems del proceso fisioterapéutico. Esta revisión se inicia en el 2021 con la evaluación del registro de la anamnesis inicial y al año siguiente la visita de seguimiento por parte del fisioterapeuta. En 2024 se incorporan tres ítems más: el registro de dolor y del balance articular y muscular. Se elaboran informes específicos para cada centro como herramienta local de mejora continua.

RESULTADOS

En el año 2020 el nivel de registro generalizado se sitúa cerca del 60% de la anamnesis por parte del fisioterapeuta, las acciones de sensibilización impactan positivamente en los resultados de los siguientes. En 2021 el cumplimiento del registro se sitúa en el 68%, en el 2022 cumplen el 89% de las historias evaluadas y se mantiene el nivel de cumplimiento en el 85% en 2023. Por tipología de centros, la variable tamaño parece que afecta de forma inversa.

CONCLUSIONES

La integración de los fisioterapeutas a los sistemas de registros informatizados ha sido producto de una estrategia planificada aprovechando la oportunidad que un nuevo sistema HCE se estaba diseñando. La mejora exponencial del cumplimiento de forma exponencial responde al impacto de la implantación de esta estrategia (formación, sensibilización, soporte local, informes de evaluación, etc). También a una necesidad que el propio colectivo demandaba, estar más integrados en el proceso asistencial y en las historias clínicas de los pacientes.



¿CÓMO ESTAMOS DE ORIENTADOS AL PACIENTE? ENCUESTA DE CULTURA DE EXPERIENCIA EN QUIRÓNSALUD

 *Díaz Avendaño, Nuria • Martínez Rodríguez, Irene • García Fernández, Loreto • Pascual López, Silvia*

 *Oficina Corporativa Quirónsalud*

Identificador: 171

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

OBJETIVOS

Atender a las necesidades y expectativas del paciente es básico para una organización sanitaria y así lo deben de considerar todos los trabajadores que forman Quirónsalud. Sin embargo, ¿Tenemos integrada en nuestra forma de trabajar esta premisa? ¿En que grado estamos concienciados con poner al paciente en el centro? En 2024, hemos realizado un estudio de cultura de experiencia de paciente, contando con la valoración de los profesionales que reflexionan sobre la compañía como tal y la labor diaria de las personas que la integran, con el fin de analizar el grado de orientación a paciente de Quirónsalud.

El objetivo ha sido analizar el grado de integración de la cultura de experiencia de paciente en la compañía. Conocer la visión de los trabajadores con respecto a: cómo pone la compañía al paciente en el centro de las decisiones y; cómo valoramos nuestro proceder para conseguir que los pacientes tengan una grata experiencia cuando acuden a Quirónsalud.

METODOLOGÍA

El diseño de la encuesta ha requerido el análisis previo de la visión de la organización, las herramientas disponibles y el liderazgo para conseguir la mejor experiencia de paciente, identificando las áreas clave. De esta labor se han identificado un total de 28 preguntas, caracterizadas en 5 ejes distintos que nos han permitido obtener información valiosa para trabajar en la mejora.

Para obtener resultados representativos hemos necesitado tener un volumen alto de respuesta para lo que se ha diseñado un plan de comunicación. La encuesta ha estado disponible para todos los trabajadores durante un mes, entre el 8 de abril y el 8 de mayo de 2024, y se ha difundido a través de los medios habituales de comunicación como son la intranet y el email, además de la difusión en los diferentes foros, comités y reuniones que se han realizado durante este tiempo.

Adicionalmente, hemos contado con la colaboración de expertos en este tipo de estudios que nos ha facilitado el punto de referencia para comprender los resultados con respecto a otro tipo de sectores que están habituados a este tipo de estudios, ya que todavía no hay precedentes representativos en el sector de la salud. La participación en la encuesta ha sido alta con un total de 6.741 cuestionarios finalizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han medido los índices estadísticos “grado de orientación a paciente” CCO y “grado de orientación al paciente por parte del empleado” eCCO para alinear la metodología a las ya empleadas por compañía con los conceptos de promotor y detractor habituales en la medición NPS.

Como resultados generales ponemos concluir que Quirónsalud estamos en el TOP 25 de las empresas con mayor orientación a paciente. Además este proyecto ha servido para sacar a la luz áreas de mejora que debemos trabajar de forma específica como son la variabilidad entre centros de diferentes comunidades autónomas y ha evidenciado que hay margen de mejora en la cultura de experiencia de algunas áreas que tienen contacto diario con pacientes como es el command center.



ALINEAR EL TALENTO COLECTIVO A LA RESOLUCIÓN DE RETOS ORGANIZATIVOS. EL IMPACTO DE LOS CÍRCULOS DE PARTICIPACIÓN

 *Cutrina Ares, Jordi • Sedano Martínez, Ana • Bové, Paula*

 *Unió Consorci Formació*

Identificador: 173

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El impacto directo de la situación actual de las instituciones sanitarias recae sobre los modelos organizativos que han de repensarse y ajustarse para dar una respuesta más eficiente a los procesos asistenciales y de gestión sobre los que pivotar la atención sanitaria a los pacientes y la atención a los propios profesionales que son el eje nuclear del sistema pero que sienten que están sobrecargados y con pocos espacios para una reflexión serena de mejora y manifiestan desafección hacia sus instituciones.

Algunas de estas instituciones han apostado por avanzar en modelos de gestión y liderazgo compartido caracterizado por una mayor cooperación entre profesionales de una misma organización y su participación en las decisiones y soluciones finales a los retos presentes y futuros de la institución.

OBJETIVOS

Estratégicos de la institución

- establecer un nuevo marco de relación entre los profesionales de distinto nivel jerárquico
- maximizar el impacto de la inteligencia colectiva
- democratizar la toma de decisiones en la institución
- reducir la resistencia al cambio

Para los profesionales involucrados

- contribuir al impulso y/o consolidación de un modelo de gestión participativo e innovador
- participar directamente de los proyectos de presente y futuro de la institución
- incrementar el compromiso y el sentimiento de pertenencia a la organización

METODOLOGÍA

La acción diseñada adopta elementos y metodologías de calidad como los círculos de participación y técnicas y herramientas de trabajo basadas en la creatividad, la innovación y la agilidad como Design Thinking.

Etapas de la acción

- Formación presencial vivencial en 4 ejes: autodiagnóstico personal, rol dentro del equipo, participación en mi institución, impacto del sistema/sector.
- Experiencia aplicada basada en retos a) Creación de los círculos de participación b) Asignación de retos a cada círculo c) Facilitación de fichas de reto y planificación de las reuniones con los equipos de apoyo, internos y externos a la institución sanitaria. d) Seguimiento y cierre del proyecto

RESULTADOS

Los grupos han superado las expectativas iniciales tanto en tiempo como en forma

Se ha despertado el interés del resto de la organización por participar en la experiencia

Se han generado sinergias entre los distintos proyectos trabajados

Un alto porcentaje de ideas han sido valoradas positivamente y se han creado equipos multidisciplinarios para tangibilizarlas.

CONCLUSIONES

Los profesionales implicados en esta experiencia práctica y aplicada han hecho evidente que la clave está en que las cosas pasen... pero no de largo.

EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI DE UN HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

 San Roque Juan, Adrián • Martínez Álvarez, Gloria • Botella Mira, Roberto • Gea Velázquez de Castro, María Teresa • Esparcia Novoa, María José • Sánchez Miralles, Ángel

 Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

Identificador: 174

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVVM) son una de las causas más frecuentes de infección nosocomial asociada a dispositivo. Según el informe del ECDC publicado en el año 2019 con los datos del registro HELICS del año 2017, en España se producen una media de 5,1 episodios de NAVVM/1000 días de VM, con una mediana de 3,3 episodios/1000 días de VM. Los episodios de NAVVM provocan un incremento de la mortalidad, un incremento de la estancia en UCI y un incremento del coste en la atención de estos pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es comparar la densidad de incidencia (DI) y la incidencia acumulada (IA) anual de NAVVM entre 2017 y 2023, así como caracterizar los tipos de microorganismos que las causan en nuestro hospital en 2023.

Metodología: Se trata de un estudio de cohortes prospectivo de pacientes ingresados en UCI entre 2017 y 2023 que han desarrollado NAVVM. Se recogieron datos de presencia y duración de ventilación mecánica, así como los microorganismos aislados en 2023 en las NAVVM. Se utilizó el programa Excel para el cálculo de la DI y la IA y para la realización de gráficas comparativas.

RESULTADOS

La DI a lo largo de los últimos 7 años ha sido de 12,4 episodios/1000 días de VM en 2017; 10,26 episodios/1000 días de VM en 2018; 15,15 episodios/1000 días de VM en 2019; 16,12 episodios/1000 días de VM en 2020; 19,29 episodios/1000 días de VM en 2021; 12,83 episodios/1000 días de VM en 2022; y 10,35 episodios/1000 días de VM en 2023. La IA de NAVVM fue de 6,8% en 2017; 5,78% en 2018; 9,83% en 2019; 15,66% en 2020; 21,88% en 2021; 11,85% en 2022; y 8,18% en 2023. Durante el año 2023, se detectaron 14 NAVVM; los microorganismos aislados en estas neumonías fueron: *Klebsiella pneumoniae* (21,4%), *Stenotrophomonas maltophilia* (14,3%), *Klebsiella aerogenes* (7,1%), *Klebsiella BLEE* productora de carbapenemasa (7,1%), *Aspergillus spp.* (7,1%), *Pseudomona aeruginosa* (7,1%), *Staphylococcus aureus* (7,1%), *Serratia marcescens* (7,1%), *Candida albicans* (7,1%) y *Escherichia coli BLEE* (7,1%).

CONCLUSIONES

La DI de NAVVM ha presentado un pico de 19,29 episodios/1000 días de VM en 2021 y su valor más bajo de los últimos 7 años es el registrado en 2023 (10,35 episodios/1000 días de VM). La IA sigue una tendencia similar a la DI. Es necesario garantizar recursos que faciliten la aplicación de los bundles establecidos para mejorar las cifras de NAVVM.

TRASFERENCIA SEGURA DEL PACIENTE ENTRE NIVELES

 **BORRAS MONZO, RAQUEL** ⁽¹⁾ • *Berenguer Guillem, Julia María Berenguer Guillem* ⁽²⁾ • **GOMIS BALDOVI, SONIA** ⁽¹⁾ • **ZAFRA SOLAZ, CARMEN** ⁽²⁾ • **ARAGO HIGUERAS, JOAN** ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA** • ⁽²⁾ **HOSPITAL DE LA RIBERA**

Identificador: 175

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Es considerada la piedra angular del sistema de información hospitalario. El Artículo 15 habla sobre el contenido mínimo de la historia clínica; cabe señalar, además, la importancia de estos registros a nivel jurídico-legal.

Por ello, los registros que los profesionales de enfermería estamos legalmente obligados a cumplimentar son: Valoración al ingreso, Plan de cuidados, Gráfico de constantes, Hoja de medicación, Alta de enfermería.

Una de las dificultades para continuidad de cuidados entre niveles asistenciales diferentes es la falta de un informe de alta de enfermería estructurado con lenguaje enfermero que sirva de intercambio de información relevante con el paciente con los profesionales de atención primaria. En la NIC, que fue desarrollada por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa, se establece la intervención “Derivación” con código 8100: “Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o instituciones”. También existe otra NIC “Intercambio de información de cuidados de salud” con código 7969: “Proporcionar información a los profesionales de la salud de otros centros acerca de los cuidados del paciente”.

La investigación en el área del alta hospitalaria es de relevancia internacional, ya que los desafíos en relación con el alta hospitalaria es un tema recurrente a nivel mundial.

OBJETIVO GENERAL

Cuantificar los pacientes dados de alta médica del Hospital Universitario de la Ribera (HULR), con registro de informe de alta elaborado por enfermería, de estos cuantos llevan recomendaciones y cuidados dirigidos al paciente y familia, y cuáles de ellos son informes de continuidad de cuidados estructurado y con lenguaje enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y prospectivo mediante la recogida de datos de los pacientes dados de alta de las plantas de hospitalización del Hospital Universitario La Ribera, situado en la ciudad de Alzira, provincia de Valencia en el periodo comprendido entre 1 de enero y 29 de febrero de 2024.

RESULTADOS

De los 3781 pacientes dados de alta, el 72.2% tenían registro de informe de alta de enfermería tipo con recomendaciones y cuidados para paciente y familia, el 15.9% tenían informe tipo sin recomendaciones, y solo el 7% tenían informe de continuidad de cuidados estructurado con lenguaje enfermero.

CONCLUSIONES

Es necesario concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de los informes de alta estructurado con lenguaje enfermero para garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, además de dar al paciente y familia un informe con las recomendaciones y cuidados que fomente el autocuidado y confianza del paciente y familia.





MEJORA EN LA GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ALUMNOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

 *Martínez Piédrola, Mercedes • Contreras Álvaro, Carlos • López Romero, Andrés • Moreno Alarcón, Elena*

 *Gerencia Asistencial de Atención Primaria*

Identificador: 176

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

La formación práctica de futuros profesionales, como parte de la gestión sanitaria requiere de una organización y gestión adecuada. Cada año gestionamos la formación de más de 5.600 estudiantes, de 13 titulaciones, 22 centros universitarios, 106 centros formativos y 133 centros educativos, que generan más de 355 rotatorios, con diferentes horarios y competencias a alcanzar. en más de 360 dispositivos asistenciales.

OBJETIVO

Optimizar los recursos formativos asistenciales; disponer de un mapa de utilización de recursos; simplificar los flujos de comunicación; minimizar la dedicación de los profesionales al registro; obtener la trazabilidad del estudiante, información actualizada y fiable de la actividad; facilitar reconocimiento institucional a los tutores.

MÉTODO

El análisis de situación, mostró, la inadecuada utilización de recursos formativos asistenciales; ausencia de trazabilidad del estudiante; desconocimiento de la actividad formativa realizada; falta de reconocimiento a los tutores; comunicación con flujos complejos; elevado volumen de correos; dedicación de tiempo elevada; posibilidad de errores o extravío.

RESULTADOS


Se gestó una aplicación web como solución innovadora, intuitiva, segura y eficiente, que gestiona las asignaciones y el seguimiento de las prácticas de los estudiantes modernizando el proceso de gestión. Se diseñó el modelo de datos, decisión de motor de bbdd, lenguajes de programación y asignación de comunicaciones. Basada en perfiles de usuario, con conexión y acceso online a los distintos web services y bases de datos institucionales. Garantiza un registro fiel y validado de la información, que permite la validación del registro en tiempo real, emisión de comunicaciones automatizadas por email dirigidas a los actores del proceso. Se crea una capa del aplicativo por encima del desarrollo tecnológico que proporciona a los profesionales información actual de su expediente de tutorizaciones y la expedición de certificados de tutorización. Alberga información integrada de centros docentes, estudiantes, rotatorios, dispositivos asistenciales, compromiso de confidencialidad, registro del tutor de cada estudiante y días de tutorización realizados. Se ajusta a la normativa vigente y permite el manejo simultáneo de la distinta información por parte de los distintos perfiles de acceso. Tras cinco años de funcionamiento, se han gestionado las prácticas de más de 24.500 estudiantes, de 203 centros docentes, en más de 400 dispositivos asistenciales. La trazabilidad del estudiante queda reflejada. Se dispone de información actual de los dispositivos asistenciales que tienen o no estudiantes en prácticas. Se han emitido automatizadamente más de 3.600 certificados de tutorización; información para aportar al cumplimiento de Contrato Programa Individual.

CONCLUSION

La aplicación ha demostrado su contribución positiva a la gestión de las prácticas, permite desarrollar nuevas funcionalidades respondiendo a la realidad dinámica

CONTINUIDAD ASISTENCIAL, ACOMPAÑANDO AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

 Gómez Fernández, Silvia ⁽¹⁾ • Herráez Carrera, Oscar ⁽¹⁾ • Pérez Orbis, Alejandro ⁽²⁾ • Serrano Rodríguez, Miguel Ángel ⁽¹⁾ • Tébar Betegón, María Ángeles ⁽³⁾ • Hernández Luengo, Monserrat ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha • ⁽²⁾ Dirección General de Salud Digital del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha • ⁽³⁾ Dirección General de Planificación, Ordenación, e Inspección Sanitaria y Farmacia de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

Identificador: 177

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La atención a la cronicidad es una línea estratégica del Sistema Nacional de Salud y del Plan Regional de Salud de nuestra organización. Son diferentes los ámbitos de abordaje e intervención que se realizan para atender al paciente crónico complejo (PCC). Naciendo como una necesidad, ante la variabilidad detectada en la atención actual, se proyecta estandarizar la atención integral del PCC.

OBJETIVOS

Garantizar una atención integral del PCC enfocada en la mejora de su estado de salud, proporcionándole continuidad asistencial y una atención precoz a sus descompensaciones, considerando los recursos disponibles y minimizando efectos adversos. Disminuir la variabilidad en la atención del PCC para garantizar una mayor eficiencia y equidad.

METODOLOGÍA

Selección y creación de grupo multidisciplinar de profesionales expertos en método y atención al PCC. Búsqueda y actualización de evidencia disponible. Definición del abordaje del PCC junto con un grupo de profesionales expertos en método y/o atención al PCC. Estandarización de actividad, formularios e indicadores comunes. Cambios y adaptaciones en los sistemas de información (SI). Planificación de la implantación del pilotaje en 2 gerencias. Seguimiento del proyecto por parte de la Coordinación Regional junto con las organizaciones y profesionales implicados.

RESULTADOS

Se han definido 4 procesos: Identificación del PCC, Atención Precoz a descompensaciones, Valoración y tratamiento individualizado y Seguimiento al PCC estable.

Actualmente, contamos con los dos primeros procesos definidos y disponibles en los SI utilizados en la región. En junio de 2024 ha comenzado el pilotaje de dichos procesos en dos gerencias de atención integrada con el objetivo de valorar su operatividad y funcionamiento, y continuar con la planificación y extensión al resto de gerencias de la región.

Se han habilitado 15 indicadores en los dos procesos cuya adecuación debe ser analizada durante el primer pilotaje. Se ha desarrollado en los SI de atención primaria (AP) un protocolo de "Sospecha PCC" para identificar a estos pacientes, generando un sistema de alertas en función de su identificación e inclusión en el programa de seguimiento. Por otro lado, a nivel hospitalario se ha estandarizado el formulario común de medicina y enfermería de atención precoz al PCC en las unidades de continuidad asistencial de Medicina Interna con AP (UCAPI). Se ha definido un circuito entre los SI de AP y atención hospitalaria, que permite la continuidad asistencial ante la sospecha de PCC y la finalización del proceso de descompensación tras la atención recibida en la UCAPI.

CONCLUSIONES

La participación en el proyecto de un equipo multidisciplinar representado por profesionales de toda la comunidad ha sido clave para poder definir el proyecto regional, permitiendo evaluar todo el proceso asistencial desde las diferentes perspectivas clínicas y sociales, y garantizando la adecuada continuidad asistencial y la calidad de la atención al paciente.



ESTRATEGIA MÉDICOS QS EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO MÉDICO

 Martínez Rodríguez, Irene • Díaz Avendaño, Nuria • Ibanez del Olmo, Patricia Maria

 Servicios Centrales

Identificador: 178

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En Quirónsalud, nuestra misión es proporcionar atención médica de la más alta calidad, centrada en el paciente y basada en la excelencia médica

Para ello, es fundamental conocer la adherencia de los profesionales a la estrategia y, por tanto, es necesario una metodología de evaluación de su desempeño para identificar las áreas de mejora y fomentar la excelencia en SALUD, EXPERIENCIA y EFICIENCIA.

Quirónsalud vela para que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos, a través de la práctica clínica adecuada, segura y efectiva, la formación y participación en proyectos de investigación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar una herramienta para formentar cultura de mejora continua y apoyo mutuo, creando un entorno en el que los médicos conozcan sus resultados, aprendan de ellos y crezcan profesionalmente, asegurando una atención médica de calidad.

El método se basa en el seguimiento continuo de indicadores cuantitativos y cualitativos, su análisis y evaluación periódica que, tras un proceso de diálogo con el profesional, permita obtener resultados de su alineamiento con la estrategia y cultura de QS.

Es un proceso sistemático y estructurado, con el objetivo de identificar áreas de fortaleza, oportunidades de mejora y garantizar el desarrollo continuo de los médicos en su práctica profesional.

El alcance abarca a todos los médicos sin distinción de su vinculación laboral y aplica criterios de evaluación uniformes.

Fases del proyecto:

1. Consenso de indicadores y criterios de evaluación
2. Desarrollo de cuadro de mandos
3. Diseño de plataforma para la planificación de acciones de mejora.
4. Establecer un protocolo corporativo con la metodología

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El trabajo coordinado y multidisciplinar (Calidad, Operaciones, Asistencial y RRHH) ha permitido desarrollar una herramienta para la evaluación del desempeño alineada a la estrategia y que cuenta con:

- Cuadro de Mando: para el seguimiento de indicadores, tendencias y áreas de mejora
- El portal del empleado dispone de plantilla de registro de la evaluación y planificación de acciones.
- Protocolo corporativo de metodología de implantación, que establece que:


La responsabilidad y coordinación de las evaluaciones es anual y está a cargo de dos entidades distintas, dependiendo del tipo de vinculación laboral del médico y garantizarán que se mantengan los estándares de calidad y eficiencia en la práctica médica, además de supervisar la implementación de planes de mejora y correctivos a través de su seguimiento en el “Portal del Colaborador” y Portal del empleado”.

Las etapas del proceso:

1. Revisión de los resultados:
 - Análisis detallado de resultados por indicador.
 - Evaluación de privilegios
 - Las reuniones de feedback
2. Identificación planes de mejora:
 - Planes específicos en
 - Capacitación y Desarrollo.
3. Planes de seguimiento de implantación de las acciones de mejora.

Definida la metodología y con las herramientas disponibles estamos trabajando en su difusión y formación para su implantación.

RECONOCIENDO EL TALENTO Y VALORANDO LOS RECURSOS

 Serna García, David • Herráez Carrera, Oscar • Serrano Rodríguez, Miguel Ángel • Gómez Fernández, Silvia • Marín Sánchez, Rubén • Hernández Luengo, Monserrat

 Dirección General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Identificador: 179

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La utilización de herramientas de Gestión de la Calidad (SGC) favorece la correcta toma de decisiones para asegurar la eficacia y seguridad en la atención sanitaria. Esta gestión requiere de profesionales cualificados que emplean tiempo de trabajo en la normalización de procesos y evaluación y seguimiento de los mismos, así como en la aplicación de acciones de mejora. En algunas ocasiones estas actividades son percibidas como actividades extraordinarias y son llevadas a cabo por los profesionales fuera de la jornada laboral habitual.

La cuantificación y análisis del número de horas adicionales realizadas por los profesionales permitirán a las Gerencias adoptar una mejor planificación y gestión de sus recursos humanos.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar el impacto en términos de recursos humanos de la implementación y mantenimiento del SGC ISO 9001:2015 que a nivel regional se emplean en las diferentes gerencias, evaluando el número de profesionales afectados y los recursos dedicados a esta tarea.

METODOLOGÍA

A través de las unidades de calidad de las gerencias se cumplimenta una cuantificación de horas mensuales realizadas fuera de jornada habitual por los responsables designados en los diferentes servicios/dispositivos. También, se obtiene información sobre dotación de profesionales en las unidades de calidad y alcances de certificación de cada una de las gerencias.

RESULTADOS

Dotación de las Unidades de Calidad de las Gerencias

Se obtiene una media de 0,27 profesionales/dispositivo certificado, con un rango que oscila entre 0,06 y 0,45 entre las diferentes gerencias.

Profesionales designados como responsables de dispositivos

Se obtiene una media de 1,65 profesionales/dispositivo certificado, con un rango que oscila entre 0,88 y 3,3 entre las diferencias gerencias.

Horas dedicadas a la gestión fuera de la jornada habitual por responsables de dispositivos.

Obtenemos una media regional de 70,4 horas mensuales dedicadas fuera de la jornada habitual por gerencia, con un máximo de 246 horas.

Respecto al número de horas fuera de jornada habitual por dispositivo certificado se obtiene una media de 7,67 horas mensuales.

Se obtiene una media de 4,64 horas mensuales/profesional dedicadas con un máximo de 11,20 horas reportadas por una de las gerencias.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que la implementación y mantenimiento del SGC en dispositivos sanitarios requiere actualmente la inversión en recursos humanos en términos de horas adicionales fuera de la jornada laboral habitual.

Este análisis subraya la necesidad de planificar e integrar adecuadamente estas actividades para garantizar la sostenibilidad y eficacia del SGC. Las gerencias deben considerar estos datos al diseñar estrategias de gestión de recursos humanos que aseguren un equilibrio adecuado entre la carga laboral y la implementación efectiva del SGC tanto para los integrantes de las unidades de calidad como para los responsables de la calidad en los servicios.

CASOS QUE ENSEÑAN : APRENDER DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

 FORÉS PALACIOS, MARISA • MAGRE AGUILAR, JAUME • FRIGOLA DOMÈNECH, MARTA • ALTUBO ANDRÉS, PAULA ISABEL • VILLALBÍ CABRÉ, MIQUEL • CASTELLS MONTES, ANNA

 CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4

Identificador: 180

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Un efecto adverso es cualquier suceso médico indeseado en un paciente que ha recibido un producto farmacéutico y que puede, o no, haber sido causado por el tratamiento con el producto.

El objetivo del sistema de notificación y gestión de incidentes es promover la cultura de la seguridad del paciente, explicar los riesgos en el ámbito sanitario, aprender de los errores y encontrar nuevas estrategias que favorezcan una mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.

Tener un conocimiento previo de los errores de medicación (EM) que se producen en el ámbito sanitario es una de las medidas preventivas más efectivas. Por este motivo, la notificación de casos línicos relacionados con EM que se hayan producido en el ámbito asistencial permite escenificar la problemática e implementar estrategias de mejora.

OBJETIVO

Analizar el incidente relacionado con un medicamento para conocer las posibles causas e implantar acciones para evitar su repetición.

DESCRIPCIÓN

Paciente que sufre una reacción adversa tras tomar, por error y de forma prolongada (4 meses aprox)dexametasona oral para una lumbociatalgia,(se le renovó la receta hasta en dos ocasiones por profesionales diferentes (médicos de gestión demanda aguda-GDA)cundo el profesional de referencia estaba ausente,aunque éste había recomendado finalizar el tratamiento).Presentó signos de Sd. Cushing y a los pocos días fue visitada en el domicilio por empeoramiento de la clínica siendo derivada a urgencias hospitalarias donde fue diagnosticada de una Pneumonía que requirió ingreso y UCI.

QUÉ NO SE HIZO BIEN

Renovación de la medicación sin contactar con la paciente

No consta revisión del curso clínico por parte de los médicos de GDA al hacer la prescripción

Falta de tiempo en la cita para hacer la revisión

El personal administrativo programó cita en agenda de MAP para seguimiento tal y como se había solicitado

En la visita domiciliaria que realizó el MAP no consta curso clínico

QUÉ SE HIZO BIEN

Seguimiento por parte de su MAP y atención por otro médico cuando el de referencia estaba ausente

Solicitar programación de cita para seguimiento por parte de MAP

Detección del evento adverso

Suspensión del tratamiento

Derivación a urgencias hospitalarias

PLAN DE ACCIÓN

Citar amb el MAP de referencia per renovar plan de medicación (si és posible) ycontactar con el paciente si es necesario.Revisión de la H³C del paciente antes de renovar medicación.

Sesión Incidentes de Seguridad con el equipo del centro de salud para explicar el caso.

Creación de un procedimiento para cuando no se pueda contactar con el paciente (nº de llamadas, petición de nueva cita...)

QUÉ HEMOS APRENDIDO

Muchos de los errores relacionados con la medicación se producen en ausencia del profesional de referencia y la atención la realiza otro profesional del equipo. Una manera de minimizar los errores pasa por revisar correctamente la medicación y la historia clínica en cada transición y escribir en el curso clínico todas las acciones realizadas.

HABLANDO SOBRE SALUD MENTAL CON LOS/LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES. ASISTENCIA COMUNITARIA BASADA EN VALOR.

 RUBIO CAÑADAS, VERONICA • MATEOS GONZÁLEZ, M^o PILAR • POZO GALLEGO, ALBA MARINA • DIAZ REVILLA, ALICIA • MORALES DELGADO, MARIA EUGENIA • MUÑOZ PASCUAL, NURIA

 CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE LA CRUZ, POZUELO DE ALARCÓN, MADRID

Identificador: 181

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Uno de los ejes de la Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de la C.Madrid marca objetivos de prevención y promoción de la salud aplicados en coordinación entre sectores.

Esta iniciativa surge para dar respuesta a una convergencia de necesidades entre el ámbito sanitario (centro de salud) y el educativo (instituto de referencia) ante el incremento de problemas de salud mental (SM) y conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes.

El retraso en la intervención y dificultades de accesibilidad son grandes problemas del sistema. Las respuestas farmacológicas y derivación a SM, son insuficientes para “llegar antes”. El sobrediagnóstico/sobret ratamiento de emociones nos preocupan, considerándolos objetivos de “no hacer” en Atención Primaria (AP)

Con un abordaje interdisciplinar a un problema de responsabilidad social, evaluando los datos en salud, desarrollamos un proyecto basado en decisiones compartidas, búsqueda de activos en salud, posicionando en el centro a esta población vulnerable.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo del diseño, planificación, implantación y evaluación cuali-cuantitativa de un proyecto de EPS de 3a. de evolución.

Diseño y subida digital de un proyecto de 3 sesiones docentes/participativas de 2 h, con una media de 20-22 alumnos de 16-19a, uso de téc.educativas en 3 áreas del aprendizaje (conocimientos, habilidades y actitudes). Uso de metodología grupal y comunitaria desarrollada por un equipo multidisciplinar: médicos/as, enfermeros/as, MIR, EIR y trabajador/a social.

OBJETIVOS

- Abordar problema de responsabilidad social, su magnitud para diagnóstico precoz e implementar medidas de mejora.
- Desestigmatizar SM.
- Identificar necesidades y signos de alarma en SM
- Buscar alternativas saludables con el CS como lugar de referencia
- Mejorar continuidad asistencial

RESULTADOS

- **Numéricos:** 787 alumnos en 3 años y 2 institutos.
- **Proyecto:** Premios SC de la comunidad autónoma, ponentes en Jornadas de ámbito autonómico “Coordinación AP-SM para la prevención de la conducta suicida” y en ámbito Hospitalario, fomentando la difusión en la zona básica.
- **Visibilización:** noticia en medios de comunicación. Difusión en streaming en programa Los Jueves, con Podcast y publicación del mismo y divulgación en redes.
- **Formación:**
PREM: satisfacción manifestada por tutores y alumnos/as tras la evaluación de los orientadores
PROM: implicación de alumnos/as de manera activa, con exposiciones y trabajos de SM

Se ha garantizado una actividad eficaz en base a la revisión bibliográfica, plasmada de manera efectiva a través del interés en todos los ámbitos y la necesidad de darle continuidad.

CONCLUSIONES

Se clarificaron conceptos ambiguos de SM, se evitó el sobret ratamiento por la inaccesibilidad a SM, se identificaron FR para prevenir suicidio y otros trastornos, conseguimos generar espacios de encuentro, siendo pioneros, dando atención equitativa, con perspectiva de género y propuestas a futuro e implantando uno de los principios rectores de la ESC: la triple IC.



REVISIÓN POR DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN ISO 9001 DE LOS DISTINTOS SERVICIOS CERTIFICADOS.

 Trillo Martínez, Maria Luisa • Gracia Casado, Gema Lucia • Jarne Ger, Carlos • Giadach Vargas, Cristian Andrés • Real Campaña, Jose Manuel

 Hospital Universitario Miguel Servet

Identificador: 182

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Gracias a la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad los servicios y unidades se proponen mejoras que materializan en objetivos anuales que redundan en una mejor asistencia, mayor control de los procesos, eficiencia y seguridad. La Revisión por Dirección del sistema es pieza fundamental al aglutinar dos fases del ciclo PDCA: la fase de verificación y la de planificación.

OBJETIVOS

Describir la sistemática seguida para la realización de la revisión por Dirección explicitada en el punto 9.3 de la norma ISO 9001 para los 21 servicios y unidades certificados en el Hospital Universitario Miguel Servet poniendo en valor la importancia de su desarrollo.

METODO

Siguiendo el procedimiento establecido en dos fases, se recopila toda la información de cada servicio/unidad según los puntos que son entradas en la norma. Esta se revisa por los servicios en una primera reunión a la que asisten como interlocutores necesarios el jefe de servicio, supervisora, responsable de calidad, representante de la unidad de calidad y subdirecciones correspondientes. Posteriormente se compila por la Unidad de Calidad y se presenta en una reunión posterior a la que acuden las tres Direcciones y Gerencia de donde sale la revisión del sistema de gestión de calidad por la alta dirección que pide la norma.

RESULTADOS

En los 21 servicios y unidades se revisan los aspectos pendientes de revisiones anteriores, cambios en el contexto y en partes interesadas, satisfacción, objetivos, indicadores, auditorías, no conformidades, proveedores, riesgos y oportunidades, recursos y oportunidades de mejora para tomar las decisiones necesarias que figuran como salidas de la revisión, disponiendo de información justificada para la toma de decisiones, logrando cerrar el ciclo PDCA.

Es de destacar la implicación de los profesionales que utilizan esta metodología para la mejora, pese a la disparidad de servicios y unidades con sus propios procesos y objetivos, para los que han diseñado indicadores para monitorizar el desempeño, todos coinciden en los buenos resultados en satisfacción de pacientes, así como en la falta de recursos (tanto materiales como humanos y de tiempo) y la falta de plantillas estables.

CONCLUSIONES

Disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad certificado es un instrumento que facilita prestar una asistencia de mayor calidad en todas sus dimensiones.

La Revisión por Dirección es fundamental para conocer el estado de implementación del sistema de gestión de calidad y el desempeño de los servicios, siendo una herramienta muy valiosa para la toma de decisiones por la Dirección.

Es de destacar el esfuerzo de los administrativos de la Unidad de calidad para agendar las reuniones sin que falten interlocutores.



EXPERIENCIAS VIVIDAS POR LAS FAMILIAS TRAS EL DIAGNOSTICO DE DIABETES TIPO 1 DE SU HIJO/A

 SORIA MARTIN, DARA CAROLINA • RODRIGUEZ SUAREZ, CLAUDIO ALBERTO • SANTANA PADILLA, YERAY GABRIEL

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Identificador: 183

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) se destaca como una de las patologías crónicas con mayor prevalencia en la población pediátrica. Para los padres y las madres recibir el diagnóstico de DM1 en un/a hijo/a es una experiencia emocionalmente profunda y desafiante, ya que deben asumir la responsabilidad del control y manejo de la enfermedad, mientras afrontan el estrés emocional de la nueva realidad.

OBJETIVO

Describir las experiencias vividas por las familias a raíz del diagnóstico de DM1 en un/a hijo/a.

Metodología: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, a familias de niños/as que fueron diagnosticados/as de DM1 en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC) durante el año 2023. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su codificación y categorización. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Las Palmas.

RESULTADOS


Se reclutaron 5 participantes de cuyas entrevistas se obtuvieron 153 citas, 126 códigos y 7 categorías emergentes (Impacto emocional, Mecanismos de afrontamiento, Necesidades de apoyo, Deficiencias del sistema sanitario, Mejora de los cuidados de enfermería, Apoyo a la autogestión e Impacto de las sesiones educativas). Las madres enfrentaron desafíos emocionales como shock, miedo, incredulidad y ansiedad. Identificaron dos periodos críticos: recibir el diagnóstico y regresar a casa tras el alta hospitalaria. Destacaron la ausencia de programas de atención psicológica especializada y la importancia de la actualización tecnológica. Resaltaron la eficacia de la educación personalizada, y el apoyo emocional continuo.


CONCLUSIONES

El diagnóstico de DM1 en un/a hijo/a es una experiencia emocionalmente intensa que impacta en el bienestar de las familias. Proporcionar un apoyo integral y continuado a las familias, que incluya tanto componentes emocionales como prácticos, es fundamental para fomentar una adecuada gestión de la enfermedad y una adaptación positiva a la nueva situación, siendo las enfermeras en este proceso un profesional muy valorado por las participantes.



PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL EN LAS TAREAS DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON UN EVENTO DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

 Cervantes Aguilera, Luis Antonio ⁽¹⁾ • Martínez Domínguez, Gustavo ⁽²⁾ • Villegas Amézaga, Lorena del Carmen ⁽³⁾ • Villareal Tamez, Lizet Gabriela ⁽⁴⁾ • Soberanes Velarde, Francisco Javier ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D. • ⁽²⁾ Hospital General Dr. Manuel Gea González • ⁽³⁾ UNEME DEDICAM • ⁽⁴⁾ Hospital Regional Materno Infantil

Identificador: 184

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Se ha evidenciado mediante diversas investigaciones que el personal sanitario y en especial el personal de enfermería se ven sometidos a altos niveles de estrés. Sin embargo, poca o nula investigación se ha realizado sobre la manera en la que los eventos de acreditación y certificación de las unidades hospitalarias pueden afectar la percepción del estrés laboral en las tareas diarias del personal. El hospital en cuestión se sometió a un proceso de acreditación federal y siendo el personal de enfermería un pilar fundamental para este objetivo, se generó un aumento considerable en la carga de trabajo y de la mano ha propiciado cambios en el clima organizacional.

OBJETIVO

Evaluar la percepción subjetiva del estrés en las tareas de enfermería mediante la herramienta The Nurssing Stress Scale (NSS) y su relación con un evento acreditación hospitalaria. Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional, de tipo descriptivo y analítico de corte prospectivo, utilizando la versión validada al español de la herramienta NSS; se calculó una muestra representativa de 192 enfermeras a las que se les hizo llegar la encuesta vía remota mediante GoogleForms™, se realizaron dos evaluaciones utilizando la escala: la primera medición comenzó 5 días previos a la fecha de la auditoría y culminó el día del evento, la segunda aplicación de la encuesta inició 5 días posteriores al evento de acreditación y tuvo una duración de 5 días para la captación de respuestas. Se solicitó el consentimiento de todos los participantes y todas las respuestas emitidas fueron anónimas.

RESULTADOS

Se obtuvieron 176 respuestas (IC 92.8%) en ambas aplicaciones de la encuesta NSS, en la evaluación global el promedio obtenido en el cuestionario en la medición pre evento de acreditación fue de 1.63 y post evento de 1.57 ($p=0.18$). Dos de las dimensiones evaluadas presentan diferencias considerables entre sus promedios previos y posteriores, estas son: conflictos con otra/os enfermera/os 1.55 ($p=0.04$) y carga de trabajo 2.00 ($p=0.004$). En cuanto a conflictos con otra/os enfermera/os las preguntas que fueron percibidas de peor manera por el personal: pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal (1.79) y problemas con un supervisor (1.46); en la dimensión de carga de trabajo los ítems con peor percepción fueron: personal y turno imprevisible (2.04) y falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio (2.36).

CONCLUSIONES

No se identificó diferencia significativa en los resultados globales de ambas evaluaciones; sin embargo, se necesita trabajar sobre las dimensiones cuyos promedios tuvieron una relevancia estadística, para revisar el trasfondo de éstas y gestionar acciones necesarias para mitigar dichas situaciones, ya que éstas pueden actuar como detonadores de estrés dentro de la plantilla de enfermería y pudieran tener efectos importantes sobre los pacientes, las tareas del personal y su propio bienestar, así como sobre los resultados organizacionales.



ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

 *Santana Padilla, Yeray Gabriel • Soria Martin, Dara Carolina • Sánchez Barber, Fayna • Reyes Reyes, Oliverio*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil*

Identificador: 186

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La motivación laboral es una fuerza intrínseca de los trabajadores. Los profesionales sanitarios incorporan este factor dentro de las estructuras organizativas. Los profesionales del área de enfermería que están motivados son capaces de enfrentar las situaciones de estrés continuo que realizan en su práctica diaria manteniendo adecuados niveles asistenciales y de resultados. Distintos autores consideran que es necesario analizar el estado de motivación de los profesionales a la hora de implementar nuevos programas asistenciales.

Esta situación se ha visto reforzada por la finalización del periodo pandémico, tras el cual nos encontramos con plantillas de profesionales con un agotamiento y un cansancio laboral importante.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Analizar el nivel de motivación de los profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel.

Diseño de un estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario auto administrado en una población de profesionales de enfermería (enfermeras, matronas y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)) mediante un muestreo por conveniencia. El instrumento está compuesto en una sección por los 23 ítems del “Job Diagnosis Survey de Hackman y Oldman” validado en español. La escala desarrollada a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (Siempre, Casi siempre, A veces, Pocas veces y Nunca) y engloba las 5 dimensiones presentes en la motivación: autonomía profesional, identidad de la tarea, importancia de la tarea, variedad de la tarea y retroalimentación. En otras dos secciones, se incluyeron los aspectos sociodemográficos y laborales de los participantes.

El cálculo muestral para un nivel de significancia del 95% requiere a priori la recolección de 278 cuestionarios.

Los datos serán analizados mediante frecuencias y porcentajes. Se analizará la escala mediante su puntuación global y las dimensiones presentes en la escala.

El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la investigación.

RESULTADOS

En proceso de recolección de cuestionarios.

CONCLUSIONES

Pendiente de los resultados



COMPROMISO Y SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

 *Santana Padilla, Yeray Gabriel • Sánchez Barber, Fayna • Soria Martin, Dara Carolina • Reyes Reyes, Oliverio*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias*

Identificador: 187

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales sanitarios es uno de los grandes activos de los sistemas sanitarios. Distintos autores han vinculado el entorno laboral de los profesionales a los resultados asistenciales y a la potenciación del propio trabajo enfermero. Cicolini et al. observaron que desarrollar dentro de las instituciones un empoderamiento estructural de los profesionales mejoraba la satisfacción de las enfermeras y su intención de permanecer en la institución. Un adecuado nivel de satisfacción laboral disminuye el absentismo laboral, por el contrario, niveles de satisfacción bajos influyen en la omisión de cuidados, tal y como observaron Chaboyer et al. En relación con el compromiso laboral, se observa que aquellos profesionales más comprometidos tienen factores predisponentes para implementar nuevos programas, así como desarrollar su trabajo con una mayor calidad y productividad.

Los profesionales de enfermería por su gran cercanía a los usuarios del sistema sanitario son pieza clave a la hora de aplicar cuidados de calidad. Los adecuados niveles de satisfacción y compromiso laboral de éstos provocan una actitud proactiva a la consecución de los objetivos de la organización y mejorando el clima organizacional de las instituciones.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es identificar el nivel de satisfacción y compromiso laboral de una cohorte de profesionales de enfermería.

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario auto administrado. El cuestionario está compuesto por una sección que analiza el nivel de satisfacción laboral en el ambiente hospitalario mediante el cuestionario validado de Font y Roja. Este instrumento consta de 24 ítems definido a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (muy de acuerdo, acuerdo, neutral, desacuerdo, muy en desacuerdo). Otra sección que analiza el grado de compromiso laboral a través del cuestionario abreviado de 9 ítems "Utrecht Work Engagement Scale" (UWES-9). Este cuestionario se evalúa a través de una escala de frecuencia compuesta por 7 valoraciones posibles, entre el cero (nunca o ninguna vez) y seis (siempre o todos los días). Posteriormente, se incluye una sección con las variables sociodemográficas, y otra, con las variables laborales de los participantes.

Los criterios de inclusión fueron: ser personal de enfermería en activo, aceptar la participación voluntaria y la aceptación del consentimiento informado. Estudio aprobado por el Comité de ética de la investigación.

Los datos discretos fueron expresados en frecuencia y porcentaje. Las variables continuas fueron descritas a través de la media y la desviación típica. Los datos fueron analizados previamente para conocer su distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bi-variante y multi-variante se aplicaron test paramétricos o no según su distribución.


RESULTADOS

En proceso de recolección y análisis de los datos

CONCLUSIONES

Pendiente de resultados

AMBIENTES LABORALES ENFERMEROS, CALIDAD ASISTENCIAL Y RESULTADOS EN SALUD

 *Lázaro Martínez, Sara* ⁽¹⁾ • *Martínez Jiménez, María Rosario* ⁽²⁾ • *Fernández García, Elena* ⁽³⁾ • *Naharro Álvarez, Alonso* ⁽⁴⁾ • *Santana Berlanga, Nicia del Rocío* ⁽⁵⁾ • *Barrientos Trigo, Sergio* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ *Gerencia de Atención Primaria de Tenerife* • ⁽²⁾ *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios* • ⁽³⁾ *Universidad de Sevilla* • ⁽⁴⁾ *EP Emergencias Sanitarias* • ⁽⁵⁾ *Hospital San Juan de Dios Aljarafe*

Identificador: 188

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El ambiente laboral enfermero es el conjunto de características organizativas que facilitan o limitan la práctica profesional y se identifica como una de las variables con mayor impacto sobre la calidad de los cuidados enfermeros y los resultados en salud de pacientes y profesionales sanitarios.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

Revisar la literatura sobre la relación entre el ambiente laboral enfermero, la calidad asistencial y los resultados en salud de pacientes y profesionales.

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Cinahl, Scopus, ProQuest, Pubmed, Psycinfo, Cochrane, BioMed, Embase, Global Health, Health & Medical Collection y Nursing & Allied. La estrategia de búsqueda se elaboró a partir de los términos “nurse work environment” y “quality of care”. La búsqueda, cribado y selección de artículos se realizó por pares teniendo como criterios de inclusión artículos publicados en inglés o español y sin límite de fecha.

RESULTADOS

De un total de 114 artículos, se incluyeron 42 en la revisión. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en Estados Unidos, aunque también se incluyen investigaciones de Europa, América y Asia.

Los artículos se agruparon en tres líneas temáticas. La primera agrupó la relación con los resultados en salud de los profesionales. Los entornos laborales adecuados están vinculados a una mayor satisfacción laboral ($r = 0,58$, $p < 0,0001$), mejor percepción del clima de seguridad ($r = 0,56$, $p < 0,0001$) y a una disminución de las actividades enfermeras inacabadas ($r = -0,35$, $p < 0,0001$). En estos entornos, la calidad asistencial aumenta ($r = 0,30$, $p < 0,01$) y el burnout disminuye ($r = -0,99$, $p < 0,01$).

La segunda se relacionó con los resultados en salud de los pacientes. Las quejas de pacientes y familiares disminuyen cuando el ambiente es adecuado ($r = -0,20$, $p < 0,001$). En estos entornos hay un 15% menos de probabilidades de mortalidad o de admisión en la unidad de cuidados intensivos. También se reducen eventos adversos como caídas ($r = -0,08$, $p < 0,001$) y errores de medicación ($r = -0,14$, $p < 0,001$). Por el contrario, cuando el ambiente laboral no es adecuado la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos disminuye casi a la mitad (OR: 0,56, $p < 0,008$).


La tercera línea temática se centró en intervenciones, modelos o guías destinados a mejorar el ambiente laboral enfermero y la calidad asistencial. Destaca el rol que desempeñan las propias organizaciones sanitarias y los programas de acreditación sanitaria como el Programa de Hospitales Magnéticos o el Programa de Reconocimiento Beacon.


CONCLUSIONES

Los pacientes experimentan mejores resultados en salud cuando reciben atención sanitaria en entornos laborales que las enfermeras consideran adecuados. Estos entornos promueven una cultura de seguridad más sólida, una mayor calidad en los cuidados enfermeros y un compromiso laboral más profundo por parte de los profesionales, quienes además también se ven beneficiados.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA GUIADA POR LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA

 Malgrat-Caballero, Susana ⁽¹⁾ • Bejarano Cabrerizo, Eira ⁽²⁾ • Franco Romero, Maite ⁽³⁾ • Corbalan Ruiz, Anna ⁽²⁾ • Quintana Araya, Alejandro ⁽²⁾ • Ribera Sole, Aida ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Parc Sanitari Pere Virgili, Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (RE-FiT-Bcn) • ⁽²⁾ Parc Sanitari Pere Virgili • ⁽³⁾ Parc Sanitari Pere Virgili • Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (RE-FiT-Bcn)

Identificador: 189

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, entre ellos las caídas.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son: 1. Describir las actividades, guiadas por la enfermera de práctica avanzada (EPA) en caídas, que se realizan dentro del programa de prevención de caídas en un hospital de atención intermedia; y 2. Analizar la evolución de la tasa de caídas desde enero hasta septiembre en tres años consecutivos

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental

2022: Análisis causa-raíz de las caídas con consecuencia grave por parte de la EPA y el equipo multidisciplinar de la unidad que atiende al paciente (médico, enfermera, Técnico de curas enfermeras, terapeutas, coordinadora de unidad y referente de calidad). Una vez analizado el caso, se realiza la aplicación de medidas preventivas y se realiza informe.

Creación de un indicador de caídas de repetición informatizado.

2023: Inclusión de pacientes que presentaron caídas de repetición al análisis causa-raíz.

2024: Creación de un indicador de detección de pacientes con caídas previas al ingreso. Se les realiza de educación sanitaria con la ayuda de la unidad de Atención de Enfermería, Docencia e Investigación (las siglas AIDIR en catalán) formado por un equipo de estudiantes del grado de enfermería bajo la supervisión de una enfermera que ejerce de mentora. Este equipo realizará intervención a los pacientes orientados que consiste en una educación sanitaria de recomendaciones preventivas y entrega de díptico. Los pacientes desorientados recibirán la intervención de sensibilización de la EPA al equipo multidisciplinar, para comentar el caso, y aplicación de medidas preventivas como es aplicación de sensor de movimiento, cama baja, colchoneta, recomendación de zona segura de vigilancia y educación sanitaria al cuidador.

RESULTADOS


Las tasas de caídas entre los meses de enero a final de septiembre fueron de 4.6‰ en 2022, 3.6‰ en 2023 y 3.8‰ hasta el momento en el 2024, pero para el congreso se presentarán los datos del 2024. El riesgo de caer mediante escala Downton en 2022 fue de 3.21, en 2023, 2.93 y en 2024, 3.02.


CONCLUSIONES

En conclusión, estas intervenciones incrementan la sensibilización de los profesionales en relación con las caídas y la aplicación de medidas preventivas. El programa aborda tanto la parte preventiva como la reactiva ayuda a mejorar la calidad de la atención a los pacientes con caídas o con riesgo.



VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INSTRUMENTO “SKILLED NURSING FACILITIES” TRIGGER TOOL

 Malgrat-Caballero, Susana ⁽¹⁾ • Chicheves-Pérez, Emilia ⁽²⁾ • Franco Romero, Maite ⁽³⁾ • Ribera Sole, Aida ⁽³⁾ • Orrego, Carola ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Parc Sanitari Pere Virgili • Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (RE-FIT-Bcn) • Estudiante de doctorado Universidad de Vic • ⁽²⁾ Research group on Methodology, Methods, Models and Outcomes of Health and Social Sciences (M30). Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya • ⁽³⁾ Parc Sanitari Pere Virgili • Grupo de Investigación en Envejecimiento, Fragilidad y Transiciones en Barcelona (RE-FIT-Bcn) • ⁽⁴⁾ Fundación Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona

Identificador: 190

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La estructura demográfica de la población española, como en todo el mundo, tiende al progresivo envejecimiento, y plantea nuevos retos. Por esta razón, se espera que el número de ingresos a centros de atención intermedia (AI)/socio sanitaria se incremente en los próximos años. Los pacientes en estos entornos pueden ser más vulnerables a los problemas de seguridad. Por otra parte, en la literatura científica internacional se reconoce una escasa información epidemiológica en este ámbito. No hay una herramienta ampliamente utilizada y validada para su evaluación.

OBJETIVO

Traducir y validar transculturalmente la versión española del Skilled Nursing Facilities trigger tool (SNF-trigger tool) al ámbito de AI.

METODOLOGÍA

Se realizó la traducción y retro-traducción al español del instrumento por parte de dos revisores independientes con alta competencia en los idiomas inglés y español. Un equipo independiente de tres expertos trabajó en la resolución de discrepancias y la adaptación transcultural (AT), mediante una metodología cualitativa hasta conseguir consenso. Posteriormente, se presentó el instrumento traducido a un grupo multidisciplinario de 20 expertos del ámbito de AI o socio sanitario español y/o en seguridad del paciente utilizando una metodología Delphi online de 3 rondas, para la validez de contenido y la consideración de importancia y factibilidad de los elementos del instrumento al entorno español. Finalmente, 10 enfermeras realizarán el debriefing cognitivo de la herramienta SNF-trigger tool versión española indicando el nivel de comprensión de cada ítem utilizando una escala Likert de cinco puntos sobre dos afirmaciones (fácil administración y relevancia de integrarlo).

RESULTADOS

La traducción y la AT permitieron ajustes para que los ítems fueran objetivos, comprensibles y adecuados para su utilización en España. Las discrepancias encontradas estuvieron relacionadas con aspectos semánticos, idiomáticos, conceptuales, culturales y de contenido. La mayoría de los cambios se relacionaron con términos con significados similares, por ejemplo: “Skilled nursing facilities” Centros de enfermería especializada AT centros de atención intermedia; “National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)” AT (GNEAUPP); “mental health provider” proveedor de salud mental AT psicólogo o psiquiatra. En este momento se está finalizando la extracción de datos del estudio Delphi. Se presentarán resultados finales sobre la traducción, validación transcultural y briefing cognitivo.

CONCLUSIONES

La versión adaptada al español de la SNF-trigger tool permite identificar situaciones desencadenantes (“trigger”) que frecuentemente se asocian con uno o varios tipos de evento adverso en AI con el fin de facilitar y hacer más eficiente su detección en la revisión de historias clínicas. Disponer de una herramienta que identifique incidentes de manera proactiva en este ámbito mejorará la detección y el abordaje de incidentes de seguridad del paciente.





EL VALOR DE LAS DECISIONES COMPARTIDAS CON OTROS SECTORES DE LA COMUNIDAD: MAPEO DE ACTIVOS

 *Moreno Asorey, Cristina*

 *Centro de Salud Los Yebenes*

Identificador: 191

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

uando hablamos de salud y bienestar hay que tener en cuenta que sobre ellas van a influir los determinantes sociales. Para identificar aquellos recursos personales, locales y organizativos que promuevan la salud y determinar aquellos activos, utilizamos el mapeo. Una metodología de mapeo de activos, junto al análisis de la situación de salud, permite idear acciones que puedan mejorar el bienestar, aprovechando los recursos existentes. Este enfoque incorpora el modelo de Desarrollo Comunitario Basado en Activos (DCBA) de Kretzman y McKnight, identificando las capacidades de la comunidad para emplearlas como parte de un proceso de empoderamiento y participación. Necesitamos diseñar estrategias asociativas, promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Todo ello nos permite fomentar esa toma de decisiones compartidas, ya que implicamos a las personas, favoreciendo su papel proactivo y pueden de manera informada tomar decisiones de salud.

OBJETIVOS

Identificar y reconocer los recursos y activos que hay para favorecer la salud.

Aumentar los conocimientos de la población en material de salud y bienestar para fomentar su proactividad.

Establecer redes de colaboración entre los diferentes actores que participan en la comunidad.

Metodología Análisis de la implantación de un programa integral promotor de salud que tiene un grupo motor, formado por las principales entidades socio-educativas y de salud y asociaciones, que son las que planifican las intervenciones comunitarias.


RESULTADOS


Los resultados se recogen con un sistema cualitativo (grupo de discusión y guion del observador) y cuantitativo (escala Likert) donde se evalúa la estructura, el proceso y los resultados. Como resultados generales tenemos que la participación media es de 60 personas, siendo un 75% mujeres frente a un 25% hombres. La media de entidades participantes es de 6, con 15 profesionales. Se realizan 10 intervenciones de media, anuales. Se evalúa con un 4 sobre 5 la participación, cumplimiento de objetivos, espacios adecuados y satisfacción de los recursos participantes. Y con 5 se evalúa el enfoque de equidad, aceptación de la actividad y la perspectiva de género. Planificación y realización de calendarización de actividades de forma anual, siendo los días mundiales y/o internacionales sobre los que tratan las diferentes actividades y en cada una de ellas se realiza de forma transversal el mapeo de activos.

CONCLUSIONES

Se han establecido redes asociativas y elaborado proyectos conjuntos adaptándolos a las necesidades poblacionales. Desde Atención Primaria esto nos está permitiendo conocer, trabajar con y para la población para mejorar su salud y calidad de vida, de una manera colaborativa. Esto permite que la comunidad exprese sus necesidades y así poder empoderarles, para que sean los que tomen decisiones conscientes e informadas.

MEJORAS EN LA CALIDAD TÉCNICA DE LA IMAGEN RADIOLOGICA Y FORMACIÓN CONTINUA EN RADIODIAGNÓSTICO

 Leal Gondra, María ⁽¹⁾ • Perruza Lencero, Irma Consuelo ⁽²⁾ • Herranz Perez, María ⁽³⁾ • Moreno Amaro, Santiago ⁽³⁾ • Guerra Gu-
tierrez, Felix ⁽⁴⁾ • Lanzas Carmona, Antonio ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario General de Villalba • ⁽²⁾ Hospitales públicos comunidad de Madrid Quironsalud • ⁽³⁾ Hospital universi-
tario general de Villalba • ⁽⁴⁾ Hospital universitario general de Villalba Hospital universitario Rey Juan Carlos • ⁽⁵⁾ Grupo Vivo Radio-
logía

Identificador: 192

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La calidad técnica de la imagen radiológica es fundamental para obtener diagnósticos médicos precisos y garantizar la seguridad del paciente. La implementación de un programa de control de calidad técnica y formación continua busca resolver problemas comunes en la obtención de imágenes radiológicas, como errores técnicos y mal funcionamiento de los equipos.

OBJETIVO

Asegurar la calidad técnica de las exploraciones de radiología. Mejorar la adherencia del personal técnico a los programas de calidad. Reducir la frecuencia de errores técnicos, fallos en la comunicación y problemas de equipo. Metodología: El programa se implementó en varias etapas:

- **Primera etapa:** Control de calidad en radiología simple, portátil y mamografía, incluyendo revisión de incidencias en PACS y causas de rechazo.
- **Segunda etapa:** Extensión del control de calidad a otros equipos como arco de quirófano, radiología portátil, ecografía, telemando, densitometría y ortopantomografía.
- **Tercera etapa:** Inclusión de TC, resonancia magnética y medicina nuclear. Cada etapa incluyó evaluación inicial, establecimiento de estándares y protocolos y guías, formación continua del personal, monitoreo y auditorías periódicas, y retroalimentación para la mejora continua. Se realizaron revisiones aleatorias de imágenes para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad.

RESULTADOS

Los resultados preliminares muestran una mejora significativa en la calidad de las imágenes radiológicas. La revisión aleatoria de imágenes y la implementación de indicadores específicos, como la correcta posición y colimación, han llevado a una disminución en la tasa de errores técnicos. El personal técnico ha mejorado su adherencia a los protocolos de calidad, lo que ha resultado en imágenes más precisas y diagnósticos más confiables.

CONCLUSIONES

El programa de control de calidad técnica y formación continua ha demostrado ser efectivo en mejorar la calidad de las imágenes radiológicas y la seguridad del paciente. La metodología implementada, basada en evaluaciones continuas y formación del personal, ha permitido corregir errores y optimizar los procedimientos radiológicos. Estos resultados respaldan la necesidad de seguir desarrollando y actualizando los programas de calidad en radiodiagnóstico.



INFLUENCIA DE LA BOLSA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS ERAS

 *Martín Ramiro, Javier • Gómez Santana, Ana*

 *Hospital universitario Severo Ochoa*

Identificador: 193

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación multimodal ha supuesto la mayor revolución, tras los antibióticos, para la cirugía actual; pero su implantación requiere de una participación activa tanto de los profesionales como de los pacientes implicados en el proceso.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento de la vía clínica del programa RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) por parte de los distintos actores implicados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo, sobre 200 pacientes consecutivos incluidos en el protocolo Vía RICA, recogiendo el grado de cumplimiento de los indicadores recogidos en la vía clínica en el tiempo intra y postoperatorio (Tolerancia oral, movilización precoz, profilaxis antiemética, drenajes, sondas anestesia local en heridas, uso de opiáceos), recogiendo las desviaciones respecto a la vía clínica.

RESULTADOS

Pacientes: el 80% de la población analizada cumplen la vía clínica (movilización precoz e inicio de tolerancia temprana), gracias a la información individual preoperatoria dada y a las sesiones grupales.

Cirujanos: el 95% muestran un adecuado cumplimiento de la vía clínica, en cuanto a la aplicación de anestesia local en heridas, uso de laparoscopia, limitación del uso de drenajes así como las instrucciones dadas sobre movilización e ingesta temprana.

Anestesiólogos: el 90% de ellos cumplen los puntos referidos a la ingesta precoz, prevención vómitos, movilización a las 6 horas de la cirugía y reducción de uso de opiáceos. Dificultad en evitar sondas vesicales por presiones de la enfermería

Enfermeras: solo el 20% de ellas siguen las pautas de tolerancia temprana, movilización precoz, asimismo insisten en la realización de sondajes intraoperatorios.

CONCLUSIONES

La formación periódica de todos los implicados en el proceso de recuperación intensificada multimodal es fundamental para su correcto desarrollo.

El gran recambio que existe dentro del personal de enfermería de planta en relación con OPEs, Traslados internos, jubilaciones así como su sustitución por personal proveniente de bolsas de trabajo del hospital donde no se tiene en cuenta la experiencia previa, condiciona la necesidad de una formación permanente en programas RICA para mantener un adecuado cumplimiento de los mismos.



NAVEGANDO HACIA LA CALIDAD: DESARROLLO DE UNA WEB CALIDAD DE REFERENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD

 GARCÍA PÉREZ, MÓNICA • LOPEZ PEREZ, ULISES • SANTOS MUÑOZ, MARÍA DEL MAR • BAEZA ABARCA, JAVIER • MARQUÉS. ESPI, JUAN ANTONIO

 DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-SANT JOAN D´ALACANT

Identificador: 196

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En el mundo digital actual, tener una buena web no sólo es importante, es imprescindible. La Unidad de Calidad (UC) identificó, en 2019, esta necesidad y comenzó a crear este espacio en la Intranet del Departamento de Salud. Desde este momento, la implementación y actualización continua de la web de calidad es un proceso estratégico permanente dentro del Departamento.

OBJETIVOS

- Promover una cultura de calidad, fortaleciendo el compromiso del personal con la excelencia.
- Facilitar el acceso a información relevante sobre calidad asistencial (CA) y seguridad del paciente (SP).
- Mejorar la transparencia y comunicación interna
- Fortalecer la alineación de las prácticas del Departamento con las estrategias y planes de CA y SP a nivel regional, nacional e internacional.

METODOLOGÍA

Desde su creación, en 2019, la web ha ido actualizándose gradualmente hasta el presente año gracias a la estrecha relación entre el Servicio de Informática y la propia UC. Desde diciembre de 2023 a febrero de 2024 se han realizado cambios relevantes en la web de la UC.

RESULTADOS

Actualmente, la web de calidad incluye información relevante sobre la política de calidad del departamento, el plan de calidad asistencial y seguridad del paciente y el resultado de su evaluación, el plan estratégico departamental, el organigrama, el mapa de procesos, protocolos y otra documentación relevante, además de proporcionar acceso a formularios de encuestas de satisfacción de profesionales y pacientes. Paralelamente, incluye acceso a sitios web de organismos externos como Consellería de Sanidad, Ministerio de Sanidad y OMS, redirigiendo a sus estrategias y planes en CA y SP. Desde la UC se lleva a cabo una evaluación periódica para medir el impacto de la web dentro de la organización. Nuestra Unidad realiza anualmente encuestas destinadas a evaluar la satisfacción de las partes interesadas, este 2024 se aprovechará esta herramienta para incluir una retroalimentación de los profesionales acerca de la web. Estos resultados se utilizarán para realizar ajustes y mejoras de contenido, fomentando la participación activa de los profesionales.

CONCLUSIONES

A pesar de que la web esté activa desde hace varios años, reconocemos su importancia y nos comprometemos a seguir mejorándola ya que consideramos que la disponibilidad de una web de calidad actualizada ayuda a los trabajadores de la salud a obtener la información que necesitan de inmediato, facilitando su día a día. Además, una robusta web de calidad contribuye indirectamente a una mejor experiencia nuestros usuarios.



MEJORA EN LA CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS BENZODIACEPINAS PARA EL INSOMNIO EN PERSONAS MAYORES Y GMA-4

 González Alonso, Sara • MUSLERA CANCLINI, ELVIRA • Muñiz Rubiera, Marta • de la Rosa de Súa, Sara

 Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Servicios Centrales

Identificador: 198

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Una de las recomendaciones “no hacer” de la Sociedad Española de Medicina Interna es *no usar benzodiazepinas (BZD) para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada*. En nuestra comunidad, el consumo de psicofármacos es el más alto a nivel nacional y aumenta conforme aumenta la edad. Por tanto, resulta pertinente implementar esta recomendación.

Los GMA son grupos de población resultado de la estratificación en función de la *carga de morbilidad*. En total hay 4 grupos. El GMA-4 es aquel con enfermedad crónica de alto riesgo y mayor complejidad, que viene determinada por el análisis de diferentes variables: mortalidad, riesgo de ingreso, utilización de recursos, visitas en atención primaria, prescripción, etc.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de la intervención consiste en realizar una deprescripción en aquellos pacientes GMA-4 de 75 o más años, que tengan pautada una BZD crónica por un episodio de insomnio, agitación o delirio, tras realizar una valoración funcional, cognitiva y socio-sanitaria.

Se estableció como objetivo secundario la elaboración del material necesario para replicar la intervención: protocolo, información para profesionales, pauta de deprescripción de la BZD y recomendaciones para pacientes.

Para alcanzar los objetivos se formó un grupo de trabajo, integrado por profesionales vinculados a la atención primaria (medicina, enfermería y trabajo social). El grupo decidió trabajar la recomendación de las BZD junto con otra recomendación de la Sociedad Española de Geriátrica: *no tomar decisiones clínicas en personas mayores de 75 años sin haber evaluado su situación funcional, incluyendo la prescripción de una BZD*.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los materiales informativos/educativos para personas con insomnio y se adaptaron a la situación de edad avanzada y complejidad de su situación. Para la elaboración del protocolo de intervención se diseñó una consulta estructurada con participación combinada de enfermería y medicina.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En total, participaron 9 profesionales de todas las áreas sanitarias de la comunidad y 2 personas de la oficina. Durante 9 meses se trabajó en la elaboración de los materiales. Se estableció un periodo de 3 meses para realizarla.

Como población diana se identificaron 86 pacientes. Tras la revisión por parte de los profesionales, 47 quedaron excluidos de la intervención (un 54,65%). Los motivos fueron: exitus, cambios de cupo, tener otros diagnósticos asociados o no tomar ya la BZD. De los 39 pacientes candidatos a la intervención, en 10 se consiguió la retirada de las BZD (un 25,64%) y en otros 10 se consiguió una disminución de dosis (otro 25,64%).

Aunque el grupo de intervención fue pequeño, su complejidad era máxima, por lo que lo consideramos un éxito. También comparándolo con otras intervenciones sobre población general que alcanzan resultados en torno al 22% de retirada y 18% de disminución de dosis.





VARIABILIDAD EN LA LECTURA DE MAMOGRAFÍAS DE CRIBADO: UNA CONTRIBUCIÓN AL CONSENSO DE CRITERIOS ENTRE RADIOLOGOS/AS

 de la Rosa de Súa, Sara • González Alonso, Sara • Muslera Canclini, Elvira

 Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias

Identificador: 199

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En la evaluación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) del período 2013-2021 en nuestra comunidad se observó que la proporción de mujeres que precisó pruebas complementarias fue superior a los estándares recomendados y con tendencia al alza, especialmente en cribado inicial. Además, se detectó una considerable variabilidad entre áreas sanitarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio que llevamos a cabo fue analizar las razones que producen esta variabilidad en la interpretación de mamografías de cribado, como paso previo a homogeneizar criterios clínico-radiológicos. Para ello, se propuso a los radiólogos de todos los hospitales que habitualmente realizan lecturas de cribado participar en el ejercicio que se explica a continuación.

Deberían leer una muestra de 91 estudios mamográficos (mamas derecha e izquierda, en total, 182 mamografías) realizados en pruebas de cribado inicial en 2018 y 2019. La selección de las categorías BI-RADS para la muestra se hizo en proporciones diferentes a las del PDPCM, con más presencia de las categorías 2 y 3 donde cabe esperar mayor variabilidad. La lectura la harían de forma ciega frente a la lectura original e independiente, valorando para cada mama las siguientes variables: densidad, nódulos, asimetría, distorsión, microcalcificaciones y categoría BI-RADS (1-4). Además, decidirían para cada mujer si la conducta era normal o requerían pruebas complementarias. Después de la lectura y el posterior análisis de datos, se organizaría un taller presencial donde discutirían, conjuntamente, las causas de las discrepancias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En total, participaron 15 radiólogos de todas las áreas sanitarias. Analizando el grado de acuerdo para la variable *BI-RADS*, solo en 4 de las 182 mamografías (2.2%) coincidieron las respuestas dadas por los 15 radiólogos. Por el contrario, hubo 60 casos (33%) en los que se eligieron los dos BI-RADS extremos para la misma mamografía, es decir, al menos un radiólogo eligió BI-RADS 1 y al menos otro eligió BI-RADS 4.

En cuanto a la variable *conducta*, todos eligieron la misma para 9 de las 91 mujeres (9.9%), mientras que la mayor discrepancia se dio en 12 casos (13%), pues 7 radiólogos eligieron una conducta y 8 la otra.

Para el resto de variables, la concordancia observada fue similar, siendo ligeramente más alta para las variables *nódulos* y *asimetría*. En el taller presencial se proyectaron las 12 mamografías con mayor variabilidad. En varias de ellas, después de exponer sus diferentes visiones, los radiólogos podían entender las discrepancias, y se consideró ese encuentro y los que se organicen en el futuro como un proceso, tanto de formación como de acuerdos, que permitirá homogeneizar criterios en la toma de decisiones.

Se puede concluir que conocer la variabilidad en las lecturas mamográficas de cribado y propiciar la interacción y el diálogo abierto entre profesionales mejora los consensos, contribuyendo a una práctica más efectiva.

UN PROCESO DE SELECCIÓN Y DIFUSIÓN DE INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

 Muñiz Rubiera, Marta • de la Rosa de Súa, Sara • González Alonso, Sara • Muslera Canclini, Elvira

 Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Principado de Asturias

Identificador: 200

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los informes de evaluación de tecnologías sanitarias son documentos técnicos que evalúan una tecnología mediante una revisión sistemática de la literatura científica, con el fin de conocer su eficacia, efectividad y seguridad. La difusión de estos informes es fundamental, pues permite que las personas que deciden sobre las prácticas clínicas dispongan de la mejor información sobre cómo rediseñar procesos y asignar recursos, permitiendo responder de manera efectiva a las necesidades de la población.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Uno de los objetivos de nuestra Oficina es crear canales de acceso a los informes realizados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS) y de la Red Internacional INAHTA, para proporcionar información adecuada destinada a fundamentar la toma de decisiones respecto a la introducción, difusión y utilización de tecnologías sanitarias.

Los medios que usamos para difundir informes son: nuestro portal web, la red social X y el correo electrónico de las jefaturas de servicio de todos los hospitales y subdirecciones de Atención Primaria, teniendo en cuenta la pertinencia del informe para cada uno.

METODOLOGÍA

La metodología seguida para llevar a cabo esta difusión es la siguiente:

1. En la base de datos de la red INAHTA aplicamos los siguientes filtros:
 - Año: se selecciona el año en curso
 - Tipo de publicación: informes de evaluación y revisiones breves
 - Idioma: inglés, francés y español
 - Estado del proyecto: completado
2. El listado resultante se exporta a Excel.
3. Se leen los resúmenes de todos los informes y se escogen los más pertinentes para compartir, teniendo en cuenta criterios: de oportunidad, interés y beneficios para la comunidad.
4. Para cada informe se elige una imagen acorde a su contenido, que será la que se muestre cuando se difunda el informe.
5. Cada viernes se difunde un informe mediante las tres vías mencionadas:
 - En nuestro portal web se publica el informe acompañado de su imagen con la siguiente información: título, objetivo, autoría, idioma, fuente, año de publicación, enlace al informe.
 - En la red social X se escribe un breve resumen del informe junto con su imagen y un enlace a su publicación en nuestra web.
 - En el correo se orienta a la especialidad que va dirigido el informe y se agrega la misma información que la publicada en la web.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Estos canales de difusión los venimos utilizando desde 2021. Desde entonces, el número de visitas a la web se ha incrementado al igual que los seguidores en X.

Respecto a la vía de correo electrónico, se han recibido algunas respuestas solicitando información adicional o solicitando la posibilidad de incorporar la tecnología.

Consideramos que estos canales están resultando una vía de difusión efectiva, a través de los que se difunde información seleccionada y de alta calidad para contribuir al beneficio del sistema sanitario de la comunidad.

PLAN DE REACTIVACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA GESTORA CLAVE EN EL CAMBIO.

 MORENO MARTIN, MONICA ⁽¹⁾ • CUBEIRO LOPEZ, BEATRIZ ⁽¹⁾ • GAGO ALONSO, IMANOL ⁽²⁾ • SANMARTIN MUÑOZ, BARBARA ⁽³⁾ • DIEGO FERRERAS, RUTH ⁽⁴⁾ • JIMENO BARRERO, NAGORE ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL DE BASURTO • ⁽²⁾ AMBULATORIO SANTUTXU - SOLOKOETXE • ⁽³⁾ CS BEGOÑA • ⁽⁴⁾ CS CASCO VIEJO

Identificador: 201

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACION

Se hace necesario recuperar la identidad de la Atención Primaria (AP) tras el vuelco del Covid, que supuso un retroceso en el modelo de atención. Teniendo como objetivo retomar y afianzar el seguimiento del paciente crónico en las consultas de enfermería, individualizando el plan de cuidados y fomentando la toma de decisiones compartida con la persona y su entorno más cercano, es preciso tener profesionales bien formados, proactivos y con capacidad de resolución. Así mismo, los responsables de enfermería deben liderar sus equipos en este cambio siendo indispensables en la detección de necesidades y áreas de mejora en sus unidades.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

- Reactivar el seguimiento del paciente crónico por parte de la enfermera de referencia de AP
- Actualizar las pautas de seguimiento a las recomendaciones actuales con alto nivel de evidencia
- Impulsar la proactividad de los profesionales de Enfermería y capacitarles en la gestión de sus pacientes y sus problemas de salud.
- Dotar de herramientas y autonomía a las responsables de enfermería en la gestión del centro, así como hacerles partícipes en la detección de áreas de mejora.

Se priorizaron las áreas a trabajar definiendo una serie de indicadores que facilitasen el seguimiento de los distintos procesos. Posteriormente, se trabajó con Informática en la obtención de los datos y la implementación de un panel de indicadores por centro y cupo enfermero que nos permitiese la monitorización de los mismos. Fue necesaria la formación de todos los responsables de Enfermería de los centros de AP en el manejo de esta herramienta, a la vez que se definía un punto de partida y un objetivo inicial a alcanzar.

Se acordó una liberación semanal de los gestores para seguimiento y reuniones con los equipos y se realizó seguimiento bimestral por parte de la Dirección.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Definición de indicadores en el seguimiento de:

- Atención al Mayor
- Atención al Crónico Domiciliario
- Atención al diabético
- Procesos leves autolimitados
- Indicación enfermera

Implementación mejoras:

- Actualización del Manual de Enfermería para patología crónica y elaboración de guías rápidas de actuación (junio 2024)
- Formación a los profesionales de nueva incorporación (mayo 2024)
- Capacitación de los profesionales en la resolución de procesos (mayo 2024)

Los datos obtenidos en el análisis inicial muestran un descenso generalizado de todos los indicadores entre un 40-60% respecto a fechas previas a la pandemia.


Todos ellos han experimentado una evolución favorable, llegando incluso a triplicar el dato inicial, superando incluso los datos de referencia.

Es imprescindible dotar a los responsables de los centros de tiempo y herramientas para la gestión autónoma de los profesionales y procesos asistenciales.

La elaboración de rutas asistenciales, manuales de consulta, guías rápidas de actuación, etc. facilita la labor diaria de los profesionales en la consulta mejorando los resultados de sus intervenciones.



INCORPORACIÓN DE NUEVAS ENFERMERAS AL ENTORNO SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS

 CUBEIRO LOPEZ, BEATRIZ ⁽¹⁾ • MORENO MARTIN, MONICA ⁽¹⁾ • ZARRAGA LLONA, ZIORTZA ⁽¹⁾ • SANMARTIN MUÑOZ, BARBARA ⁽²⁾ • BURGUILLO PRADO, ANDREA ⁽³⁾ • ROMAN BAQUERO, JUDIT ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL DE BASURTO • ⁽²⁾ CS BEGOÑA • ⁽³⁾ CS ZORROZA • ⁽⁴⁾ CS CASCO VIEJO

Identificador: 203

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Viene siendo un mal común en todas las organizaciones, la falta de profesionales de enfermería disponibles en el mercado laboral. Si bien los centros académicos han aumentado su capacidad docente, el relevo generacional y las coberturas derivadas de bajas, periodos vacacionales, etc., se muestran insuficientes para cubrir las necesidades de una organización con más de 300 enfermeras de plantilla en Atención Primaria (AP).

En éste contexto, la variabilidad de profesionales que con mayor o menor bagaje o contacto con AP se incorporan a trabajar, dificulta en gran medida prestar cuidados de calidad a la población.

La experiencia profesional y la adquisición de competencias en el entorno sanitario de AP es especialmente relevante. La toma de decisiones desde la consulta de enfermería de forma autónoma puede al inicio generar cierto vértigo en profesionales de nueva incorporación, con riesgo de llegar a generar fisuras en la seguridad y calidad asistencial.

Algunos autores destacan la importancia de formar y facilitar la adaptación de profesionales a entornos que le son desconocidos como garantes de la calidad asistencial. Se fomenta el sentimiento de pertenencia a la Organización, contribuyendo a la retención del talento y compromiso de los equipos en las organizaciones.

OBJETIVOS

Facilitar la integración de enfermeras de nueva incorporación en unidades de atención primaria garantizando unos cuidados de calidad.

METODOLOGÍA

Se realiza un análisis DAFO del contexto y se valoran posibles acciones de mejora, estableciendo por su factibilidad y aceptabilidad, la creación y puesta en marcha de una formación específica de acogida.

Se establece un cronograma para la identificación de contenidos, docentes expertas, programación de la formación, diseño del curso, objetivos, contenido audiovisual, documentación de apoyo y enlaces de interés. Se utiliza una plataforma Moodle para incorporar y diseñar la actividad formativa de forma que pueda llegar al mayor número de profesionales. Se establece una primera edición de pilotaje explorando la percepción de las y los discentes mediante encuesta online.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la primera edición se han formado 63 personas. Las coordinadoras de enfermería verbalizan que la formación ha facilitado en gran medida la incorporación de éstas nuevas profesionales a las unidades de AP.

Las encuestas realizadas a las discentes obtuvieron una puntuación global de 8,7 sobre 10. Siendo el módulo más valorado el que hace referencia al paciente crónico.

Podemos concluir que la realización de la formación de acogida a nuevas profesionales ha facilitado su adaptación en las unidades que revierte en la calidad de los cuidados prestados.

Si bien la formación se erige como pilar fundamental en la transición, no debemos olvidar que la mentorización y acompañamiento en el proceso deben estar siempre presentes.

SAER, UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES, PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 SAINZ DE LOS TERREROS, LOURDES • Blasco Camacho, Emilio José • López Rabat, Sonia • Isidoro Fernández, Beatriz • Enriquez Vázquez, Sonia • Morcillo Torrecilla, Sandra

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 205

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Entre los factores contribuyentes que propone la Joint Commission que deberían formar parte del análisis de cualquier evento adverso, destaca, entre otros, la gestión de la información. Una comunicación interprofesional inadecuada durante la actividad asistencial puede dar lugar a situaciones de riesgo para los pacientes.

Por ello, es necesario que la transmisión de la información entre profesionales se realice de una manera efectiva, es decir, que sea: clara, precisa, completa, inequívoca y, comprendida por el receptor. Diferentes estudios coinciden en el impacto positivo de la utilización de una técnica estructurada para implementar una comunicación efectiva entre los profesionales.

OBJETIVO

Adaptar e implementar una herramienta de comunicación estructurada que permita una transferencia de información efectiva entre los profesionales de nuestro hospital.

METODOLOGIA

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos se creó un grupo de trabajo para mejorar la comunicación entre profesionales. Este grupo realizó una búsqueda bibliográfica y seleccionó la técnica SBAR, o SAER, por sus siglas en español, como herramienta de comunicación estructurada. Esta técnica fue seleccionada porque proporciona un formato estructurado para transmitir la información con cuatro secciones (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) mejorando la seguridad del paciente.

Se elaboró el procedimiento de trabajo y se estableció un cronograma para realizar una formación en cascada, elaborar recordatorios en los lugares de trabajo, y una campaña de sensibilización a todos los profesionales de la organización.

RESULTADOS

Se ha formado a 31 referentes de seguridad del paciente de servicio (RSS) en una sesión participativa de 5 horas, para que a su vez sean ellos los responsables de formar a los profesionales de su servicio. Además, los profesionales del grupo de trabajo han elaborado 3 videos en los que se pone en práctica la transmisión de la información utilizando la técnica SAER en 3 momentos asistenciales diferentes. Estos videos están a disposición de los RSS para utilizarlos en las formaciones de su servicio que finalizarán en el mes de junio. También, se ha elaborado un salvapantallas, y se han distribuido 350 pegatinas para colocar en buscas y teléfonos y, 250 alfombrillas de ratón que contienen los 4 pasos de SAER y una breve descripción de cada uno de ellos.

CONCLUSIONES

La transmisión de la información clínica sobre pacientes, es un proceso de alto riesgo en el que interviene como elemento clave la comunicación. Las técnicas estructuradas de comunicación como SAER permiten disminuir la variabilidad en los mensajes y favorecer la eficacia en la comunicación. Sin embargo, para su total implantación se requiere un alto esfuerzo para formar y sensibilizar a todos los profesionales, que en su gran mayoría nunca han recibido formación en comunicación efectiva. Una vez implementada será necesario desarrollar herramientas para verificar su correcto uso.

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON TUMORES SÓLIDOS EN EL NORESTE PENINSULAR

 MACHUCA NEGRETE, NOEL • MOSTEIRO MOLINA, SONIA • GUIU MEMBRADO, ANNA • PAREJA FERNÁNDEZ, LAURA • GÁLVEZ ESCAÑUELA, JORDI • RIBES PUIG, JOSEPA

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 206

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La pandemia COVID-19 tuvo un impacto significativo en los pacientes con cáncer, como el retraso en el diagnóstico y la discontinuidad en el tratamiento, aumentando las tasas de infección por COVID y la mortalidad.

OBJETIVO

Evaluar y comparar las características clínicas y la supervivencia observada (SO) a 1 y 2 años de los pacientes diagnosticados con tumores sólidos en el período 2019-2021 a partir de un Registro de Tumores Hospitalario Multicéntrico (RTH). La comparación se realizó entre los períodos prepandémico (2019) y pandémico (2020-2021).

MATERIAL Y MÉTODOS

El RTH identificó los tumores sólidos de diferentes fuentes de información hospitalarias (altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos oncológicos de 6 hospitales de referencia para el tratamiento del cáncer). Para cada tumor se recopiló información sobre la topografía, morfología, el estadio y los tratamientos oncológicos. La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de la CC.AA. suministró información a nivel poblacional del nivel socioeconómico, los datos de infección/vacunación por COVID y la comorbilidad (índice Charlson). El estado vital se actualizó en el Índice Nacional de Defunciones (INDEF) y en el Registro Central de Asegurados del Departamento de Salud correspondiente en marzo 2024. Se compararon las características clínicas de los tumores sólidos y la SO de los períodos prepandémico (2019) y pandémico (2020-21). Se estimó la SO al año mediante el método de Kaplan-Meier con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

RESULTADOS

Respecto al año prepandémico, el número de tumores diagnosticados y/o tratados en el año 2020 disminuyó significativamente, recuperándose en el 2021 (2019: 12.798, 2020: 10.659, 2021: 12.040). En contraste, durante la pandemia aumentaron los tumores diagnosticados en estadio IV (2019: 18.5%, 2020: 21.8%; 2021: 19.9%), los tratamientos con quimioterapia/inmunoterapia (2019: 23.9%, 2020: 27.5%; 2021: 26.2%), los tratamientos radioterapéuticos (2019: 28.4%, 2020: 31.6%; 2021: 31.5%) y los ingresos quirúrgicos urgentes (2019: 3.3%, 2020: 4.4%; 2021: 3.9%). La SO global al año fue: 2019 (80.9% [IC 95%: 80.2-81.6]), 2020 (78.4% [IC 95%: 77.6-79.2]), 2021 (79.8% [IC 95%: 79.1-80.5]). La SO global a los 2 años fue: 2019 (72.5% [IC 95%: 71.7-73.3]), 2020 (69.4% [IC 95%: 68.6-70.3]), 2021 (71.6% [IC 95%: 70.8-72.4]).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio revela un profundo impacto adverso de la COVID-19 en la trayectoria del paciente con cáncer, principalmente en el año 2020, con un 16% menos de casos, mayores ingresos quirúrgicos de emergencia y un cambio significativo en el estadio de la enfermedad de una etapa temprana a una más avanzada.

Los pacientes diagnosticados y/o tratados durante el año 2020 mostraron una disminución estadísticamente significativa de la supervivencia observada tanto al año como a los 2 años de seguimiento. La supervivencia en los pacientes diagnosticados en el 2021 se recuperó a niveles prepandémicos.

IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES NO HACER: DORMIR SIN PASTILLAS

 Muslera Canclini, Elvira • González Alonso, Sara • de la Rosa de Saa, Sara

 Oficina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Identificador: 207

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se viene alertando de la tendencia creciente del consumo de psicofármacos en España. En nuestra comunidad, el consumo de estos medicamentos es más alto que la media nacional, siendo el de ansiolíticos el más alto del país.

Por otra parte, en el Plan de Acción de Atención Primaria (AP) 2022-2023 se consideró como un eje de trabajo la implementación de las recomendaciones “no hacer” (RNH) impulsada por el Ministerio de Sanidad. Actualmente, existen cuatro RNH en relación al consumo de psicofármacos, concretamente de *benzodiazepinas* (BZD).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El proyecto “Dormir sin pastillas” pretende disminuir en nuestra comunidad el consumo de benzodiazepinas asociado a insomnio y cambiar la conducta de prescripción de estos medicamentos.

El elemento principal del proyecto es el envío de una carta a todas las personas con insomnio que tengan entre 18 y 75 años y tomen alguna BZD en presentación de comprimido de forma continuada (prescripción crónica o a demanda). Se excluirá a las que padezcan depresión, ansiedad, epilepsia, demencia o psicosis. La carta, que irá firmada por el correspondiente médico de AP, informará de los riesgos a largo plazo del consumo de BZD y propondrá su retirada de forma escalonada.

A cada médico se le entregará el listado de pacientes de su cupo candidatos a recibir la carta, que deberá revisar para excluir aquellos que no cumplan los criterios establecidos o hayan fallecido. Una vez revisados, cada área sanitaria enviará las cartas.

Otro aspecto acordado para esta intervención es que, llegada la fecha de caducidad de la receta de la BZD, el médico hará una valoración con cada paciente de su situación. De forma general, no la renovará, aunque si se precisa, podrá realizar una prescripción de tipo agudo.

Iniciamos un pilotaje con diez cupos para evaluar y corregir todos los aspectos organizativos y logísticos de la intervención. Actualmente, está en marcha el proceso de generalización a toda la comunidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En esta generalización participan 8 áreas sanitarias, 682 médicos y 13916 pacientes son candidatos a recibir la carta (antes de la revisión).

Junto con la Subdirección de Atención Primaria, se presentó el proyecto a los equipos directivos y técnicos para hacerles partícipes y acordar la logística. En cada área se realizaron sesiones formativas a los profesionales, tanto de los aspectos relacionados con la inadecuación de prescribir BZD para el insomnio más de 12 semanas, como sobre el protocolo de intervención para la deprescripción.

Previo al envío de cartas, previsto para septiembre, los profesionales revisarán los listados de pacientes, y además se llevará a cabo una campaña en medios de comunicación para reforzar la información y los consejos descritos en la carta.

Se puede concluir que el proceso de preparación para el envío de cartas en toda la comunidad ha sido muy positivo y se enriqueció con las aportaciones de quienes participaron.



ACCIONES DE MEJORA PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE TALENTO DE PROFESIONALES SANITARIOS POR EL SÍNDROME DE BURN OUT

 *Castaño Cantos, Ana • González del Portillo, Elisabet • Estébanez Aldonza, Sara • Lago Martínez, Silvia • Hurtado, Lourdes • López Morera, Rosa María*

 *Hospital Universitario La Paz*

Identificador: 208

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El término inglés burn-out hace referencia a una disfunción psicológica, consecuencia de elevados niveles de tensión laboral, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. El síndrome de burn-out es cada vez más frecuente entre el personal sanitario convirtiéndose en riesgo de pérdida de talento si hace abandonar el puesto de trabajo a profesionales y disminuye la calidad asistencial.

En enero de 2023 pusimos en marcha actuaciones para conocer el estado de bienestar de los profesionales en el Servicio de Oncología Radioterápica.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

El objetivo fue analizar el cansancio emocional, las conductas de despersonalización y conocer el grado de realización de todos los profesionales, garantizando la confidencialidad.

Para ello los 60 trabajadores del Servicio completamos una encuesta facilitada por del departamento de Recursos Humanos de nuestro hospital. Realizamos 2 cursos formativos en desarrollo personal, donde se nos ha dado la oportunidad de exteriorizar los aspectos no deseados de nuestro día a día, las situaciones complejas que pueden llegar a superarnos y nos han aportado herramientas de comunicación y gestión de conflictos. Se nos ha estimulado a realizar programas saludables que mejorarán nuestro bienestar laboral, y ayudado a conocer nuestra capacidad de adaptación a la carga asistencial y al sistema.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras analizar las respuestas e inquietudes expuestas en la encuesta y cursos de formación de forma cuanti y cualitativa, los resultados obtenidos son:

- Las relaciones interpersonales no son adecuadas.
- La relación con los superiores es irregular.
- Un alto porcentaje no se sentía valorado a nivel profesional.
- En menor cuantía, se ha detectado sentimiento de trato con inferioridad.
- En torno al 80% de los profesionales se sentían cansados emocionalmente.
- Más del 50% referían falta de realización personal.

Detectamos factores estresores: comunicación insuficiente, organización subóptima, desconocimiento de método de trabajo, la gravedad de los pacientes a tratar, la relación con familiares de pacientes...

Con el fin de mejorar todos estos ítems, el Equipo de Calidad ha actualizado y dado a conocer:

- Perfiles de puesto de trabajo.
- Instrucciones técnicas.
- Procedimientos de trabajo.
- Sesiones formativas e informativas periódicas a todos los profesionales.
- Reorganización de labores y turnos de trabajo.

Se ha puesto en marcha un plan de acción con la finalidad de mejorar la comunicación y diseñar un cuestionario que valore el estado personal, el equipo de trabajo, los superiores directos y la organización.

Creemos que estas medidas son una excelente herramienta para mejorar la experiencia profesional diseñando intervenciones a medida en función de los resultados obtenidos, evitar pérdidas de talento y conseguir mejorar la calidad asistencial.

IMPACTO EN LA SEGURIDAD TERAPÉUTICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

 *Castaño Cantos, Ana • González Del Portillo, Elisabet • Estébanez Aldonza, Sara • Galán Martín, Penelope • Hurtado, Lourdes • Morera López, Rosa María*

 *Hospital Universitario La Paz*

Identificador: 209

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento radioterápico (RT) es un procedimiento complejo. La notificación, análisis y gestión de las incidencias es una herramienta excelente para mejorar la seguridad terapéutica.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Objetivo: dar a conocer el impacto observado en la seguridad del paciente con la puesta en marcha de acciones de mejora generadas tras el análisis de incidencias.

Desde 2018 tenemos habilitado en nuestra Red departamental Mosaiq el registro de incidencias accesible a todos los profesionales. En este apartado se reporta cualquier situación irregular observada durante el proceso radioterápico, de forma sencilla y si se desea de forma anónima. La categoría de incidencias es: equipamiento, radiofísica, personal y miscelánea. Son analizadas por el Equipo de Calidad formado por médicos, técnicos especialistas en radioterapia y enfermeros. Las respuestas a las mismas son resoluciones directas y acciones correctivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde 2018 a abril de 2024 se han reportado 1000 incidencias. Tras su análisis se han puesto en marcha 20 acciones correctivas y más de 200 resoluciones directas. Con las resoluciones directas se optimiza el tiempo de resolución de pequeños incidentes que ocasionaban pérdida de tiempo eficiente de las unidades de tratamiento. De las 20 acciones correctivas generadas, 5 siguen en marcha y de las 15 anteriores destacamos las mejoras conseguidas al impactar en la seguridad terapéutica de nuestros pacientes y en su experiencia, aspecto evaluado con encuestas de satisfacción realizadas los 5 primeros años, seguido de grupo focal y entrevistas en el último año:

- Establecido el mecanismo de transmisión de información a pacientes en caso de avería de la unidad de tratamiento.
- Protocolo de información a dar vía telefónica a pacientes y su registro
- Protocolo de identificación de los sistemas de inmovilización, su almacenaje y su retirada.
- Optimización del tiempo útil de las unidades de tratamiento.
- Mejora en la comunicación eficiente con Radiofísica.
- Correcta priorización del tratamiento RT (urgente, preferente, sin prioridad).
- Correcta digitalización del consentimiento informado.
- Protocolo del control de temperatura de frigorífico de medicación.
- Optimizado el control de caducidad de fármacos, su identificación, entrada y salida del Servicio.
- Optimizado la revisión del carro de paradas.

En conclusión, nuestro registro de incidencias es una metodología bien valorada por nuestros profesionales y ayuda a reforzar la cultura de seguridad terapéutica. En las entrevistas realizadas a los pacientes observamos una mejora en su experiencia al haber mejorado la información. Los indicadores de calidad y la continua gestión de incidencias objetiva mejora en la calidad asistencial optimizando la seguridad terapéutica.

IMPLEMENTACIÓN DEL DEBRIEFING CLÍNICO EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE SALA DE PARTOS

Hernández Aguado, Ana Sandra ⁽¹⁾ • *Berge, Raquel* ⁽²⁾ • *Figueras Retuerta, Francesc* ⁽³⁾ • *Lopez Rojano, Marta* ⁽²⁾ • *Izco, Mayte* ⁽²⁾ • *Crespo Mirasol, Esther* ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ *Hospital Clinico de Barcelona* • ⁽²⁾ *Hospital Clinic de Barcelona* • ⁽³⁾ *Hopital Clinic de Barcelona* • ⁽⁴⁾ *Universidad de Barcelona*

Identificador: 210

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el Área de Sala de Partos (SP) ocurren eventos adversos y situaciones emergentes que suponen oportunidades de aprendizaje. El Debriefing clínico (DC) puede ser una herramienta útil para realizar un análisis con el objetivo de mejorar o mantener el rendimiento futuro de los equipos. Sus ventajas son: se lleva a cabo en el propio entorno clínico, sobre un evento real y que puede llevarlo a cabo un miembro del equipo con un entrenamiento mínimo.

OBJETIVOS

Implementar el DC en el área asistencial de Sala de Partos de un Hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Dentro del programa de Simulación de Medicina Materno Fetal (MMF) de un hospital de tercer nivel de Barcelona, en una primera fase se realizaron sesiones formativas sobre DC interprofesionales (Especialistas de MMF, MIR Ginecología y Obstetricia, Especialistas Anestesiología, MIR Anestesiología, matronas y técnicas auxiliares de curas de Enfermería). Se realizó enseñanza específica de metodología tipo TALK y PLUS DELTA, basado en escenarios clínicos simulados. En una segunda fase se implementó de manera asistencial el DC. Se definieron como eventos críticos/adversos para realizar un DC: resultado de pH arteria umbilical <7.0, distocia de hombros, hemorragia obstétrica grave (HOG), eclampsia, ruptura uterina, lesiones perineales de III grado o cesárea emergente (bradicardia fetal, prolapso de cordón, desprendimiento precoz de placenta...) y se diseñó una hoja de recogida de datos. En una tercera fase se evaluó por parte del Núcleo de Seguridad y Calidad de MMF las propuestas de mejora sugeridas por los participantes durante el DC.

RESULTADOS

El Núcleo de Seguridad y Calidad del paciente de MMF es el responsable de analizar los eventos adversos que ocurren en SP con carácter retrospectivo mensualmente. Se reportan entre 35-65 eventos adversos al año en SP.

Desde su implementación en SP (9 meses), se han realizado un total de 21 DC. En todos los casos se utilizó la metodología PLUS DELTA. Los eventos adversos analizados fueron: cesárea emergente (n=6), pH arteria umbilical <7 (n=6), distocia de hombros (n=2), HOG (n=3), eclampsia (n=2), lesiones perineales de tercer grado (n=1) y reanimación neonatal (n=1). Se han propuesto un total de 24 acciones de mejora que aplican a personal, equipamiento, instalaciones y circuitos. Actualmente se está realizando un seguimiento de su implementación.

CONCLUSIONES

Existe evidencia de que en eventos críticos (reanimación neonatal, paro cardiaco) el DC ha conseguido mejorar los resultados de los equipos asistenciales. En otras áreas no existe tanta evidencia. Supone un reto poder integrar el DC en la práctica clínica diaria, mantener el impulso después de su implementación y también poder cuantificar el impacto de las mejoras logradas a través del DC en un área asistencial. Sin embargo, el hecho de que las propuestas de mejora hayan surgido de los profesionales implicados, ha tenido un impacto muy positivo en la organización, generando cohesión del equipo.





MEJORA DEL ACCESO Y FORMACIÓN AL PROCESO DE TEST VISCOELÁSTICOS. EXPERIENCIA DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA.

 Ruiz Ruiz, Ana María • Cherchi Pepe, Marina • Ots Ruiz, Elsa • García-Montesinos de la Peña, Inmaculada • García Martín, Ivan • González Ponte, María Luisa

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 212

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

los test viscoelásticos son dispositivos que permiten obtener resultados rápidos a pie de cama en pacientes con cirugía cardiovascular, trasplante hepático, hemorragia obstétrica y pacientes con enfermedad traumática grave.

A diferencia de los estudios de coagulación convencionales permite guiar la resucitación en 5 – 10 minutos repercutiendo en el ahorro de hemoderivados y programas de Patient Blood Management.

OBJETIVOS

mejorar el acceso a pruebas de POCT a todos los procesos que lo precisan en un hospital de tercer nivel, integrar los dispositivos disponibles en la historia clínica electrónica, organizar la formación del personal que maneja los dispositivos y protocolizar el uso y medir resultados/impacto en el programa de ahorro de sangre.

Metodología: desde la Comisión de Evaluación de Tecnologías del centro, se creó un grupo de trabajo incluyendo a profesionales sanitarios y no sanitarios con diseño del proceso de uso de los dispositivos. Sobre este proceso, se detectaron los puntos clave desarrollando las acciones de mejora.

RESULTADOS

se registraron 4 dispositivos hospitalarios, ninguno de ellos integrado en la HCE ni inventariado, con uso preferente en cirugía cardiovascular y trasplante hepático y sin medición del impacto en PBM.

Se protocolizó su uso para cuatro indicaciones (CCV, trasplante hepático, trauma grave y sangrado obstétrico), diseñando el circuito de traslado de las muestras, se elaboró un listado de personal (250 profesionales) realizando talleres de uso y formación en casos clínicos (80% de formados), se integraron los resultados en la HCE y se estableció el calendario de calibraciones y gestión de incidencias. Quedando en proceso, la medición de resultados y ahorro de sangre.

CONCLUSIONES

a través de grupos multidisciplinares de expertos en una tecnología se pueden detectar los puntos de error y desarrollar acciones de mejora. Estas mejoras han repercutido de forma directa en la gestión del proceso y también la comunicación de los profesionales.



PILOTAJE PARA LA FORMACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE FUTURAS GESTORAS Y GESTORES ENTRE ALUMNADO PREGRADO

 GORGOLAS ORTIZ, MAKEN • NAVERAN OLAETA, MIREN KARMELE • MALMIERCA GARCIA, ISABEL • IZQUIERDO MARTINEZ, RUTH • ZARRAGA LLONA, ZIORTZA • RODRIGUEZ NUÑEZ, ANA MARIA

 HOSPITAL DE BASURTO

Identificador: 213

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, venimos analizando con preocupación el relevo generacional de líderes en las Organizaciones Sanitarias. La formación de profesionales con capacidad de liderazgo y competencias en gestión, se plantea como un nuevo reto. Capacitar al alumnado en la adquisición de competencias en gestión desde el pregrado de enfermería, se torna como apuesta de futuro a corto plazo.

En el contexto de una organización sanitaria que presta asistencia a una población de algo más de 360.000 personas, las necesidades de gestoras con capacidad para llevar a cabo proyectos, coordinar recursos, equipos y garantizar cuidados de calidad en base a la última evidencia disponible, es una necesidad indelible.

Si bien existen experiencias similares en rotatorios a nivel de mesogestión, no hemos hallado rotatorios específicos de microgestión que incluyan el paso por la coordinación de Unidades de Atención Primaria (UAP), hospitalización y críticos. Favorecer la adquisición de competencias en la gestión de estos contextos, facilitará la cobertura de líderes que finalizan su etapa laboral. Por ende, ayudará al alumnado a tener una visión global y completar su formación en el Practicum.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo general: explorar la validez de un rotatorio en gestión en alumnado pregrado.

Objetivo específico: formar a futuras nuevas gestoras/es y líderes en cuidados que garanticen los mejores resultados en salud de las personas.

Tras el análisis del contexto, se realiza una matriz de priorización en base a criterios de efectividad, eficiencia, factibilidad y aceptabilidad. Se valora la inclusión y ponderación de los criterios con docencia enfermería y expertas gestoras. Finalmente se prioriza, pilotar un triple rotatorio en gestión del alumnado pregrado.

Se establece un cronograma que incluye el contacto con la Universidad, identificación de gestoras tutoras, rúbrica, selección de alumnado, planificación, evaluación competencial y se explora la percepción de las partes implicadas en el proceso mediante cuestionario ad hoc.

Durante el pilotaje la alumna de 4º curso desarrolló a lo largo de 21 días, actividades de gestión en una UAP cuya tutora ejercía de coordinadora de enfermería y a la vez de jefa de unidad. En áreas de críticos y hospitalización, el rotatorio con las supervisoras de cada una de éstas áreas facilitó su participación y colaboración en proyectos de seguridad, implantación de buenas prácticas, coordinación de equipos, formación y acuerdos de gestión, etc.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Si bien las responsables de enfermería verbalizaron la elevada carga que podría llegar a suponer para ellas, una vez concluido el rotatorio, se objetiva un elevado grado de satisfacción entre todas las participantes.

Se constata la pertinencia del rotatorio en la identificación de nuevas figuras gestoras que permite la traslación de la experiencia a otros contextos.



PLAN DE MENTORIZACIÓN A NUEVAS GESTORAS. CREANDO REDES

 GORGOLAS ORTIZ, MAKEN • MALMIERCA GARCIA, ISABEL • FERNANDEZ VILLATE, AMAIUR • ESCOLANO PICADO, NIEVES • CUBEIRO LOPEZ, BEATRIZ • MORENO MARTIN, MONICA

 HOSPITAL DE BASURTO

Identificador: 214

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de nuevas líderes en las Organizaciones sanitarias para el desempeño de puestos de gestión, es sin duda una tarea compleja.

El conocimiento tácito adquirido de forma intuitiva, fruto de la experiencia de la futura gestora, sirve de base en el camino hacia la adquisición de habilidades propias de los perfiles gestores, pero, en cualquier caso, resulta del todo insuficiente.

Son varios los autores que destacan la importancia de emplear una metodología de acompañamiento en la formación de líderes gestoras. Proporcionar un espacio de apoyo entre pares ayuda a adquirir y consolidar el marco competencial necesario para el desempeño de sus funciones y establece redes.

En el contexto de una organización sanitaria pública, que afronta un relevo generacional importante a corto plazo, la formación y consolidación de nuevas figuras gestoras cobra especial relevancia.

Objetivo general: consolidar un plan de acompañamiento a nuevas gestoras que facilite su incorporación al puesto.

Objetivo específico: facilitar la adquisición de habilidades de gestión y establecer una red de apoyo entre pares.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se realiza un análisis del contexto valorando debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. Se elabora una matriz de priorización con posibles acciones de mejora y finalmente se establecen como acciones prioritarias la realización de un plan de acompañamiento a nuevas gestoras y la creación de una red de contactos entre éstas.

Del 15 de febrero al 15 de marzo de 2024 se realiza un pilotaje en tres unidades, una médica, una quirúrgica y un área de críticos. A través del plan de acompañamiento, una enfermera gestora con larga experiencia, mentoriza a la futura líder. Este acompañamiento se prolonga durante toda la jornada por un periodo de tres semanas. Pasado éste tiempo, se mantiene el contacto telefónico y una visita diaria durante una semana más. La persona mentorizada y la que acompaña se reúnen una vez por semana en un espacio de descanso con el resto de líderes de unidades adyacentes, creando así una red de gestoras.

Se explora la percepción de las participantes con un cuestionario de satisfacción ad hoc, compuesto por 4 preguntas con escala tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tanto en las gestoras con elevada experiencia como en las nuevas líderes, los resultados fueron muy positivos, con categorías de muy satisfecho o totalmente satisfecho. Por su aplicabilidad, la extensión del plan a otras unidades y organizaciones se muestra factible.

NIRSEVIMAB: INVESTIGACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, SEGURIDAD Y EFICACIA.

 *Baronet Jordana, Gemma • Collado Cabezas, Rosa María*

 *Hospital Universitario General de Catalunya*

Identificador: 215

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El virus respiratorio sincitial (VRS) principal causa de infecciones en vías respiratorias inferiores, bronquiolitis y neumonías en menores de 2 años. Puede comportar complicaciones que requieren hospitalización y en algunos casos ingresos en UCI. La infección por VRS afecta mayoritariamente a lactantes sanos sin patología previa durante el primer año. **OBJETIVO** Demostrar la eficacia y seguridad de nirsevimab, anticuerpo monoclonal, para la prevención de la infección por VRS de los recién nacidos durante el período de patrón estacional de octubre a febrero

METODOLOGÍA

Fase 1: Investigación. El Servicio de Pediatría/Neonatología de nuestro centro hospitalario participó en dos ensayos clínicos durante 2019-2021. Estudios: MEDLEY y MELODY. Fase II/III y Fase III, para evaluar eficacia, seguridad, y tolerabilidad del fármaco de estudio, frente a placebo, en población bebés sanos prematuros y tardíos que inician su primera temporada del VRS, y los mismos niños de edad <24 meses en segunda temporada. Se incluyeron 22-42 pacientes.

Fase 2: octubre 2022. EMAnirsevimab. Indicación: prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el Virus en neonatos y lactantes durante su primera temporada del VRS.

Fase 3: octubre 2023. El Departamento de Salud programa una campaña para la inmunización del VRS a recién nacidos en los centros hospitalarios entre octubre de 2023 a marzo 2024. Administración 1 dosis nirsevimab 50mg 0,5ml via im. El Servicio de Farmacia forma parte de un equipo multidisciplinar con el Servicio de Pediatría, equipo de enfermería pediátrica y personal de admisiones. Se elabora un circuito para gestionar este procedimiento. Los recién nacidos ingresados se les administra una dosis de nirsevimab antes del alta. El personal de enfermería entrega a los padres el consentimiento informado para poder introducir los datos en el sistema REVAP (registro de vacunas en centros privados), y el tríptico informativo sobre nirsevimab. El pediatra prescribe el fármaco. El SF prepara diariamente las dosis, importante la trazabilidad del fármaco: fármaco termolábil (2-8°C) estable 8 horas fuera nevera. La administración se debe anotar en el Carnet de Salud y junto con el consentimiento firmado registrarlo en el REVAP.


RESULTADOS

Entre octubre 2023-marzo 2024, hubieron 788 nacimientos. Se administró el fármaco a 741 (94%), y 47 (6%) por decisión paterna no se administró. El 0,4% de los RN que no se administró nirsevimab ingresaron en neonatología con bronquiolitis el 5,6% no inmunizados acudieron a su centro de salud a posterior para solicitar la inmunización. Respecto a la temporada anterior (2022-2023) disminuyeron los ingresos por bronquiolitis 89,11%.

CONCLUSIONES

Se demuestra la eficacia del fármaco en la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por (VRS) La cultura de investigación en nuestro hospital nos estimula en el desarrollo de nuevos fármacos. buena coordinación del equipo multidisciplinar.

CONSOLIDANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES MEDIANTE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL

 CERDEÑO ARCONADA, JOSE DAVID • Fernández Valcarce, Pablo • JIMÉNEZ GÓMEZ, CAMEN • Rodríguez Morales, David • GARCÍA CUBERO, MARIA CARMEN • LIAÑO RIERA, MIRYAM

 CONSEJERIA DE SANIDAD DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Identificador: 216

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La eConsulta (eC) es una herramienta de innovación tecnológica que posibilita la comunicación clínica normalizada entre profesionales asistenciales, facilitando la coordinación e integración de la atención que reciben los pacientes, evitando desplazamientos innecesarios y garantizando la trasmisión y trazabilidad de su información.

OBJETIVOS

- Posibilitar a los profesionales asistenciales el acceso a la eC y a su información clínica.
- Implantar la eC en todos los hospitales y centros públicos.
- Mejorar el plazo de respuesta: 95% eC contestadas en <72 h
- Promedio de respuesta: <1,5 días.
- Conocer la idoneidad de las eC enviadas según motivo de cierre de las eC.
- Implementar funcionalidades que aporten valor.
- Ampliar la posibilidad de solicitud y respuesta de las eC intra o interámbitos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseñada, implantada y definidas las fases de implantación se han desarrollado nuevas actuaciones:

- Fomentar el conocimiento y uso de la eC por los profesionales.
- Extensión a hospitales y centros asistenciales que no disponen de ella.
- Diseño y creación de nuevos servicios y prestaciones que den respuesta a los profesionales: Generales: dirigidas a un perfil profesional (generales). Monográficas: dirigidas a un proceso asistencial.
- Solicitud de nuevas funcionalidades de eC que agilizan y aportan valor a la atención recibida por el paciente como: Adjuntar formularios consensuados, nuevos tipos de pruebas (videos, recomendaciones, informes...), uso de dispositivos móviles mediante QR para adjuntar información, acceso directo a información del paciente de otras herramientas corporativas.
- Inclusión de la solicitud y respuesta de la eC entre Hospitales.
- Cuadro de mando para seguimiento y evaluación continua del uso y de las funcionalidades de la eC, que permita identificar áreas de mejora y puesta en marcha de medidas correctoras si se precisa.

RESULTADOS

Actualmente:

- 30 hospitales y 461 centros asistenciales tienen activa la eC centralizada.
- >672.000 eC solicitadas desde su inicio (finales 2018).
- Existe 54 prestaciones sobre un total de 44 servicios según oferta hospitalaria.
- El >92,36% de las eC se resuelven en las primeras 72h.
- Promedio de respuesta: 1,52 días.

Según el tipo de seguimiento por parte del profesional hospitalario que responde la eC:

- 39,6% seguimiento por Atención Primaria.
- 35,3% seguimiento compartido AP-AH.
- 19,5 % seguimiento Atención Hospitalaria.
- 3,6% no procedentes.
- 2% información insuficiente.

Tras implementar el QR se ha producido un incremento de pruebas adjuntas en las solicitudes, sobre todo las dirigidas a los servicios de dermatología y cardiología. 4 hospitales de media estancia ya pueden realizar eC a hospitales convencionales.

CONCLUSIONES

Podemos confirmar tras de 6 años de uso, la eC es una herramienta da respuesta a gran parte de las necesidades de comunicación entre los profesionales asistenciales, con máxima seguridad, evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes y consiguiendo una resolución ágil a las consultas planteadas.



CHECKLIST DE ENFERMERIA EN EL ENTORNO DE UNA MUTUA LABORAL: HERRAMIENTA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION AMBULATORIA

 Mas Mañez, Ana • Rodríguez Domingo, Andrés • Torrejón Rodríguez, María Luisa • Carré Macià, Josep • Bou Márquez, Juan Manuel • Moya Alcocer, Diego

 MC Mutual

Identificador: 218

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

MC Mutual, mutua colaboradora con la Seguridad Social, con 86 centros de atención ambulatoria repartidos por España, atiende cerca de 120.000 pacientes que han sufrido un accidente laboral. Desde enfermería se ha puesto en marcha una revisión a través de un checklist de verificación con una doble finalidad: detectar incidencias para mejorar los procesos y disminuir la variabilidad de la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Evaluar el resultado de la utilización del Checklist de Enfermería en una muestra de 29 centros de atención ambulatoria en los años 2023 y 2024.

METODOLOGÍA

La responsable de enfermería ambulatoria acude anualmente de forma presencial a los 29 centros que conforman la red asistencial ambulatoria de Cataluña. En la visita se realiza una revisión de los procesos asistenciales de enfermería y se establecen medidas correctoras locales y globales. Para ello se diseña un listado de verificación que audita las tareas clave de los procesos de: radiología, farmacia, esterilización, residuos, historias clínicas (HC), carro de emergencias, identificación del personal sanitario, HC electrónica y riesgos UNE 179003.

RESULTADOS

Se identifica una media de 85 incidencias anuales (86 en 2023 y 90 en 2024) en los 29 centros, un promedio de menos de 3 incidencias por centro. Los procesos que acumulan mayores incidencias son los de farmacia (30-60%), radiología (15-20%), gestión de residuos (5-15%) e identificación del personal sanitario (4%).

Las incidencias de residuos y aplicativo informático se han incrementado en 2024 por diferente naturaleza. Se observa una disminución significativa respecto al 2023 en el proceso de esterilización.

La mayoría de las incidencias están relacionadas con el incumplimiento de los procedimientos, o, en el caso de residuos, con un cambio de normativa autonómica. No se han identificado incidencias en los procesos de carro de emergencias, HC y riesgos UNE 179003.

El índice de resolución de incidencias se sitúa sobre el 50% en 2023. En 2024 el 52% son del año anterior no resueltas, en las que se lleva a cabo un acompañamiento con el centro. El 48% restante son nuevas detectadas.

En todos los procesos se han establecido medidas correctoras basadas en la revisión de procedimientos con los profesionales de enfermería implicados.

CONCLUSIONES

La variabilidad de la práctica siempre es de difícil manejo. Sistematizar una revisión en forma de auditoría permite detectar ajustes locales y globales que requieren los sistemas sanitarios. En los centros ambulatorios de MC Mutual, el Checklist de Enfermería, de fácil manejo, permite identificar áreas de mejora, y es de gran utilidad para la organización. Esta revisión identifica actuaciones que se consolidan, como el proceso de esterilización o la revisión del carro de paros, y actuaciones que muestran mayor variabilidad, como radiología, farmacia e identificación de profesionales sanitarios. Se debe seguir insistiendo por lo tanto en mejorar estos procesos.



NUEVA ESTRATEGIA DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN UN ENTORNO HOSPITALARIO.

 FERNANDEZ RODRIGUEZ, PALOMA

 HOSPITAL BEATA MARIA ANA - HERMANAS HOSPITALARIAS

Identificador: 219

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Dado el reto de adaptarse a un entorno más tecnológico e innovador este estudio evaluó la gestión actual del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) de un hospital y su alineación con los estándares de otros hospitales españoles, con el fin de establecer una nueva estrategia que mejorase la calidad y competitividad del servicio.

OBJETIVOS

Dentro del replanteamiento del modelo de gestión, se consideró urgente analizar el SADC, primer contacto con el paciente y responsable de funciones clave para el buen funcionamiento del centro. El objetivo de este trabajo fue trazar un plan estratégico para este servicio, a partir de investigar acerca de la organización actual de los Servicios de Admisión de los hospitales españoles en general y, en particular, del hospital en el que se centró el proyecto.

Metodología: Para llevar a cabo la investigación, se realizó una revisión sistemática de bibliografía y trabajo de campo con toma de datos y observación de hechos.

RESULTADOS

Se realizó una comparativa de la situación del hospital con respecto a los estándares del mercado. Los resultados se dividieron en:

Organización:

La dependencia directa de Dirección Gerencia es la más habitual. Debido a la transversalidad y la estrategia de sus funciones, se trata de lo más adecuado para garantizar la autonomía y el liderazgo que conllevan sus cometidos.

No hay referencias estándares de dotación mínima de profesionales en función de actividad o número de camas; es una decisión propia de las necesidades de cada centro.

No hay referencias estándares de categorías laborales que tengan que conformar el SADC, sin embargo, cabe destacar que en los centros públicos y en algunos hospitales privados de mayor envergadura, el SADC está formado por profesionales asistenciales, médicos y enfermeros.

Funciones:

Gran parte de las funciones establecidas en el estándar son compartidas.

El conocimiento transversal de la organización de los profesionales que conforman el SADC en algunas ocasiones es limitado.

Nunca ha habido un liderazgo del área en sus funciones.

Principios:

Los principios más presentes son: Compromiso con el paciente, Responsabilidad, Transparencia y en los que hay que trabajar son: Autonomía y Actualización de procesos.

Se trazó un cronograma con las **Líneas Estratégicas** y proyectos:

- DEFINIR LA CARTERA DE SERVICIOS Y RESPONSABILIDADES DEL SADC: VISIÓN DEL SADC.
- LOGRAR UNA ADMISIÓN UNIFICADA Y CON CONTROL CENTRALIZADO.
- ADECUAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN A LAS NECESIDADES DE LOS GRUPOS DE INTERÉS, DEL SADC Y DEL HOSPITAL.
- PROFESIONALES DEL SADC COMPROMETIDOS Y CON AUTONOMÍA DE GESTIÓN.

CONCLUSIONES

Adequar la cartera de servicios a las funciones que son responsabilidad del área, reorganizar los puestos organizativos para dar cobertura a las funciones e invertir en sistemas de información acordes a los procesos y a las necesidades de los grupos de interés, son las líneas estratégicas que el hospital debía abordar.



DESARROLLANDO LA ESTRATEGIA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA EN EL SECTOR SALUD.

 FERNANDEZ RODRIGUEZ, PALOMA

 HOSPITAL BEATA MARIA ANA - HERMANAS HOSPITALARIAS

Identificador: 220

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El proyecto surge de la necesidad de integrar la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de manera ordenada y consciente en la estrategia del hospital. Aunque el hospital ha mantenido una vocación social desde su fundación hace más de 140 años, reconoce la importancia de adaptarse a las nuevas circunstancias y de innovar en materia de RSC, especialmente al revisar su Plan Estratégico en 2024. Esta iniciativa busca no solo responder a las expectativas de los grupos de interés (GI), sino también contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que sirven como marco de referencia.

OBJETIVOS

El proyecto tiene como objetivos específicos:

- Identificar los Aspectos Relevantes de RSC en el hospital, basándose en los ODS.
- Establecer las Líneas Estratégicas en función de los Aspectos Relevantes priorizados e integrarlas en el Plan Estratégico del hospital.

METODOLOGÍA

El proyecto se divide en dos fases:

- **Diagnóstico de la situación inicial:** Incluye la revisión de literatura, reuniones de consenso y trabajo de campo mediante encuestas a los GI.
- Identificación de Líneas Estratégicas y Alineación con el Plan Estratégico: Implica reuniones del Consejo de Dirección y del área de Calidad para analizar los resultados del diagnóstico y tomar decisiones sobre la integración de nuevas líneas estratégicas.

RESULTADOS

El diagnóstico incluye un Análisis de Materialidad que prioriza los Asuntos Relevantes, la identificación de los GI y consulta a través de cuestionarios. Se ha recopilado información sobre las acciones actuales en RSC y se ha realizado un análisis externo de buenas prácticas.

La fase de identificación de Líneas Estratégicas se basa en estos resultados para la definición del Plan de RSC.

CONCLUSIONES

El proyecto permite al hospital adoptar una aproximación sistemática y consciente hacia la RSC, integrándola en su estrategia organizativa. La participación de los GI y el enfoque en los ODS garantizan que las acciones sean pertinentes y efectivas en la mejora del bienestar social, ambiental y económico, reafirmando el compromiso del hospital con la sostenibilidad y el desarrollo humano.



OPTIMIZACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

 FERNANDEZ RODRIGUEZ, PALOMA

 HOSPITAL BEATA MARIA ANA - HERMANAS HOSPITALARIAS

Identificador: 221

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El proyecto “Mapa de Camas” responde a la necesidad de optimizar la gestión hospitalaria relativa a la gestión de camas, en términos de ocupación y toma de decisiones.

OBJETIVOS

Desarrollar un sitio web que permita la visualización rápida y efectiva del estado actual de ocupación del hospital y otros indicadores clave de rendimiento (KPIs) esenciales para la gestión hospitalaria.

METODOLOGÍA

El proyecto se desarrollará en varias fases:

- **Establecimiento de necesidades iniciales:** Creación de una página web que se actualiza en tiempo real mostrando información general y específica sobre la ocupación de las camas, diferencias respecto al plan de gestión anual, y detalles por unidad de enfermería.
- **Reuniones iniciales:** Encuentros con proveedores y departamentos de admisión y sistemas para alinear requerimientos y capacidades técnicas.
- **Desarrollo técnico:** Contratación del partner tecnológico que desarrollase la web accesible con integración del Sistema de Información Asistencial del hospital.
- **Implantación.**

RESULTADOS

Como resultados clave a destacar:

Acceso en tiempo real a los datos de ocupación por parte de la dirección, incluyendo la información de:

- % Ocupación del hospital (camas funcionantes e instaladas).
- % Ocupación por servicio.
- % Ocupación por aseguradora / financiador.
- % Ocupación por unidad asistencial.
- Carga asistencial por médico.

El servicio de admisión ha mejorado en la toma de decisiones:

- Optimización de la ocupación.
- Información de Ocupación real con la estructura física de la planta.
- Información de las altas previstas en el día.
- Posibilidad de ofertar camas disponibles de determinados servicios a las compañías aseguradoras y otros financiadores, adaptándonos a sus necesidades.

Con la implantación de la herramienta, y otros cambios del servicio, se ha conseguido agilizar la toma de decisiones al haberse incrementado la información disponible por parte de la dirección. Asimismo se ha optimizado la accesibilidad a nuestro centro, mejorando los niveles de ocupación y agilidad en la gestión de las camas.

CONCLUSIONES

El proyecto Mapa de Camas representa una solución tecnológica eficaz para potenciar la gestión de los recursos hospitalarios, ofreciendo un acceso instantáneo y visual a datos críticos sobre la ocupación de camas. La implementación de esta herramienta ha resaltado la relevancia de contar con sistemas ágiles y personalizados que se ajusten a las necesidades específicas del centro, facilitando así la toma de decisiones informadas y eficientes.





TELEMEDICINA PARA CONSULTAS AMBULATORIAS DE ENFERMERÍA DE UNA MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL

 *Rodríguez Domingo, Andrés • Rodríguez Bago, Mónica • Molina Vega, Emilio • Farrús Esteban, Xavier • Torres Magán, Marta • Moya Alcocer, Diego*

 MC Mutual

Identificador: 222

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La telemedicina se ha ido consolidando en la mayoría de especialidades médicas. En Enfermería existen experiencias prometedoras en el ámbito de atención primaria y especializada. La implantación de elementos disruptores como la telemedicina, precisan la participación de sus actores principales, los profesionales y pacientes. En MC Mutual se ha consolidado el uso de la consulta médica telemática facilitando el acceso de los pacientes a diferentes niveles asistenciales. El siguiente avance en el proyecto desarrollado por el Servicio de Enfermería Ambulatoria de la mutua es impulsar este tipo de visitas entre profesionales de Enfermería en centros asistenciales y clínicas.

OBJETIVOS

Describir la percepción de los profesionales de Enfermería ambulatoria sobre el desarrollo de consultas enfermeras de forma telemática.

METODOLOGÍA

Se recoge información mediante un cuestionario. El cuestionario define 25 preguntas con valoración mediante escala Likert midiendo el grado de máximo acuerdo (4 pts.) o máximo desacuerdo (1 pts.) sobre aspectos de implementación e impacto de la telemedicina en la atención sanitaria, los resultados se agregarán en 3 aspectos: usabilidad, utilidad y beneficios. También incluye tres preguntas abiertas que exploran los beneficios y barreras en el uso y, sugerencias de mejora asociadas, sus respuestas se estratificaron en categorías para su cuantificación. Se selecciona una muestra de 19 enfermeras de los 90 centros ambulatorios de MC Mutual repartidos por todo el territorio nacional.

RESULTADOS

La tasa de respuesta ha sido del 100%. El 73% de los encuestados valoran positivamente el uso de telemedicina en el ámbito de enfermería. Calculado el valor medio, el aspecto mejor valorado fue la utilidad (3.0), dentro de este ámbito destacan positivamente el uso en consultas especializadas (3.4), en cambio el peor considerado fue la opinión de pacientes percibida por los profesionales (2.3). En cuanto a beneficios (2.9) resalta el ahorro de costes (3.8) en contraposición de la mejora en resultados (2.6). Por último, en usabilidad (2.9), la tecnología desplegada obtiene buena puntuación (3.2) y se valora de forma más discreta el grado de conocimiento de utilización en la entidad (2.6). Analizadas las preguntas abiertas se considera beneficiosa la mejora en la equidad y accesibilidad a profesionales especializados (35.7%) y la eficiencia de la atención (30.9%). Las barreras concentran las incidencias tecnológicas (36%) y cuestiones organizativas (36%).

CONCLUSIONES

Se valora positivamente la utilidad de la telemedicina, evidenciando la percepción de beneficios como la eficiencia y la usabilidad de la herramienta. Se muestran desafíos en aspectos culturales por resistencia al cambio o adquisición de nuevas habilidades, y organizativos, como la eficiencia tecnológica o los recursos estructurales, importantes a tener en cuenta para consolidar avances en esta dirección.





PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL COMARCAL AISLADO

 *Recha Sancho, Rebeca • Noblia Gigena, Laura • Gil Máñez, Esperanza • Arenas Prat, Maria*

 *Hospital Comarcal Móra d'Ebre*

Identificador: 223

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La infección de localización quirúrgica (ILQ) es la infección relacionada con la asistencia sanitaria más prevalente en Europa (19,6%) y en España (21,6%).

Está demostrado que tiene un impacto sanitario muy elevado, aumentando la morbimortalidad, prolongando la estancia hospitalaria, la probabilidad de reingresos e incrementando el consumo de antibióticos.

Cerca del 50% de las ILQ son evitables, por lo que su prevención es una prioridad.

La profilaxis antimicrobiana de la infección de localización quirúrgica (PAILQ) es una de las medidas principales recomendada, dirigidas al control de la infección. Debe, además, minimizar el impacto sobre la microbiota del paciente (evitar infecciones por microorganismos emergentes como *Clostridioides difficile*) y reducir el riesgo de selección de cepas resistentes a antimicrobianos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Consensuar y actualizar el protocolo PAILQ entre los servicios quirúrgicos.

Facilitar la prescripción y la dispensación mediante kits de antimicrobianos individualizados, indicados según el tipo de cirugía. Desde la Comisión de Infecciones (CI), se alcanzó un consenso con todos los servicios quirúrgicos en la profilaxis para las intervenciones con indicación de profilaxis quirúrgica. Aprobado por unanimidad en la CI y por la Dirección. Se realizó difusión en la Intranet y en formato tabular disponible en el quirófano.

Se clasificaron las intervenciones quirúrgicas de cada servicio y se protocolizó la PAILQ según las guías de práctica clínica, la epidemiología y los patrones de resistencia antimicrobiana del hospital.

Se elaboró una tabla con las intervenciones quirúrgicas de los diferentes servicios del hospital y los antimicrobianos recomendados. Se estableció una alternativa para los pacientes alérgicos a los betalactámicos.

Para cada kit de antimicrobianos se realizó un protocolo de prescripción electrónica asistida con el/los antibiótico/s, dosis, vía, así como los consejos de administración para enfermería, simplificando la tarea de los facultativos y evitando descuidos involuntarios.

RESULTADOS

Las actualizaciones de las recomendaciones de PAILQ en los diferentes procedimientos quirúrgicos, y la utilización de kit de profilaxis antibiótica, disminuyó la variabilidad interindividual en la prescripción y los errores de administración de antibióticos dado que cada paciente dispone de su kit individual, permitiendo sistematizar el proceso de prescripción de la profilaxis quirúrgica.

CONCLUSIONES

Disponer de un protocolo consensuado de PAILQ permitió disminuir la variabilidad entre profesionales al indicar la profilaxis.

La utilización de kit identificado por tipo de cirugía, contemplando la alergia a betalactámicos, y proporcionando recomendaciones de uso, minimiza la posibilidad de errores al prescribir y administrar la profilaxis antimicrobiana.

Medidas sencillas como la que implementamos en la PAILQ, aplicables fácilmente en hospitales comarcales aislados, favorecen las prácticas seguras.



OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS DE CONSULTA A PARTIR DE UNA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN SU COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

 Pereda Mas, Arturo ⁽¹⁾ • Navarro Egea, Ana Patificia ⁽²⁾ • Beteta Fernández, Dolores ⁽³⁾ • Solé Agustí, María Cristina ⁽⁴⁾ • Meca Lallana, José Eustasio ⁽³⁾ • Iniesta, Javier ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca • ⁽²⁾ H.C.U Virgen de la Arrixaca • ⁽³⁾ H.C.U. Virgen de la Arrixaca • ⁽⁴⁾ Área I Murcia Oeste • ⁽⁵⁾ Alcázar

Identificador: 224

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad de Esclerosis Múltiple (EM), Centro de referencia regional, se inició un proyecto de mejora de la gestión aplicando metodología Lean con el objetivo de mejorar el circuito asistencial y la experiencia del paciente

Un equipo pluridisciplinar ha analizado, desde noviembre de 2022, todo el proceso que sigue un paciente con EM en el hospital, desde el diagnóstico hasta que está estabilizado en el circuito de tratamiento y seguimiento. De este análisis salen oportunidades de mejora que se trabajan en diferentes sesiones.

OBJETIVOS

Obtener una clasificación objetiva de la complejidad de los pacientes de la unidad de Esclerosis Múltiple
Gestionar de forma eficiente la citación en las agendas de seguimiento.

METODOLOGÍA

En una de las reuniones mensuales se detecta la necesidad de equilibrar los días de consulta para intentar evitar que haya un número elevado de pacientes con mayor complejidad en una misma jornada de trabajo. Se proponen dos acciones en paralelo:

- Implantar una clasificación de pacientes en base a la complejidad de su situación clínica.
- Instaurar un sistema ágil de consulta para conocer la organización de la agenda de un día concreto en función de la complejidad de los pacientes citados.

Se implanta un registro en la historia clínica electrónica (HCE) de nivel de complejidad de los pacientes basado en 4 niveles, asignando un color a cada uno de ellos: Complejidad A: Verde, Complejidad B: Amarillo, Complejidad C: Rojo, Complejidad D: Naranja, quedando los 'No clasificados' en color negro, para poder identificar cuales no han sido clasificados todavía.

RESULTADOS

El informe en forma de calendario, accesible desde la HCE, es habilitado para las citas a partir de 1-2-2024. Se pueden ver los quince meses siguientes a partir de la fecha. Cada imagen representa un mes completo y el número de pacientes y su nivel de complejidad citados cada día.

Comparamos todos los pacientes citados con registros en los formularios normalizados en la HCE antes de la implantación de los cambios (P1: 3 mayo 2023 - 31 enero 2024) y después (P2: 1 febrero 2024 -29 mayo 2024).

P1: 548 pacientes en 120 días de consulta, media de 4.56 pacientes/día

P2:389 pacientes citados en 53 días de consulta, media de 7.33 pacientes/día

CONCLUSIONES

Tras la implantación de los cambios un 62% más de pacientes presentan registros en los formularios normalizados en su HCE.

Se ha conseguido un reparto diario homogéneo de los pacientes en las consultas de seguimiento de EM.

La estratificación de pacientes y la mejora de la calidad de los datos registrados, al generarse a través de formularios normalizados, permite la posibilidad de extraer la información y cruzarla con otras variables recogidas en la historia clínica electrónica.

Hay un camino abierto en la estratificación de pacientes avanzando hacia una clasificación automatizada mediante un algoritmo de la Historia Clínica Electrónica.

IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA EN LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTOJUVENIL MENTAL

 BARONET JORDANA, GEMMA • SANMARTIN SUÑER, MONICA • GOMEZ LIZANDRA, CESAR

 HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE CATALUNYA

Identificador: 225

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población infantil contribuye en nuestro centro a la creación de una Unidad Integral de Salud Mental Infantojuvenil, que dispone de consultas externas, hospital de día, urgencias 24 horas y hospitalización.

OBJETIVO

El objetivo describir la implicación del Servicio de Farmacia en la creación y puesta en marcha de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en la infancia y adolescencia.

METODOLOGÍA

El SF forma parte de un equipo multidisciplinar junto con el servicio de pediatría y supervisión de enfermería, liderado por el jefe de psiquiatría. Para el desarrollo de la actividad asistencial que permita el ingreso en una unidad de hospitalización: Se definen las principales patologías y diagnósticos que requieren el ingreso hospitalario. Incorporación nuevos medicamentos que no están en la GFT y nuevas presentaciones con dosis distintas a las disponibles en el centro. Se pacta el stock de medicación que debe disponer la unidad según las patologías a tratar. La medicación se ubica en armarios bajo llave. Los fármacos están colocados en cajetines etiquetados y ordenados alfabéticamente indicando nombre y dosis. Se identifican los fármacos de riesgo con etiqueta. Los fármacos termolábiles se conservan en nevera. El personal de farmacia se encarga periódicamente de la reposición, revisión de stock y control de caducidades. La responsabilidad y organización del stock recae en el SF. Se dispensa la medicación a los pacientes ingresados en sistema de dosis unitaria. Se elaboran plantillas de tratamiento para evitar errores en la prescripción médica informática de los fármacos. El circuito de la medicación es igual en todo el hospital. El médico prescribe la medicación electrónicamente, el farmacéutico valida los fármacos y el técnico de farmacia dispensa mediante sistema unidosi.

RESULTADOS

La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantojuvenil se inaugura 2022 con 16 camas, dispone de sistema de vigilancia con cámara. Las patologías más habituales son: ansiedad, depresión, trastorno conducta alimentaria, intento autolisis, bullying. Se han incorporado nuevos fármacos: diazepam 2mg/ml, hidroxicina 10mg/5ml, lamotrigina 25mg, melatonina 2mg, sertralina 20mg/ml, aripiprazol 1mg/ml. En 6 meses han ingresado 45 pacientes (71% sexo femenino, 29% masculino). Edad media 15 años (10-18). Estancia media de hospitalización: 13 días (1-46). Ha habido 3 reingresos. Detectado 1 error en la conciliación de medicación. Los pacientes dados de alta hospitalaria reciben seguimiento en la Unidad Integral de Salud Mental, en hospital de día, oCEXT.

CONCLUSIONES

La implicación del SF ha sido fundamental en la puesta en marcha de esta unidad. Ha habido una buena coordinación del equipo multidisciplinar. Mejorar el circuito de la prescripción médica al ingreso y aumentar la presencia del farmacéutico. El control de la medicación ha contribuido a la mejora en la seguridad del paciente ingresado.



IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE NOTIFICACIÓN EN NUEVAS UNIDADES. ALCANCE FORMATIVO.

 Villa-Pizarro, Rocio • Alcalde Martin, Montserrat • Arrieta Cerdan, Esther Maria • Montero Alonso, M Soledad • De Miguel García, Noelia • Mate Enriquez, Tomas

 Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Identificador: 226

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Trabajar con herramientas de seguridad del paciente como un sistema de notificación de incidentes requiere un cambio en la cultura de seguridad. La formación es imprescindible para que los actores de la transformación se puedan involucrar y así facilitar el cambio necesario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desarrollar una formación efectiva y de máximo alcance en las nuevas unidades que van a trabajar con un sistema de notificación de incidentes. La formación planteada va destinada a los gestores del sistema de notificación, es teórico-práctica e incluye contenidos generales sobre la seguridad del paciente y el manejo del sistema de notificación. Los gestores, a su vez, realizarán formación en seguridad del paciente en sus centros a sus propios compañeros. Se utilizan las siguientes herramientas de evaluación para valorar:

- Satisfacción: cuestionario.
- Adquisición de competencias: test pre-curso • test post-curso • prueba final.
- Transferencia: sesión en lugar de trabajo para implantación del proyecto.
- Impacto: número de notificaciones de incidentes y mejoras en los seis meses siguientes a la formación.

RESULTADOS

Se consideró que los participantes habían completado el curso cuando hubieran visualizado el contenido teórico-práctico e impartido al menos una sesión formativa. Se realizaron dos ediciones del curso en el segundo semestre de 2023, y entre las dos se formaron 380 participantes. Asimismo, a través de sus sesiones el alcance de formación llegó a 6.099 trabajadores (aproximadamente 45% enfermeros, 25% médicos, 30% otros profesionales).

Aunque los conocimientos pretest eran buenos (media de aciertos del 89,8%), tras la visualización de contenidos el número de aciertos aumentó de media en un 7,4%.

La prueba final obtuvo un promedio un 87,4% de aciertos.

En cuanto a la satisfacción con esta formación, los participantes valoraron las distintas dimensiones del curso con un 9,4 de media y una mediana de 10. También los docentes recibieron evaluaciones muy positivas (media de 9,7). A nivel cualitativo, los alumnos apreciaron especialmente la claridad del curso, su contenido y lo explicativo del mismo, así como su transversalidad.

CONCLUSIONES

Conocer aspectos esenciales de la seguridad del paciente y el funcionamiento del sistema de notificación por parte de los posibles notificantes es un aspecto esencial para eliminar barreras a la notificación y generar confianza, así como para interiorizarlo como una buena herramienta de mejora. La evaluación de transferencia planteada ha supuesto un acierto al lograr un importante alcance en la difusión del proyecto a los diferentes profesionales que comienzan a trabajar con el sistema de notificación.

ASOCIACIÓN DE LA INCIDENCIA DE DELIRIO INTRAHOSPITALARIO CON LA MORTALIDAD EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

 López Muley, Carlos • Comas Serrano, Mercè • Domingo Torrell, Laia • Robles Raya, Maria José • Castells Oliveres, Xavier • Sala Serra, Maria

 Hospital del Mar Barcelona

Identificador: 227

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El delirio es un síndrome neuropsiquiátrico severo, infradiagnosticado, que puede empeorar el curso de un proceso agudo y que podría prevenirse en un alto porcentaje.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue estimar la incidencia de delirio intrahospitalario y su asociación con mortalidad.

Se realizó un estudio transversal de las altas de pacientes mayores de 64 años de un hospital universitario de Barcelona, con una población de referencia de 325.000 personas, en el período 2021-2023. Los datos se obtuvieron del Conjunto Mínimo de Datos de Altas Hospitalarias, del registro de contención mecánica y del registro de administración de fármacos, incluidos en la Historia Clínica Electrónica del centro.

Por sí misma, el delirio es una entidad infraregistrada por lo que, para este estudio, se definió incidencia de delirio a través de la combinación de diferentes evidencias hospitalarias durante el ingreso: al menos uno de los criterios diagnóstico de delirium no presente al ingreso (códigos ICD-10-ES R41.0, F05, F06.8 i F09), contención mecánica por estado confusional o administración de un fármaco neuroléptico (risperidona, haloperidol, aripiprazol, quetiapina, olanzapina) tras las primeras 24h de ingreso.

Se analizó la mortalidad intrahospitalaria y se ajustó un modelo de regresión logístico incluyendo la variable delirio y el resto de variables de ajuste (género, edad, circunstancia de admisión, tipo de procedimiento, demencia, COVID-19 e índice de Charlson). Se excluyeron del modelo los pacientes críticos. Se exploraron las interacciones entre delirio y el resto de variables explicativas. Los resultados se muestran en Odds Ratios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 26.579 altas. La mortalidad intrahospitalaria total fue del 5,6%, siendo de 14,5% en los pacientes con delirio (incidencia de delirio del 15,5%). El análisis ajustado mostró que los pacientes con delirio presentaron una probabilidad de muerte intrahospitalaria superior, tras ajustar por otras variables (OR ajustada: 2,36 [2,07-2,69]). Esta asociación varió su magnitud según género, edad, comorbilidad, circunstancia de admisión y tipo de admisión. El grupo en el que se presentó una asociación mayor entre delirio y mortalidad fue el de los pacientes admitidos de forma programada (OR ajustada: 8,32[4,97-13,95]).

CONCLUSIONES

La incidencia de delirio en pacientes agudos ingresados es considerable y aumenta el riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Este efecto es mayor en hombres y en pacientes más jóvenes y menos complejos. Se recomienda la implementación de planes de abordaje integral en el entorno hospitalario a fin de prevenir, detectar y mitigar el impacto del delirio.

¿AUMENTÓ LA INCIDENCIA DE DELIRIO INTRAHOSPITALARIO DEBIDO A LAS RESTRICCIONES DE VISITAS DURANTE LA PANDEMIA?

 Comas Serrano, Mercè • Soriano Guàrdia, Joan • López Muley, Carlos • Domingo Torrell, Laia • Robles Raya, Maria José • Sala Serra, Maria

 Hospital del Mar Barcelona

Identificador: 228

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La ocurrencia de delirio durante un ingreso hospitalario empeora los resultados del proceso agudo. Un factor clave para prevenir el delirio es el acompañamiento a pacientes vulnerables durante el ingreso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue evaluar el impacto de los cambios en la política de acompañamiento debido a la pandemia por COVID-19 sobre la incidencia de delirio en pacientes agudos.

Se realizó un estudio transversal sobre altas de agudos mayores de 64 años, de 2019 a 2023, en un hospital universitario de Barcelona con una población de referencia de 325.000 personas. Se definieron 5 períodos de estudio: pre-covid (1/1/19-14/3/20), restricciones totales (15/3-31/5/20), restricciones parciales (1/6/20-28/2/21), incremento progresivo del acompañamiento (1/3/21-30/6/22) y desescalada de restricciones (1/7/22-31/12/23). Los datos se obtuvieron del CMBD, del registro de contención mecánica y del registro de administración de fármacos, los dos últimos incluidos en la HCE. El delirio se considera una afección infraregistrada. Para obtener una estimación fiable de su incidencia se midió en base a alguno de los siguientes criterios: diagnóstico de delirio no presente en el ingreso (códigos ICD-10-ES R41.0, F05, F06.8 y F09), al menos una contención mecánica por motivo de estado confusional o administración de al menos un fármaco neuroléptico (risperidona, haloperidol, aripiprazol, quetiapina, olanzapina). Se analizó la incidencia de delirio entre los períodos de estudio y se ajustó una regresión logística incluyendo la variable período y otras variables de ajuste (edad, sexo, tipo de ingreso, circunstancia de admisión, ingreso en UCI, diagnóstico COVID-19, índice de Charlson). Se exploraron interacciones entre las variables explicativas y el período.

RESULTADOS

Se analizaron 44.812 altas. La incidencia de delirio global se situó en un 14,8%. Por períodos: pre-covid 12,3%, restricciones totales 19,2%, restricciones parciales 16,6%, incremento progresivo de acompañamiento 15,9% y desescalada 14,8%. Se observó una tendencia a más delirio según mayor edad e ingreso en UCI. Respecto al período, se observa que los pacientes COVID-19 presentaron OR de 1,5 o superiores en todos los períodos vs. al período pre-pandemia [1,53-2,11], mientras que los pacientes no-covid presentaron OR de 1,27 [1,06-1,51] y 1,34 [1,22-1,48] en los períodos de más restricciones y OR de 1,21 [1,12- 1,31] y 1,15 [1,07-1,24] en los períodos más recientes.

CONCLUSIONES

La restricción de acompañantes durante las fases más cruentas de la pandemia representó un aumento de la incidencia de delirio, siendo mayor en pacientes COVID-19. Una adecuada política de acompañamiento, junto con formación sobre factores de riesgo y prevención, podrían disminuir la incidencia de delirio.



NUEVAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN PARA AUMENTAR LA MOTIVACIÓN DE PROFESIONALES EN LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTE SIN DAÑO

 Cañizares Sánchez, Rubén • Rubio Gil, Francisco Javier • Díez Campelo, María • Rodríguez Laureiro, Jose Luis • Gómez García, Héctor • Matos Agudo, Diego

 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Identificador: 229

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La comunicación es uno de los elementos fundamentales en el área de la salud, especialmente en el ámbito de la seguridad del paciente. En este contexto, el CAUSA presenta un plan de nuevas estrategias comunicativas para superar las barreras y limitaciones de la comunicación tradicional y superar los desafíos que presenta para conseguir una buena retroalimentación en las notificaciones de incidentes sin daño. De esta manera promueve la motivación del profesional a participar en su identificación y notificación. El plan, mediante las nuevas estrategias de comunicación, busca que las recomendaciones en seguridad lleguen a todos los profesionales de manera efectiva.

OBJETIVO

Identificar las nuevas estrategias de comunicación emergentes en el ámbito sanitario.

Analizar las características y beneficios esperables de estas estrategias.

Evaluar el potencial de las estrategias y su relevancia comunicativa.

Establecer un plan de nuevas estrategias de comunicación a profesionales en seguridad del paciente para el CAUSA.

Promover la notificación de incidentes sin daño y establecer nuevos canales comunicativos de las recomendaciones de seguridad, para que lleguen de manera efectiva los profesionales.

METODOLOGÍA

Para elaborar el plan de nuevas estrategias en comunicación de información en seguridad de pacientes y la motivación de notificaciones, se realizó una búsqueda bibliográfica de textos que incluyeran las palabras clave: comunicación sanitaria, nuevas estrategias de comunicación, tecnologías innovadoras, marketing en salud y seguridad de pacientes. Tras su análisis se hizo una selección de artículos entre 2015 y 2024 en el que se analizaron las estrategias y características. Con ello se elaboró un plan de nuevas estrategias comunicativas en el CAUSA en seguridad del paciente y propiciar la cultura de calidad y la motivación a profesionales para notificar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El plan de nuevas estrategias comunicativas a los profesionales en seguridad de pacientes del CAUSA establece:

- Implementar un sistema de vídeos cortos elaborados por los profesionales del centro: se realizarán tanto de recomendaciones generales y de recomendaciones y necesidades detectadas en las notificaciones de SISNOT.
- Informe virtual sobre las mejoras implantadas tras las detecciones de incidentes, aplicado de manera visual y con herramientas de marketing sanitario.
- Experiencias periódicas de aprendizaje aplicando técnicas de posicionamiento y retroalimentación positiva.
- Utilización tecnología avanzada que resulte atractiva al profesional, como la realidad aumentada, para sesiones y jornadas en recomendaciones de seguridad.

Estas estrategias buscan que en el CAUSA superemos las barreras y limitaciones de la comunicación tradicional y se promueva una buena retroalimentación de los incidentes notificados sin daño, y a su vez que motiven al profesional a notificar ya que percibe el impacto a través de las nuevas estrategias de comunicación.



FACILITADOR CLÍNICO ENFERMERÍA

 YUSTE PORRO, VIRGINIA • BOTRÁN FRANCO, BEATRIZ • DE GUSTÍN HERNÁNDEZ, PILAR • SAN JOSÉ GARCÍA MOCHALES, CRISTINA • RODRÍGUEZ SAN BONIFACIO, ROCÍO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

Identificador: 230

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro de nuestro sistema sanitario, la atención, prevención y promoción a la población, requiere que nuestra organización asegure la continuidad asistencial y de cuidados, siendo Atención Primaria la primera vía de acceso del paciente al Sistema y la Atención Hospitalaria solamente intervenga cuando el proceso lo requiera.

Con este fin, Enfermería de práctica avanzada (EPA) y Enfermera de Continuidad Asistencial (ECA), lideran un proyecto que permitirá responder a las necesidades de la población, dando atención clínica inmediata, de alta calidad asistencial y con una alta eficiencia, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre.

OBJETIVOS

- Fomentar una Continuidad Asistencial de calidad, rápida, eficiente y bidireccional entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Ofrecer un flujo sostenible de atención y una adecuación de las derivaciones a Atención Hospitalaria desde Atención Primaria.
- Transformar el modelo de atención de los pacientes, dando respuesta en el tiempo y la forma que requieren.
- Mejorar la experiencia del paciente evitando derivaciones a urgencias innecesarias y personalizando la atención.
- Ser capaces de intervenir de manera directa en la mejora de la sostenibilidad del sistema y calidad de la práctica clínica.

METODOLOGÍA

Para ello hemos seleccionado a nivel de Enfermería áreas de cuidados de práctica avanzada en las que trabajar de una manera más coordinada y colaborativa con Enfermería de Atención Primaria.

1. Dermatología
2. Cuidado de la Piel y Heridas
3. Equipo de Terapia Intravenosa
4. Estomaterapia
5. Hospitalización a Domicilio
6. Salud Mental

Utilizando herramientas de comunicación directa (econsulta-teléfono) y alta accesibilidad conseguimos, gestionar casos sin necesidad de que sean derivados al Servicio de Urgencias Hospitalarias u otros circuitos del Hospital innecesarios.

Se creó un cronograma, en el que el primer paso fue contar el proyecto a la Dirección Asistencial y responsables de Centros de Salud y posteriormente, se realizaron visitas con cada EPA a cada Centro de Salud, realizando sesiones explicativas de los circuitos con todo el personal.

RESULTADOS

Se creó un cuadro de mandos dentro de la herramienta BI, para poder, a través de registro de formulario enfermero en la historia clínica del paciente, realizar seguimiento, medición y análisis de resultados, valorando la eficiencia del proyecto.

CONCLUSIONES

La población actual exige una atención sanitaria rápida y resolutive y requieren cuidados profesionales individualizados y coordinados, que tengan en cuenta la progresión de la enfermedad y que impacte mínimamente en el paciente.

Es imprescindible determinar un nuevo paradigma de atención en el que enmarquemos los proyectos enfermeros y las acciones clínicas que se deben fomentar, para conseguir una atención enfermera basada en la evidencia científica, de calidad y sostenible dirigida a cada tipo de población.

EVALUACIÓN DEL PLAN ONCOLÓGICO DE EUSKADI 2018-2023

 **Arrospide Elgarresta, Arantzazu** ⁽¹⁾ • **Sala Gonzalez, Maria Angeles** ⁽²⁾ • **Bustamante Madariaga, Victor** ⁽³⁾ • **Lopez de Munain, Arantza** ⁽¹⁾ • **Sanchez Fernandez, Mikel** ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ *Departamento de Salud del Gobierno Vasco* • ⁽²⁾ *OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud* • ⁽³⁾ *Dirección Asistencial, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*

Identificador: 231

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023 (POE) tiene como elemento nuclear las necesidades de la persona con cáncer y define los ámbitos de actuación articulados en torno a 6 ejes (39 objetivos y 12 sub-objetivos): el modelo asistencial, la acción intersectorial, la persona como eje de la atención, la medicina personalizada, los sistemas de información y la investigación e innovación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Una vez concluida su vigencia, el objetivo de la evaluación integral del plan fue estimar sus logros e identificar su valor añadido, así como las lecciones aprendidas y barreras para iniciar el diseño del próximo plan con una base sólida.

El estudio, realizado entre junio y septiembre de 2023, se sustentó en un análisis documental y especialmente en entrevistas individuales y grupales, a 35 interlocutores y con 8 grupos focales, entre los que cabe destacar el grupo focal de pacientes y los consejos asesores de cáncer y cáncer infantil y adolescente en Euskadi.

RESULTADOS

Se considera que el POE ha posibilitado avanzar en el abordaje del cáncer en Euskadi. Destacan la figura de Coordinador y los/as Enfermeros/as Coordinadores/as del POE que han facilitado su despliegue. En general, se han abordado todos los objetivos y sub-objetivos y se han alcanzado más del 80%. Se ha trabajado la humanización de la atención mediante la formación tanto a profesionales como a pacientes. Ha descendido la tasa de mortalidad por cáncer y han sido efectivas las acciones para disminuir la adicción al tabaco y el alcohol.

Entre los principales logros se identifica, entre otros, el impulso a la atención en red al cáncer infantil y la implementación con cobertura total del programa de cribado poblacional del cáncer de cérvix. Asimismo, se ha implantado el primer sistema corporativo para la gestión de todo el proceso de los tratamientos médicos del cáncer que, además, permite avanzar en la medición de los resultados en salud. El modelo asistencial promueve asimismo la homogeneización de la atención con un enfoque multidisciplinar con el objetivo de una atención más equitativa.

Entre los objetivos que menos desarrollo han tenido destaca el de la concentración de los procesos de alta complejidad y, desde el contexto actual, se considera recomendable una referencia específica a colectivos específicos como niños y adolescentes o los largos supervivientes.

CONCLUSIONES

De cara a la definición del próximo Plan Oncológico Integral de Euskadi 2024-2030, se recomienda que sea un plan con objetivos finalistas que se puedan medir periódicamente. Se debe avanzar en la atención centrada en la persona, reflexionar sobre el modelo asistencial y adecuarlo a planes y estrategias vigentes relacionadas. Para ello será necesario adecuar el modelo de gobernanza reforzando la figura de Coordinación y concretar la conexión con la sanidad privada y la salud laboral.



SERVICIOS NO PRESENCIALES DE ENFERMERÍA

 **BOTRÁN FRANCO, BEATRIZ • YUSTE PORRO, VIRGINIA • DE GUSTIN HERNÁNDEZ, PILAR • SAN JOSÉ GARCÍA MOCHALES, CRISTINA**

 **HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA**

Identificador: 232

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En nuestro sistema sanitario los mismos pacientes reclaman nuevas formas de comunicarse con los promotores/profesionales de salud, menos disruptivas en su vida diaria y que les permitan estar continuamente conectados con ellos.

Con esta finalidad, el equipo de Enfermería de Consultas Externas lidera un proyecto de servicios no presenciales que apuesta por una atención personalizada en el que se busca obtener los mejores resultados en salud y experiencia del paciente sin olvidar la sostenibilidad de la gestión sanitaria y la eficiencia de los recursos utilizados.

OBJETIVOS

Transformar el modelo de atención de los pacientes

Generar pacientes empoderados, proactivos y conectados

Mejorar la satisfacción del paciente y sus familiares evitando desplazamientos innecesarios al hospital

Alcanzar los mayores niveles de eficiencia, sin disminuir la calidad asistencial y generando valor al sistema

METODOLOGÍA

Enfermería ha seleccionado diferentes procesos asistenciales y patologías en consultas para cuidar y acompañar a los pacientes a través de servicios no presenciales:

- Neumología: Deshabitación tabáquica, EPOC, UCCRA, SAOS, Fibrosis pulmonar
- Endocrinología: Diabetes gestacional, DM, Sensor DM, bomba de insulina
- Curas: Cirugía bariátrica, Ostomias, paciente con herida postquirúrgica
- Neurología: cefaleas, trastornos del movimiento, deterioro cognitivo
- A través de la utilización de formularios públicos (cuestionario del Portal del Paciente que se vuelca automáticamente en la Historia Clínica una vez cumplimentados por el paciente), diálogo web (herramienta de comunicación dentro de la Historia que permite el envío y recepción de mensajes instantáneos entre pacientes y profesionales), llamadas telefónicas, Videollamadas con lo que conseguimos realizar el seguimiento de los pacientes sin necesidad de que se desplacen al centro e integrado en el HC).

Se identificaron patologías a las que se les podían asociar este tipo de prestaciones para que el paciente desde su domicilio hiciese uso de ellas y la enfermera pudiese darle respuesta y se establecieron vías clínicas (trayectorias clínicas definidas donde el proceso del paciente sigue un recorrido) con un cronograma de visitas no presenciales.

RESULTADOS


Para valorar los resultados se creó un cuadro de mandos en el que poder realizar el seguimiento, medición y análisis de lo registrado en los formularios en la HC del paciente y el número de consultas no presenciales realizadas.

CONCLUSIONES

La incursión del usuario-paciente activo de las nuevas tecnologías de la comunicación, el desarrollo de la e-Salud y la implantación de los Servicios No Presenciales apoyado en el entorno on line que evita que el paciente se desplace al hospital si no es estrictamente necesario, genera un nuevo modelo de asistencia y gestión sanitaria más sostenible y eficiente desde la perspectiva de los recursos y con los mejores resultados en salud y en satisfacción del paciente y sus familiares.



COVID-19 Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS: IMPACTO DIAGNÓSTICO Y SUPERVIVENCIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN EL NORDESTE DE ESPAÑA

 OSCA GELIS, GEMMA • MACHUCA NEGRETE, NOEL • GUIU MEMBRADO, ANNA • MOSTEIRO MOLINA, SONIA • GÁLVEZ ESCAÑUELA, JORDI • PAREJA FERNÁNDEZ, LAURA

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 233

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La pandemia COVID-19 tuvo un impacto negativo en pacientes con cáncer, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. En neoplasias hematológicas (NH), la mortalidad relacionada con COVID-19 se situó entre un 32-40%, relacionándose con mayor severidad de infección, así como factores asociados a la enfermedad y al paciente.

OBJETIVOS

- Describir y analizar los factores pronósticos y supervivencia observada (SO) a 1 y 2 años de pacientes con NH de un Registro de Tumores Hospitalario Multicéntrico (RTH) durante el período 2019-2021;
- Evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y supervivencia.

METODOLOGÍA

Se incluyeron en el estudio pacientes con NH (2019-2021) procedentes del RTH. Las fuentes de información del registro fueron: altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos antineoplásicos (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, trasplantes hematopoyéticos y ensayos clínicos hasta 1 año post-diagnóstico), comités y resultados de citogenética y biología molecular. La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de la CC.AA. proporcionó información poblacional: nivel socioeconómico, infección/vacunación por COVID y comorbilidad (índice Charlson). Se comprobó el estado vital de los pacientes (marzo 2024) mediante el Índice Nacional de Defunciones (Ministerio Sanidad) y el Registro Central de Asegurados (Departament Salut). Se compararon los análisis descriptivos y de SO durante el período prepandémico (2019) versus pandémico (2020-2021). La SO a 1 y 2 años se estimó mediante el método Kaplan-Meier con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

RESULTADOS

Durante 2019-2021 se diagnosticaron 3.684 casos de NH, disminuyendo un 7,1% de casos en el primer año de pandemia (2019: 1.253; 2020: 1.164; 2021: 1.267). Las patologías linfoides fueron las menos diagnosticadas durante la pandemia (-8.9% respecto 2019), sobre todo neoplasias linfoides SAI y precursoras. En la línea mieloide, los síndromes mielodisplásicos fue el grupo más afectado. En 2020, un 17.6% menos de los pacientes se hizo radioterapia. La mortalidad por COVID-19 aumentó un 84% de 2019 a 2020, disminuyendo el 2021. La SO global disminuyó del 2019 (prepandemia) hasta el 2021: 2019 (79.1% [IC 95%: 76.9-81.4]), 2020 (78.0% [IC 95%: 75.7-80.4]), 2021 (76.8% [IC 95%: 74.5-79.2]). La SO global a 2 se mostró más estable, sin diferencias entre el periodo 2019-2021: 2019 (70.8% [IC 95%: 68.3-73.4]), 2020 (70.7% [IC 95%: 68.1-73.4]), 2021 (76.8% [IC 95%: 68.4-73.4]). El riesgo de morir ajustado por todas las variables de estudio aumentó en: hombres, pacientes de edad avanzada, con mayor comorbilidad, y que han sufrido infección severa por COVID.

CONCLUSIONES

La pandemia COVID-19 influyó tanto en el diagnóstico como en la SO de los pacientes con NH, suponiendo una disminución del 7% de diagnósticos y menor SO a 1 año. Además de edad y comorbilidades, infecciones severas por COVID-19 incrementaron el riesgo de morir en NH.

PROCESO ENFERMERO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN COMUNITARIA EN VARIOS TERRITORIOS

 Álvarez Gómez, Susana • Andrés Mora, Hilari • Portos Villar, Jesús • Teba Pérez, Silvia • Polo Prados, Anabel

 Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Identificador: 235

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La continuidad asistencial entre hospitalización y la atención comunitaria es crucial para una atención de calidad en salud mental. Permite el seguimiento integral del paciente y una atención coordinada. Principales dificultades: falta de comunicación efectiva entre niveles asistenciales, ausencia de informes de continuidad asistencial y fragmentación del sistema sanitario.

OBJETIVOS

Mejorar la continuidad asistencial enfermera de los pacientes altados en la unidad de agudos (UA) y derivados a uno de los centros de salud mental (CSM) de nuestra organización, para:

Aumentar el % de pacientes con visita postalta UA efectuada en su CSM (vinculados)

Disminuir la media de días transcurridos entre el alta UA y la visita CSM

Disminuir el % de pacientes altados de UA y visitados en CSM que reingresan

METODOLOGÍA

Piloto en un territorio-CSM.

Se modificó del circuito de alta del proceso enfermero. Etapas:

Identificación de casos a comentar UA/CSM: o Primeras vinculaciones

- Casos complejos
- Vulnerables

Riesgo de desvinculación o ingreso o Valoración individual e integral

- Preferencias y valores de la persona atendida
- Validar el plan de cuidados enfermero ya creado o crear uno nuevo consensuado
- Identificar soportes sociales

Seguimiento y Planificación de la alta enfermera de la persona atendida

Reunión de coordinación semanal de referentes de los casos derivados con posibilidad de incluir al usuario/familia si se precisa

Cumplimentación del registro de la coordinación

Derivación y Acogida enfermera en CSM/UA

Visita en CSM

Tras la definición y adaptación del nuevo circuito, se definieron los indicadores de seguimiento del piloto y objetivos descritos.

Se evalúan 8 meses previos de 2019-20 con 9 meses equivalentes 2022-23.

RESULTADOS

Aumenta la n de pacientes diana (2019: 28; 2023: 43)

Aumenta el % de pacientes vinculados (2019: 89,3%; 2023: 93,0%)

Se mantiene el % de pacientes vinculados en < de 7 días (2019: 71,4%; 2023: 69,8%)

Aumentan los reingresos a 30d (2019: 2; 2023: 3)*

Aumenta el promedio de los días a reingreso (2019: 70,6; 2023: 90,4)*

*Difícil valorar por n baja

Iniciado el uso de los planes de cuidados de enfermería, que hasta ahora no se utilizaban de forma sistemática.

Recogidas valoraciones de los profesionales de enfermería, las cuales son positivas.

CONCLUSIONES

Resultados observados en piloto positivos por lo que se le ha dado continuidad al proyecto, escalándolo a otros 3 territorios-CSM de nuestra organización. Se presentaran datos de los nuevos territorios en la presentación final.


Se valorará la coordinación con el equipo médico.

Ser un piloto pequeño, ha dificultado valorar algunos indicadores y se continuará la monitorización en este CSM junto con el resto donde se ha implantado.

Aunque las características de los periodos comparados pueden tener algunos factores diferenciales por la pandemia Covid 2020-21, no se han detectado factores significativos a considerar.



EL VALOR DE LA ACREDITACIÓN EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA

 *Hernández Martín, Anaïansi • Martin Gonzalez, Vanesa • Ruiz Moreno, Amaya Izaskun • Puerto Sanchez, Jon Ander • Garcia Kamiruaga, Iñigo • Fernandez Calderon, Maria*

 *OSI Barakaldo-sestao*

Identificador: 236

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACION

El cáncer colorrectal constituye el tumor más frecuente en el mundo occidental y la segunda causa de muerte por cáncer. Es una enfermedad prevenible; conocemos su historia natural y la lesión pre neoplásica: el pólipo adenomatoso. El Test de sangre oculta en heces es una herramienta coste-eficaz de cribado, disminuyendo su incidencia y mortalidad. Cuando el resultado es positivo hay que realizar una colonoscopia, procedimiento que permite la detección y el tratamiento de las lesiones pre neoplásicas mediante la polipectomía endoscópica. En 2011 se publicó, la “Guía de práctica clínica de Calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal”, que tiene como objetivo ser un instrumento eficaz y sentar las bases de lo que los programas de cribado, las unidades de endoscopia y los endoscopistas. Basándose en esta guía se ha elaborado el programa de calidad denominado Qualiscopia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es mejorar la calidad en la realización de las colonoscopias de cribado de CCR, garantizando la continuidad durante el proceso asistencial y minimizando los riesgos asociados. Se decidió utilizar el Programa de calidad Qualiscopia, donde se marcan los estándares de calidad. Están definidos 51 indicadores, 30 de ellos obligatorios. Estos indicadores se agrupan en: de estructura, proceso y resultado. Se realizó una auditoria 0 que permitió situarnos frente a los estándares definidos. Se revisaron los 51 indicadores, identificándose estándares cumplidos y no cumplidos. Los estándares no cumplidos, se dividieron en Asumibles, que con pequeñas actuaciones a poner en marcha se podían cumplir, y en no asumibles en el corto plazo, que necesitaban recursos que nos dependían del servicio. En los 3 meses previos a la auditoria externa, se trabajaron estas acciones definidas, realizando reuniones de seguimiento. La evaluación se realizó mediante una auditoria de certificación externa.

RESULTADOS

En la auditoria 0 se cumplían 70-75% estándares marcados en el modelo de acreditación siendo de ellos 75,86% obligatorios y de los no obligatorios 72,73%. Tras la misma y con el despliegue de actuaciones identificadas como “asumibles” conseguimos pasar a cumplir más del 85% de los estándares establecidos. El resultado de nuestra evaluación fue de nivel Excelente, obteniendo un certificado con entrada en vigor el 30 de noviembre del 2023.

CONCLUSIONES

Las normas de calidad permiten mejorar la práctica clínica habitual, homogeneizando procesos, permitiendo exploraciones de alta calidad técnica. Mejora la equidad y disminuye variabilidad. Asegura un circuito asistencial completo desde que el usuario entra en el sistema. Permite elaborar un plan de acción individualizado que finaliza con una recomendación o una derivación. La interiorización de medición de resultados por parte de los profesionales nos permite identificar áreas de desarrollo de mejoras y nuevas estrategias que aporten valor.

IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN UN CENTRO CANDIDATO BPSO®: ESTRATEGIA Y RESULTADOS.

 Sainz de los Terreros, Lourdes • Isidoro Fernández, Beatriz • Torrero Gonzalez, Patricia • Vidal García, Diana • Gómez Redondo, Gema • del Barrio Herraiz, Lorena

 Hospital Universitario del Sureste

Identificador: 237

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El programa de Implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP) en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC®/BPSO®) supone un instrumento para integrar la evidencia en la práctica clínica diaria. Nuestro centro fue seleccionado en 2022 como Candidato a CCEC®, adquiriendo en ese momento el compromiso de implantar la GBP de Valoración y Manejo del Dolor (GVMD).

OBJETIVO

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

METODOLOGIA

El hospital contaba con una línea estratégica de atención al dolor coordinada por el Comité de Atención al dolor (CAD). Por ello, cuando es aceptada nuestra candidatura como CCEC® el primer reto es integrar las actuaciones dirigidas a implantar la GVMD de la BPSO, con aquellas actividades llevadas a cabo por el CAD.

Fruto del trabajo conjunto de ambos grupos se nombraron referentes de dolor en las unidades, se actualizó los protocolos, tanto de evaluación y manejo del dolor, como de tratamiento farmacológico y no farmacológico. En la historia clínica electrónica se informatizaron los protocolos y, se modificaron los formularios con el objetivo de facilitar su cumplimiento y monitorización de indicadores. Además, se desarrolló un cuadro de mando de atención al dolor que reciben mensualmente los referentes de dolor. De forma transversal, los profesionales recibieron formación sobre la valoración y el manejo del dolor, así mismo, se celebró una jornada de atención al dolor con participación de pacientes, profesionales de atención primaria y profesionales de nuestro centro.

RESULTADOS

En 2021 el 78.60% de los pacientes tenían al menos una medición del dolor mediante la escala EVA. Asimismo, el porcentaje de pacientes satisfechos en relación al dolor durante su estancia en el hospital, según la Encuesta de satisfacción a usuarios del SERMAS, se encontraba por debajo de la media del grupo de hospitales (91,6% vs 78,5%). En análisis preliminar de resultados en el año 2022 mostró resultados de mejora a la fase de pre-implantación (87,08% con medición EVA). En el año 2023 el análisis comparativo de los indicadores del programa mostró resultados favorables: medición EVA 88,94%, Educación a pacientes 65% y Plan de cuidados 87%. En 2024 se ha incluido la satisfacción con la atención al dolor como uno de los indicadores a monitorizar, que en primer trimestre ha sido del 84.4% más de 6 puntos del último dato de satisfacción disponible.


CONCLUSIONES

La integración del trabajo del comité de atención al dolor junto con las actuaciones dirigidas a implantar la GVMD de la BPSO ha supuesto un impulso para mejorar en la atención al dolor en nuestro centro como se observa en la evolución favorable de los diferentes indicadores. Consideramos que esta estrategia facilitará la sostenibilidad del proyecto a largo plazo, más allá de poder optar a recibir el certificado CCEC®.





PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL RAPTO INFANTIL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: CÓDIGO ROSA

 Zandío Zorrilla, Mercedes ⁽¹⁾ • Labiano Turrilla, Juana ⁽²⁾ • Urkiola Becerril, Jon ⁽¹⁾ • Sánchez Fernández, Miriam ⁽³⁾ • Gordo Luis, Cristina ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Clínica Universidad de Navarra sede Pamplona • ⁽²⁾ Clínica Universidad de Navarra sede Pamplona y Madrid • ⁽³⁾ Clínica Universidad de Navarra sede Madrid

Identificador: 238

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El rapto infantil es una situación de extrema emergencia, por lo que los centros hospitalarios deben adoptar medidas de seguridad.

OBJETIVO

Definir e implantar un plan orientado a la prevención y actuación ante el rapto infantil en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Se utilizó el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) como método proactivo para identificar y analizar los fallos potenciales, y el ciclo PDCA para la mejora continua del proceso. El plan se centró en los pacientes menores de 12 años en unidades de ingreso pediátrico.

RESULTADOS

Las principales medidas implementadas se describen a continuación:

- 1-Identificación de los profesionales (sanitarios y de otros ámbitos) con acceso a los menores mediante un distintivo (cintas rosas bordadas en los uniformes de trabajo y placas identificativas de color rosa).
- 2-Restricción de acceso a la unidad y uso de los ascensores técnicos en la unidad pediátrica.
- 3-Información verbal y escrita a los acompañantes autorizados, así como su identificación mediante pulseras.
- 4-Formación de los profesionales implicados en la prevención y actuación en caso de rapto infantil. La activación del Código Rosa implica una respuesta inmediata y estructurada de todos los profesionales necesarios.

Tras la implantación, se realizaron auditorías y simulacros de rapto infantil para identificar aspectos susceptibles de mejora.

CONCLUSIONES

El desarrollo e implantación de un plan orientado a la prevención y actuación ante el rapto infantil en el ámbito hospitalario, pretende ser una herramienta eficaz en la disminución de los riesgos y en la pronta actuación en caso de que se produzca el rapto. A su vez, puede concebirse como una estrategia útil para aumentar la conciencia de riesgo entre los profesionales.



IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA EN APLICATIVO PARA EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

 Rubio Gil, Francisco Javier ⁽¹⁾ • Gómez García, Héctor ⁽¹⁾ • González Robledo, Javier ⁽¹⁾ • Cañizares Sánchez, Ruben ⁽¹⁾ • Rodríguez Alcázar, Francisco José ⁽²⁾ • Díez Campelo, María ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca • ⁽²⁾ Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla y León

Identificador: 239

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de alerta temprana son herramientas que ayudan a identificar a los pacientes que presentan signos de deterioro clínico y que pueden sufrir una emergencia intrahospitalaria, como una parada cardiorrespiratoria o una sepsis. Estos sistemas se basan en la medición periódica de los signos vitales y la aplicación de escalas de riesgo que asignan una puntuación según la gravedad del paciente. En Sacyl, la herramienta para el registro de los cuidados de enfermería es Gacela Care®, este programa nos permite la recepción automática de los datos de variables obtenidos por los equipos de medida y la incorporación de sistemas de alerta temprana basados en el análisis de dichas variables.

OBJETIVOS

El sistema de alerta temprana se ha implantado en la práctica de nuestro hospital para la ayuda en la detección precoz de los pacientes que sufren algún tipo de deterioro en las unidades de hospitalización de agudos, permitiendo iniciar una respuesta rápida y estandarizada con el objetivo de prevenir la emergencia intrahospitalaria o al menos reducir las consecuencias negativas de la misma para el paciente

METODOLOGÍA

El proyecto arranca en febrero del 2022 con el establecimiento de un grupo de trabajo de enfermería, que determina un paquete de variables a incorporar en el software de los equipos de medición (Monitor Connex SPOT CSM Welch Allyn). Se añadió a los equipos nuevos apartados para la incorporación manual de constantes: frecuencia respiratoria, glucemia capilar, concentración de O₂, peso, talla, IMC, escala EVA de dolor, diuresis y perímetro abdominal, para su volcado automático a Gacela Care. Con esos datos, los equipos hacían además, el cálculo automático de la escala NEWS2.

El desarrollo del programa y su instalación en los 150 equipos del CAUSA terminó en marzo 2023.

El sistema de alerta está estratificado en cinco niveles según la puntuación según los valores de las 7 variables: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, nivel de conciencia, temperatura y necesidad de oxígeno, de la escala NEWS2 (National Early Warning Score).

Riesgo nulo:

Puntuación 0. Mantener la misma rutina de monitorización

Riesgo bajo:

puntuación 1-4. Reevaluar la necesidad de una mayor frecuencia de la monitorización

Riesgo bajo-medio:

Puntuación 3 (variable única). Revisión urgente por parte de un médico de planta.

Riesgo medio:

Puntuación 5-6. Revisión urgente por medico de un médico de planta para valorar evaluación por cuidados intensivos.

Riesgo alto:

Puntuación >7. Evaluación por UCI

RESULTADOS

Nº de registros de NEWS2: 7113

Pacientes con riesgo mínimo o bajo: 6653

Pacientes con riesgo medio: 304


Pacientes con riesgo alto: 157

Estos datos han llevado a:

- 10 avisos a la Unidad de Cuidados Intensivos desde la unidad de hospitalización, por pacientes con criterio de riesgo alto.
- Media de 20 pacientes/día (riesgo medio y riesgo alto) revisados de manera proactiva por la UCI.



BARRERAS DE ACCESO DE LOS REFUGIADOS UCRANIANOS EN ALICANTE (ESPAÑA) AL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA

 *Burlachenko, Ganna*⁽¹⁾ • *Ronda Perez, Elena*⁽²⁾ • *Ghaddar, Ali*⁽²⁾ • *Gea Velázquez de Castro, Teresa*⁽¹⁾ • *Arencibia Jimenez, Mercedes*⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital San Juan de Alicante* • ⁽²⁾ *Universidad de Alicante*

Identificador: 240

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La agresión de Rusia contra Ucrania a principios de 2022 dio lugar a una gran migración de refugiados a muchos países, entre ellos – España, que es el quinto país europeo en el número de acogidos temporales. Este colectivo se enfrenta a varios retos en el acceso a la atención sanitaria.

OBJETIVO

Describir los determinantes de acceso de los refugiados ucranianos a los servicios de salud.

Metodología: Estudio cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas en población refugiada mayor de 18 años, que vino después de 2022 y vive en Alicante más de 3 meses.

RESULTADOS

Se identificaron varios factores que afectan al acceso de los refugiados a los servicios de salud que incluyen las barreras idiomáticas, la falta de información sobre el sistema de salud español, la ausencia de redes de apoyo y la reticencia a buscar ayuda profesional. Aunque algunos refugiados han tenido experiencias positivas con el sistema de salud español, otros enfrentan dificultades para obtener atención médica, especialmente aquellos

que llevan menos tiempo en el país y no tienen conocimientos previos del sistema.

Los refugiados ucranianos que han tenido experiencia con la atención sanitaria en España destacan la calidad de la medicina, el acceso gratuito a todos los procedimientos y la actitud amable de los médicos. Sin embargo, algunos que han vivido en Alicante por más de un año aún no tienen experiencia con el servicio de atención sanitaria.

La mayoría de los entrevistados desconocen sus derechos sanitarios y dependen de los familiares para obtener información sobre el sistema de salud. Todos entrevistados indican una falta general de información sobre el sistema sanitario en España.

CONCLUSIONES

El estudio resalta la necesidad de proporcionar información clara y accesible sobre los servicios disponibles y la necesidad de enfoques culturalmente sensibles y centrados en el paciente.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO PILOTO DE VISITAS SIMULTÁNEAS INTERDISCIPLINARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA

 *García Moliner, Marta • Arranz Betegón, Ángela • Baños Baños, Carmen • Martín Rodrigo, Gemma • Voltés Sabaté, Anna • Fernando Peidró, Joan*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 241

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Se impulsó un proyecto piloto de visitas simultáneas (VS) en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama como parte de una mejora asistencial en la atención ambulatoria de estas pacientes. Las VS tienen como objetivo dar una mejor calidad asistencial al paciente y de reducir costes al sistema sanitario. Concretamente, en nuestro hospital el proyecto surgió con los siguientes objetivos: disminuir el número de veces que las pacientes se desplazaban al hospital y mejorar la experiencia de las pacientes. El proyecto piloto de VS se planteó a pacientes seleccionadas en el comité de tumores de la Unidad de Cáncer de Mama (UCM) que cumplieran los siguientes requisitos: pacientes diagnosticadas de cáncer de mama hormono dependiente, que hubieran realizado cirugía primaria recientemente y que fueran candidatas a radioterapia. Una vez seleccionadas, se planteaba a las pacientes si querían participar en este proyecto y si aceptaban, se realizaba una visita simultánea entre la paciente, sus familiares y los profesionales implicados: ginecólogos especialistas en cirugía mamaria, oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, enfermería y el personal de experiencia del paciente. La visita podría ser en formato híbrido, parte del equipo de conectaba por videoconferencia y el resto estaba presencial. Tras la fase de ejecución del piloto, el equipo de experiencia del paciente del hospital realizó una encuesta telefónica para conocer la experiencia de las pacientes participantes.

OBJETIVOS

Evaluar la experiencia del paciente tras haber realizado una visita ambulatoria simultánea con diferentes profesionales de la UCM. Metodología Se realizó una encuesta telefónica realizada ad hoc a las pacientes participantes en la visita simultánea (n=23) y a un grupo control, con las mismas características que no realizó la visita simultánea (n= 31). En estas encuestas se valoraron tres dimensiones: la información recibida, el trato, soporte y satisfacción y por último el tiempo y duración de la visita.

RESULTADOS

Ambos grupos recibieron buenas valoraciones en la encuesta. Todas las pacientes que realizaron la VS dieron máxima puntuación a los siguientes puntos: duración adecuada de la visita, tiempo dedicado por los profesionales, soporte adecuado, respeto y dignidad y satisfacción plena. Parece que algunos aspectos evaluados en grupo de VS salen ligeramente por encima en comparación con el grupo control. Podría ser que las pacientes que realizan VS realizan menos visitas telefónicas después de esta y que la visita fuera más puntual. La naturaleza de los aspectos a mejorar es diferente en ambos grupos: en el grupo de VS se centraría más en temas organizativos y en el grupo control en temas relacionados con la información y puntualidad.

CONCLUSIONES

Se requieren más estudios, sin embargo, parece que realizar VS interdisciplinarias podría mejorar la gestión del tiempo del paciente (menor número de visitas) y su experiencia (menor desajuste en la información recibida).



ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR PEDIÁTRICO

 Cobián Cárdenas, Laura ⁽¹⁾ • Cobián Martínez, Jorge Luis ⁽²⁾ • Hernández Santana, Alicia ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital San Roque Meloneras • ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 244

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Las escalas del dolor son herramientas y métodos de valoración por el personal sanitario. El dolor pediátrico, su evolución y manejo a menudo son un desafío para los profesionales de la salud.

OBJETIVO

Conocer las diferentes escalas válidas utilizadas para valorar el dolor pediátrico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos científicas Scopus, WOS y PubMed en el periodo de febrero a abril 2023 con los principales términos de búsqueda "Pain", "Pain Measurement", "Pediatrics", "Pediatric Nursing", "Pain Management", "Newborn", "birth-1 month" y "Preschool Child".

Los límites de búsquedas fueron los documentos y artículos en inglés y español, publicados en los últimos seis años 2018-2023 con disponibilidad de texto completo y que incluyeran a pacientes menores de 15 años.

RESULTADOS

Se han obtenido, en base a la pregunta PICO, los criterios de inclusión y exclusión del estudio y las ecuaciones de búsqueda con términos MeSH para las distintas bases de datos, un total de 225 artículos fueron identificados; siendo 13 artículos los seleccionados finalmente en la revisión (n=13), obtenidos tanto de las bases de datos ya nombradas anteriormente, como de las Universidades Españolas.

Para todos los rangos de edad existen una o varias escalas para valorar el dolor pediátrico. Se determinaron 10 escalas del dolor pediátrico y un indicador.


No se determinó la existencia de escala que incluyera la opinión/valoración de padres/tutores.

CONCLUSIONES

- El dolor debe ser siempre valorado independientemente de la edad, cultura y estado clínico del niño.
- El dolor pediátrico, su medición y manejo es un desafío para el personal de enfermería.
- Los pacientes pediátricos deben ser instruidos sobre la importancia del control de su dolor e interrogados de forma frecuente y sistemática acerca de su presencia.
- No existe ninguna escala que se la considere como estándar de oro.
- La diversidad de estas escalas se fundamenta a la capacidad del paciente pediátrico de expresarse y comunicarse con el personal de enfermería.
- La edad es el factor más importante a la hora de valorar el dolor, en pacientes conscientes, por su dificultad diagnóstica y la supuesta inmadurez biológica del paciente pediátrico.
- A los pacientes con edad inferior a 4 años, es preferible utilizar escalas conductuales, gestuales o del comportamiento. Para el resto de pacientes pueden utilizarse escalas de autoevaluación, salvo para postoperados por los efectos de la sedación o analgesia.
- El control del dolor no es sólo una obligación moral, sino una obligación en la atención pediátrica para reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes pediátricos.



PASE DE VISITA VIRTUAL CIRUGÍA TORÁCICA

 Casamayor Gallego, María Gemma • De Gustin Hernandez, Pilar • San Jose Garcia Mochales, Cristina • Cecilia Contreras, José Manuel

 Hospital Universitario Infanta Elena

Identificador: 245

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACION

La implantación de la SmartRoom es un proyecto estratégico en el que TODO el personal impulsamos para que se integre en el proceso de salud del paciente.

OBJETIVOS

Se ha convertido en uno de los principales canales de comunicación bidireccional entre los profesionales y el paciente hospitalizado que controla, a través de una tablet instalada en la habitación, todos los componentes terapéuticos y de confort ideados para una estancia óptima. Por otra parte, el uso generalizado entre los profesionales de Casiopea mobility, consistente en tener la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la palma de la mano a través de una app en un dispositivo móvil, en la que los profesionales pueden registrar o revisar la HCE del paciente en cualquier lugar y a tiempo real, ha ayudado a mejorar la organización de la actividad diaria garantizando seguridad a nuestros pacientes. Aprovechando ambas circunstancias, se desarrolló un proyecto en el que los pacientes ingresados a cargo de Cirugía torácica, que estuvieran clínicamente estables y fueran portadores de un drenaje torácico, pudieran beneficiarse de una comunicación activa con sus médicos responsables durante los días en los que éste no estuviera presencialmente en el Hospital.

METODOLOGIA

En ocasiones, el Servicio de Cirugía Torácica solicita, a través de Casiopea mobility, una prestación a enfermería para la grabación de un vídeo centrado en el Pleurevac del paciente, para poder chequear de forma remota su funcionamiento, débitos obtenidos, si existe fuga aérea o si la preparación de los niveles de líquidos resulta adecuada, entre otros aspectos. Una vez terminada la grabación y cargada en la HCE del paciente, será revisada por el cirujano, que dejará las indicaciones oportunas en la historia clínica. Tras poder visualizar dicho vídeo, el cirujano tendrá una videoconferencia con el paciente y sus familiares para poder completar un pase de visita y resolver todas las dudas existentes, utilizando la SmartRoom.

RESULTADOS

Aumento de la satisfacción del paciente debido al valor que obtiene de la atención diaria por parte del servicio de Cirugía torácica. Mejora organizativa en el servicio de Cirugía torácica durante las guardias localizadas con un mayor control y seguimiento de los pacientes con pleur evac. Mayor facilidad en la comunicación del equipo de enfermería con el servicio de cirugía torácica durante las guardias localizadas.

CONCLUSIONES

El desarrollo tecnológico en los Centros Hospitalarios nos conduce a mejorar de manera exponencial la experiencia el paciente así como trabajar en Seguridad y mejora en la organización de los diferentes equipos multidisciplinares.



RUEDA DE CUIDADOS 360: MEJORA EN LA ATENCIÓN RECIBIDA POR ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN MEDIANTE FORMACIÓN CONTINUADA

 Carrasco Becedillas, Almudena • Arévalo Reguillo, Sandra • De Gustín Hernández, Pilar • San José García Mochales, Cristina

 Hospital Universitario Infanta Elena

Identificador: 246

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

INTRODUCCIÓN

En la actualidad contamos con numerosos estudios que relacionan la satisfacción de los profesionales de enfermería con una mejora en la calidad asistencial a los pacientes.

Con el proyecto “Rueda de cuidados 360°” en el Hospital Universitario Infanta Elena, pretendemos dar soporte a nuestros profesionales de nueva incorporación de una forma fácil, ágil, accesible e innovadora que permita su formación, motivación y proporcione un mayor índice de satisfacción en nuestros pacientes.

Por otro lado, este proyecto, sirve de reciclaje y apoyo al resto de profesionales y colectivos sanitarios que trabajan en la Unidad de Hospitalización.

OBJETIVOS

En el contexto actual hemos sufrido un gran recambio de profesionales de enfermería que precisan acompañamiento y formación actualizada y específica.

Este proyecto tiene como objetivo el aumento de satisfacción de los pacientes ingresados en el área de Hospitalización del HUIE mediante la mejora en la satisfacción laboral de los profesionales en relación con la capacitación y formación continuada.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Para planificar las acciones correctivas, en primer lugar, se ha creado un grupo de trabajo integrado por Dirección de Enfermería, mandos intermedios, enfermeras y TCAES del área de hospitalización del HUIE para establecer un plan de mejora.

Una vez detectadas las áreas de mejora, se lleva a cabo la grabación de contenido visual de los diferentes momentos y cuidados que lleva a cabo un profesional de enfermería en su día a día durante el proceso de salud de un paciente que ingresa en hospitalización. Tras la creación de contenidos visuales se les da un código QR para poder tener acceso a los mismos en cualquier momento de manera fácil y ágil y se incorporan a un póster que será colgado en cada control de enfermería de Hospitalización y que se entregará en formato bolsillo al personal de nueva incorporación y a todo el equipo para poder consultarlo siempre que lo estimen necesario.

RESULTADOS

Los resultados que hemos obtenido tras la puesta en marcha del proyecto se centran en un aumento de satisfacción laboral de nuestros equipos y como consecuencia un aumento del índice de satisfacción en la atención recibida por parte de nuestros pacientes y sus familias en el área de Hospitalización.

CONCLUSIONES

Al dotar a nuestros equipos de un acompañamiento mediante una formación precisa, actualizada a través de un soporte digital de fácil acceso hemos conseguido un aumento de satisfacción en nuestros profesionales, dotándoles de una mayor capacitación y por tanto dando mejores cuidados a nuestros pacientes y familias, por lo que su índice de satisfacción ha aumentado considerablemente.

Además, consideramos que el proyecto es exportable al resto de Unidades del Hospital. Consolida el trabajo en equipo, favorece la motivación y sirve de impulso para nuevas estrategias y proyectos a llevar a cabo.



EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE: REGISTRO DEL DOLOR SEGURO Y DE CALIDAD

 Valero Valdelvira, Patricia • Guarch González, Ruth • Díez Sánchez, Beatriz • Bonet Papell, Gloria • Corral Montoro, M^a Soledad • Davins Riu, Meritxell

 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Identificador: 248

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La participación activa de pacientes en el proceso de cuidados, se ve reflejada en el registro de variables de resultado importantes para el seguimiento de su estado de salud por parte de profesionales sanitarios; se potencia el empoderamiento del paciente.

La incorporación de la transformación digital en el ámbito sanitario ha facilitado que el paciente sea responsable del registro de variables utilizando aplicaciones móviles.

Este hecho, planteó a los profesionales si los datos aportados por los pacientes eran fiables o no; en base a ellos, se planifica la atención sanitaria a realizar y siempre se debe garantizar la máxima calidad de cuidados y la seguridad del paciente. Se observó que había datos del dolor, que no eran del todo fiables; se realizaron mejoras para aumentar la seguridad de los mismos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

- Valorar la fiabilidad de datos registrados por el paciente manteniendo la seguridad y calidad asistencial
- Mejorar la veracidad y robustez de los datos reportados para el seguimiento del proceso de salud del paciente

El paciente registra 2 veces/día el nivel de dolor definiendo: intensidad máxima, mínima y media. Se realizó un estudio pre-post evaluando los datos introducidos. En una primera fase se hizo un focus group con profesionales para ver cómo mejorar los datos obtenidos. Una vez realizados los cambios se reevaluaron los datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha puesto en marcha un proyecto de telemedicina con más de 1.800 pacientes empoderados que registran datos estructurados a través de una aplicación móvil (60 casos de uso). Dichos datos están integrados en la historia clínica electrónica y los equipos asistenciales pueden valorar cómo evolucionan los pacientes gracias a la información estructurada registrada, ofreciendo una continuidad de cuidados de calidad y seguridad máxima. Favorece una medicina más predictiva, personalizada, preventiva, precisa, preventiva y participativa.

En la primera fase, se detectó un sesgo de valoración del grado de dolor. Se descubrió que los pacientes cometían errores, a veces intencionados, al registrar el nivel de dolor mediante escala EVA. De 88 pacientes, 26 registraron valores no fiables: los valores mínimo y máximo estaban por encima o por debajo, respectivamente, de la intensidad media. Los profesionales dudaban de esos resultados y realizaban otra valoración en la visita.

Se modificó la redacción de las preguntas teniendo en cuenta los comentarios de los pacientes en un focus group, y se pudo observar una disminución importante en los registros erróneos del dolor. De 188 pacientes, 9 registraron valores mínimo y máximo que estaban por encima o por debajo, respectivamente, de la intensidad media. Ahora, los profesionales confían más en los datos registrados por pacientes y se sienten más seguros a la hora de tomar decisiones en base a ellos. Es necesario evaluar la calidad de los datos introducidos por los pacientes para mejorar la calidad asistencial



¿HAY DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES DE AGRESIVIDAD TERAPEUTICA EN CANCER DE PULMON VERSUS EL RESTO DE TUMORES SÓLIDOS?

 Pétriz González, Lourdes • Asensio Blasco, Esther • Loureiro Varela, Eva • Briculle Fuentes, Roser • Nadal Alforja, Ernest • Mortalidad, Subcomité de

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 249

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

En onco-hematología el 25-28% de pacientes fallecidos con quimioterapia en curso en su último mes de vida (SACT<30d) en régimen de hospitalizados presentan cáncer de pulmón. Tras analizar de manera sistemática indicadores de mortalidad, revisamos la evolución de los mismos desde 2017 a 2023, focalizando en esta patología más prevalente.

OBJETIVO

Conocer los resultados de los indicadores de agresividad terapéutica (AT) y de soporte de cuidados paliativos (CP) en cáncer de pulmón comparados con el resto de tumores sólidos (TS). Como objetivo secundario se establece la comparativa entre los pacientes que reciben CP versus los que no.

METODOLOGÍA

Los datos proceden de la Base de Datos de Mortalidad Hospitalaria de la organización, extrayendo los registros filtrados para cáncer de pulmón. La explotación de los mismos se ha realizado con soporte de programación en "R" y presentación en Shiny. La definición de indicadores utilizados es internacional y basada en los autores: Earle y Hui. Los resultados obtenidos se han comparado con los datos ya disponibles de tumores sólidos (análisis univariado y bivariado, mediante Chi-cuadrado o F-Fisher) y se presentan en forma de tablas y gráficas evolutivas. También se analizan curvas temporales (supervivencia desde la fecha de enfermedad avanzada -EA-) para destacar algunas comparaciones.

RESULTADOS

En comparación con los resultados globales de tumores sólidos (N=2736), esta cohorte (N=752) presenta factores pronósticos más desfavorables: 90% de casos con EA; 71,3% estadio IV; 53,8% están en progresión; presentan comorbilidades el 88%; exitus en 1er ciclo de 1ª línea de tratamiento: 23,8%; Edad >65 en 55,2%

Los indicadores de AT obtenidos son: SACT<30d: 53,3%; SACT<14d:22,83%; cambios de esquema terapéutico:10,9%. Los de CP son: PCP:70,6%; PCP<3d:13,2%. Se muestra equivalencia en el uso del programa psico-social (PPSO):70%

En la comparativa de pacientes en seguimiento en cuidados paliativos frente a los que no, se analiza el nivel de registro positivo de algunos síntomas psico-emocionales y físicos relevantes, con resultado de mejor registro para los que sí están y sin diferencias estadísticas para los segundos. También se ha observado una necesidad de ingresos en urgencias y en la UCI menor cuando los pacientes están en el PCP.


CONCLUSIONES

Los Indicadores de AT en c.pulmón presentan resultados más elevados que en TS en general. El nivel de inclusión de los pacientes en el PCP es superior al estándar internacional (>55%). Los pacientes incluidos en PCP no tienen menor supervivencia, pero si menor tasa de ingresos y exitus en la UCI. El riesgo de exitus relacionado con SACT también es menor. Mejora el registro de síntomas psico-emocionales y la coherencia de actuación con la definición de niveles de intervención al ingreso de los pacientes (primeras 24-48h). Destaca la buena correlación entre Psicooncología y Cuidados Paliativos, dado que la práctica totalidad de pacientes incluidos en PCP lo están en PPSO.





MINERIA DE PROCESOS EN ANALISIS DE DATOS ONCOLOGICOS

 Loureiro Varela, Eva • PÉTRIZ GONZÁLEZ, LOURDES • Muniesa Rubio, Joan • Roca Loureiro, Mireia • Asensio Blasco, Esther • Rivas Cañas, Juan Pedro

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 251

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La minería de procesos (PM) se utiliza para analizar y optimizar procesos. Exploramos su uso en bases de datos (BBDD) clínicos oncohematológicas desarrolladas para estudios de supervivencia e indicadores de calidad asistencial.

OBJETIVO

Evaluar el comportamiento de eventos en pacientes oncológicos.

Visualizar trayectorias de la secuencia de eventos y explorar sus posibles patrones.

Detectar posibles ineficiencias y oportunidades de optimización, tanto en las bases de datos como en la gestión de pacientes.

Validación de la técnica contrastando con los datos previamente obtenidos.

METODOLOGÍA

Se utiliza programación en R y Python (software libre), mediante paquetes específicos de PM (BupaR, PM4Py) aplicados a fechas y eventos. Se obtienen: grafos representativos de las relaciones y consecución de los eventos entre sí (traza); determinación de frecuencias e intervalos entre los mismos. Se aplican algoritmos específicos para la obtención de patrones de trayectorias y su ajuste a los datos reales.

Se han utilizado 2 BBDD distintas: A) con datos de tratamientos para supervivencia y otra B) con datos mortalidad para indicadores de agresividad terapéutica y cuidados de soporte (CS).

RESULTADOS

Permite descubrir las actividades que siguen los pacientes desde que entran en el estudio hasta el exitus. Los grafos iniciales muestran algunas trayectorias más frecuentes que inducen a la aplicación de filtros.

En A, al aplicar filtros por tipo de patología, las trazas se alinean definiendo mejor la consecución de los eventos y las métricas de los intervalos (ej. entre diagnóstico y tratamientos).

En B, al seleccionar las trayectorias más frecuentes se ve la relación entre enfermedad avanzada y los CS. Tiempos de respuesta a las interconsultas. Las tasas de visitas son, en Cuidados Paliativos (CP): 63% y Psico-Social (PSO): 20%, no correspondidas con los datos explotados previamente al uso de PM, que era del 63% para ambos. Onco-geriátrica (GER) presenta menor tasa de visitas.

CONCLUSIONES

PM agiliza el procesamiento de datos, obtención de resultados y su interpretación visual. Los grafos cuantifican el cumplimiento de registro de los datos fundamentales definidos en ellas. En A, los grafos de trayectorias servirían para el seguimiento de protocolos terapéuticos y las métricas temporales de su cumplimiento idóneo.

En B no se demuestra el grado de sintonía, observado previamente a la aplicación de esta metodología, entre CP y PSO ya que en CP se dispone de dos fechas (visita previa y al ingreso) y en PSO sólo la del ingreso y la visita previa, está recogida en formato binario. Esto representa una oportunidad de mejora de la estructura de la BBDD.

Este estudio destaca el potencial de la minería de procesos para ofrecer una visión detallada de los procesos de atención en oncología, facilitando la identificación de oportunidades para optimizar la eficiencia, la coordinación y la calidad de los servicios de salud.



SASTISFACCIÓN DE LAS MADRES AL ALTA RESPECTO A LA EDUCACIÓN SANITARIA MADRE/HIJO RECIBIDA

 SANTACRUZ NOVILLO, SONIA • MANGAS NADAL, ANDREA • IZCO URROZ, MAYTE • PAZ, BELEN • CARRILLO, ANA MARIA • ARRANZ, ANGELA

 HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

Identificador: 252

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente es una respuesta emocional y subjetiva que debe perfilarse conforme se avanza en el conocimiento de los diferentes tipos de paciente. Esto se sustenta porque existen diferencias educativas sociales y económicas, por lo que la satisfacción y percepción de la calidad asistencial varía según sus conocimientos, valores, recursos individuales, además de la edad, sexo y algunos factores de morbilidad. El rol de la enfermera consiste en ayudar al usuario a recuperar o mantener su independencia. El usuario siente satisfechas sus necesidades cuando es atendido por profesionales que demuestran sus conocimientos, habilidades y destrezas al realizar sus tareas, lo cual lleva a mejorar su independencia. La visión de los usuarios es determinante para el éxito o fracaso de un sistema, deriva directamente de los cuidados que le proporcionan en un servicio, de sus características o de la información que se le ofrece para cubrir sus expectativas.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue valorar la opinión de las pacientes sobre la educación sanitaria al alta. Metodología Se realizó un estudio transversal descriptivo observacional a las puérperas ingresadas en la unidad de obstetricia durante tres meses (febrero, marzo y abril). Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario con 6 ítems y preguntas cerradas con respuesta multicotómicas. La encuesta se realizó con un sistema informático del hospital de encuestas a través de un QR que se añadió al libro informativo al alta, de forma voluntaria y anónima.

RESULTADOS


La muestra fue de 130 pacientes, a los cuales se les preguntó si recibió toda la información necesaria para una transición tranquila a su domicilio, siendo de 50% mucho, 20% bastante, 10% poco e 20% incompleta; si se ha sentido apoyada y asesorada con la lactancia elegida siendo del 60% mucho, 15% bastante, 15% poco e 10% incompleta; si están familiarizados con los signos de alarma para justificar una visita a urgencias siendo 50% mucho, 25% bastante, 15% poco e 10% incompleta; el grado de satisfacción global de la asistencia recibida durante su ingreso siendo 10 un 50%, sobre 9 un 20%, sobre 8 un 15%, sobre 7 un 5% e incompleto 10%; si les parece el libro al alta útil Si un 90%, No un 0% e incompleta 10% y en caso de nuevo embarazo si volvieran a nuestro centro Si un 80%, tal vez 5% e incompleta 15%.

CONCLUSIONES

A partir de este estudio de recogida de muestra de tres meses de duración observamos que todos los ítems alcanzan un nivel de satisfacción muy alto. Queríamos conocer los beneficios de la educación sanitaria al alta con el libro informativo que se les entrega durante su ingreso. La satisfacción del usuario ha adquirido un notable relieve en el ámbito hospitalario para evaluar la calidad asistencial y mejorar el proceso en el cuidado, por lo que hay que evaluar la satisfacción del usuario al alta. Nuestro hospital humaniza y empodera durante el ingreso a los pacientes.



VALIDACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN INICIAL DEL CÓDIGO INFARTO

 Sanchez Freire, Encarna ⁽¹⁾ • Vidal Alavall, Josep ⁽¹⁾ • Fuster Casanovas, Aina ⁽¹⁾ • Miró Catalina, Queralt ⁽¹⁾ • Cartanyà Bonvehí, Joan ⁽¹⁾ • Garcia Domingo, Josep Lluís ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Institut Català de la Salut • ⁽²⁾ Universitat de Vic

Identificador: 254

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las listas de verificación (LV) facilitan el abordaje sistemático y aportan seguridad a los profesionales. En la atención a las patologías tiempo dependientes esta herramienta contribuye a reducir los errores por omisión y aumentar la seguridad al paciente. No se han publicado hasta el momento trabajos de validación de una LV para la atención inicial al código infarto.

OBJETIVOS

Validar la LV creada para facilitar la primera asistencia en los pacientes con código infarto y que utilizan los equipos de atención primaria (EAP) de nuestro territorio.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo para la validación de una LV para la atención inicial del código infarto.

Al finalizar la formación anual del código infarto se propuso a todos los profesionales asistenciales de medicina y enfermería que cumplimentan el LV a partir de la descripción de dos casos clínicos diseñados para la ocasión (tiempo 1). El caso 1 tenía las características clínicas habituales y el caso 2 era de mayor complejidad. Entre los 30, 37 y 45 días (tiempo 2) siguientes se propuso a los profesionales que habían participado que repitieran la misma tarea para evaluar la consistencia temporal.

Se compararon los datos de las LV cumplimentadas por los asistenciales con una LV “gold standard” (GS). Creamos este GS aplicando las guías europeas vigentes y respondimos todos los ítems de la LV para cada uno de los dos casos. La comparación se hizo para el caso 1 y el caso 2, tanto para el tiempo 1 como para el tiempo 2. Se determinó el grado de acierto, la consistencia interna a través de Kappa de Feliss y la consistencia temporal a través de T-Student para datos apareados.

RESULTADOS

Se obtuvieron 409 respuestas a la LV de ambos casos en el tiempo 1 y 204 respuestas en el tiempo 2. La coincidencia con el GS en el caso 1 fue del 83.35% para el tiempo 1 y del 83.65% para el tiempo 2. Para el caso 2 fue del 68.31% para el tiempo 1 y del 72.64% para el tiempo 2.

En 103 LV pudimos analizar las respuestas en tiempo 1 y 2 para los mismos profesionales: se obtuvo valores superiores a 0.8 de consistencia interna en todos los casos con p-valores estadísticamente significativos. En cuanto a la consistencia temporal, para el caso 1 no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados del tiempo 1 y el tiempo 2. En cambio, para el caso 2 no se demostró consistencia temporal ya que las diferencias observadas entre los dos tiempos fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

La LV tiene validez interna y consistencia temporal, especialmente en los casos de presentación clínica más habitual.

IMPACTO DE ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL REGISTRO CORRECTO DE LOS CUIDADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

 Vadillo Muñoz, Aroa • Guadarrama Ortega, David • Luna Ramírez, María • Curiel García, Alexandra • Pizarro Jaraiz, María de los Angeles • González Piñeiro, Beatriz

 Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 255

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Con la implantación de la historia clínica electrónica (en adelante HCE) surge la necesidad de la implementación del Proceso Enfermero para garantizar la continuidad de cuidados y la seguridad de los pacientes a través de los niveles asistenciales y dentro de cada uno de ellos; además, de dar cumplimiento al RD 1093/2010 de 3 de septiembre y el posterior RD 572/2023, de 4 de julio, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos.

Tras la pandemia, al analizar los indicadores del contrato programa establecidos por la comunidad, se observó un área de mejora importante en aquellos relacionados con la valoración de los pacientes, la planificación de los cuidados y el informe de cuidados de enfermería al alta.

OBJETIVO

Conocer el impacto de estrategias de mejora para el registro de los cuidados en la HCE usando los indicadores del contrato programa establecidos por la comunidad.

Metodología:

Ámbito: Hospital de nivel II con una población de referencia de aproximadamente 170.000 habitantes.

Se realizaron 6 talleres formativos de simulación en metodología en nuestro centro de simulación de 5 horas de duración cada uno, se crearon 2 alertas desde la Comisión de Calidad de Cuidados para el registro correcto en la HCE, se creó un grupo de referentes de metodología de cuidados con enfermeros de las unidades de hospitalización y coordinado por la enfermera referente en metodología de cuidados del hospital, se impartieron 10 sesiones formativas de 1 hora de duración en todas las unidades de hospitalización y se realizó la difusión de la ubicación en intranet de videos formativos para el registro en la HCE. Además, se generó un listado para la monitorización diaria de los pacientes ingresados sin valoración y plan de cuidados.

Se compararon los meses de abril de los años 2023 y 2024.

RESULTADOS

% de pacientes con valoración de enfermería en las primeras 24 horas del ingreso: 94,21% (2023) a 97,04% (2024).

% de pacientes ingresados con valoración del riesgo de caídas mediante escala validada: 95,53% (2023) a 98,72% (2024).

% de pacientes ingresados con valoración del riesgo de padecer úlceras por presión mediante escala validada: 95,53% (2023) a 98,72% (2024).

% de pacientes con planes de cuidados durante el ingreso: 92,75% (2023) a 96,13% (2024).

% de pacientes con informe de cuidados de enfermería con formato RD 1093/2010 de 3 de septiembre: 95,58% (2023) a 95,66% (2024).

CONCLUSIONES

Se hace visible que la formación continuada es importante en la práctica asistencial, ya que se ha observado una mejoría notable en todos los indicadores tras la implementación de las estrategias de mejora, excepto en el informe de cuidados de enfermería al alta (ICE). Además, el hecho de tener un referente en cada unidad ha ayudado a una mayor cumplimentación de los cuidados en la HCE. Respecto al ICE, se está trabajando en un análisis más exhaustivo de las posibles causas de no realizar el ICE para poder establecer un plan de acción de mejora.

DISEÑO DE UN CUADRO DE MANDO PARA LA REVISIÓN DEL ESTADO DE VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN POBLACION DE 60+ AÑOS.

 RAMIREZ PUERTA, ANA BELEN • FERNANDEZ ALLENDE, ANA LUISA • CONEJOS MIQUEL, MA DOLORES • JIMENEZ CARRAMIÑANA, JULIAN • MIÑINO ZUBIA, DANIEL • SARRIÓN BRAVO, JUAN ANTONIO

 GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 256

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Es objetivo de Salud Pública (SP) asegurar la correcta cobertura vacunal frente al neumococo (NC) siguiendo pautas de vacunación recomendadas por las autoridades sanitarias para la prevención de la enfermedad.

Para ello se definen indicadores específicos para el seguimiento de la vacunación en población de 60 o más años (60+), que profesionales de medicina de familia/ enfermería visualizan en la plataforma eSOAP (Seguimiento Objetivos Atención Primaria).

En el Contrato Programa (CP) se incluye un indicador que permite identificar la población diana con cero o alguna dosis de vacuna neumococo (VN), pero no determina el correcto estado vacunal.

OBJETIVOS

Permitir a los profesionales la revisión del estado vacunal de su población de referencia de 60+.

Contribuir a la captación proactiva y mejorar cobertura vacunación de la población diana no vacunada.

METODOLOGÍA

En 2022 se incluye en CP el indicador 5.08.60, definido por SP: “Cobertura programa vacunación frente a neumococo en adultos” = población 60+ con al menos 1 dosis VN frente población total 60+, visible en eSOAP. Muestra datos de cobertura semestrales (cortes junio-diciembre) procedentes de SISPAL (fuente de SP).

En base a este, se construye en eSOAP un nuevo indicador de gestión clínica para profesionales, el 5.08.70: “Adultos 60+ con vacunas frente a neumococo registradas” = población 60+ con al VNC registradas en SISPAL o Historia Clínica Electrónica (HCE) identificando la fuente del registro. Actualiza datos de HCE mensualmente y ofrece datos a pacientes identificados por código autonómico (CIPA) con registros de los 3 tipos de VN: Polisacárida, Conjugada, Conjugada20.

RESULTADOS

Del indicador de cobertura 5.08.60:

El 2023 cerró con un 59,13% de cobertura media en la comunidad, con una horquilla de 63,15 - 57,27 entre las 7 Direcciones Asistenciales en las que se organiza.

El corte de mayo 2024 muestra una media de 58.76% y horquilla de 56,86 - 62,78.

Del indicador de gestión clínica 5.08.70: 1 millón (M) de personas tienen registros de VN de 1.7M con 60+ (58.8%).

Con la explotación de diciembre 2023 se identifican errores de volcado de HCE a SISPAL. En junio se podrá calcular su impacto. Se ampliará información en la exposición de la comunicación.

CONCLUSIONES


Disponer del CM permite al profesional sanitario autonomía en el acceso a datos (registros de población con vacuna NC) para seguimiento y mejora de coberturas vacunales, actualizados periódicamente.

El 5.08.60 no informa del correcto estado de vacunación de la población. Es necesario hacer una valoración individualizada por paciente: edad, tipo vacuna, fecha administración. Estos datos sí los facilita al profesional el nuevo indicador, evitando la consulta de la HCE/ paciente.

El 5.08.70 aporta actualización de datos de registros de HCE cada mes (SISPAL cada 6 meses) y los identifica a CIPA.

El identificar errores de volcado de datos desde HCE a SISPAL permitirá su corrección reduciendo errores de seguridad y ajustando la cobertura.

EVOLUCIÓN DEL PROYECTO GESTION DE LA DEMANDA DE ENFERMERÍA 2021- 2024

 RAMIREZ PUERTA, ANA BELEN • BARBERA MARTIN, AURORA • SARRIÓN BRAVO, JUAN ANTONIO • DIAZ HOLGADO, ANTONIO • ESTEVEZ MUÑOZ, JOSE CARLOS • AZCUTIA GOMEZ, MARIA ROSARIO

 GERENCIA ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA

Identificador: 257

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Proyecto de Gestión de Demanda Enfermera (GDE) es estratégico en la Gerencia Atención Primaria. Potencia la capacidad enfermera para resolver problemas agudos de los usuarios relacionados con cuidados. Prioriza y desarrolla 21 procesos asistenciales (PA) y está implantado desde 2021.

El proyecto define un cuadro de mando (CM), para la monitorización directiva del despliegue e impacto, que establece indicadores clave. El indicador principal (IP) es un objetivo específico del Contrato Programa Centro (CPC) en 2023, basado en codificación CIAP (Clasificación Internacional Atención Primaria) de demandas de enfermería (DE). Con el desarrollo del proyecto, se identifica la necesidad de diseñar nuevos indicadores de seguimiento con información relevante de los PA.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar nuevos indicadores de GDE.

METODOLOGÍA

Se recopilan propuestas de mejora (directivos/ asistenciales) sobre IP en 2023. Se crean protocolos de registro en Historia Clínica Electrónica, específicos para los 21 procesos que incluyen campos con datos clave: “Pacientes distintos atendidos” (PDA); procesos: “Resueltos por enfermería” (RE), “Precisan derivación” (PD), “Motivo derivación” (MD) y “Precisan continuidad cuidados” (PCC).

Se modifica el IP para CPC_2024: “Plan Actuación Procesos GDE”: nº procesos GDE con plan actuación asociados a CIAP-DE abierto en año previo/ nº total de episodios CIAP-DE del centro en último año x100. Se amplían los episodios CIAP-DE analizados respecto a CPC_2023.

Se adapta el CM GDE creando informe de indicadores con los nuevos y el IP 2023.

RESULTADOS

CPC 2023: Se establece umbral de excelencia (UE) al inicio de la medición en 17,6%. A cierre, 13 de 262 centros no obtienen puntuación por no cumplir criterio llave de tener circuito GDE, del resto, superan UE 95 centros, con un rango 17,57 - 45,37%.

Indicadores 2024, datos preliminares a mayo:

CPC 2024: UE 8.90%. Media Comunidad 6.98%.

PDA: 34.344.

PGDE: 35.755.

PD: 26.169 (73,19%); MD Clínicos (MDC): 15.906 (60,83%). MD prescripción farmacológica: 8.855 (33,89%) y MD Incapacidad Temporal: 1408 (5,31%).

RE (no PD por MDC): 9.586 (26,81%).

PCC: 8010 (22,40%)

CONCLUSIONES

Los procesos de GDE aportan información relevante para seguimiento y toma de decisiones, y son una mejora para los profesionales durante el PA. El IP identifican procesos atendidos por enfermería en primer contacto, los nuevos indicadores amplían información cualitativa del PA.

Disponer de un CM de gestión permite a los directivos la toma de decisiones, seguimiento exhaustivo del desarrollo del proyecto e identificar áreas y acciones de mejora. A nivel técnico, ha permitido identificar episodios CIAP que no contemplados en la explotación IP 2023 ampliando los CIAP-GDE.

El análisis de la información del CM ampliado, permitirá orientar el proyecto en la mejora continua y el compromiso de aporte de valor a la organización. Se precisa evolucionar a gestión clínica por parte de los centros.



MONITORIZACIÓN DIGITAL PERSONALIZADA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

 González del Portilo, Elisabet • Castaño Cantos, Ana • Estébanez Aldonza, Sara • Lago Martínez, Silvia • Hurtado Leal, Lourdes • Morera López, Rosa María

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 258

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El seguimiento de los pacientes en tratamiento oncológico, durante el mismo o tras la finalización de éste, presenta subóptimo nivel de consenso entre los profesionales de las diferentes disciplinas que participan en el mismo, y bajo nivel de evidencia científica en cuanto a la mejora en los resultados en salud conseguidos. A pesar de lo anterior, se sigue consumiendo un enorme volumen de recursos de los sistemas de salud y de la sociedad en general, provocando un importante ejemplo de ineficiencia tanto para profesionales como para pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En nuestra actualidad asistencial, la consulta de revisiones de tratamiento y revisiones sucesivas de pacientes oncológicos en tratamiento radioterápico supone más del 40% del tiempo asistencial de un oncólogo radioterápico, y un tiempo no inferior entre el personal de enfermería. Paralelamente, se produce un consumo de tiempo y costes en pacientes y familiares/acompañantes asistiendo a estas consultas.

Nuestro objetivo es mejorar la eficiencia de recursos consumidos en el seguimiento del paciente oncológico que recibió tratamiento radioterápico, a la vez que mejore las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, reduciendo sus costes directos e indirectos asociados a este seguimiento.

Implementar una monitorización digital personalizada del paciente oncológico en tratamiento y seguimiento por un servicio de Oncología Radioterápica de un hospital de tercer nivel, de forma pionera a nivel nacional mediante una herramienta comercializada por ELEKTA denominada KAIKU, que permite, a través de listados de síntomas y signos validados para cada patología, un reporte por parte del paciente a través de una aplicación móvil, de modo proactivo y en tiempo real. Todo ello quedará registrado en nuestra red de gestión departamental, Mosaiq. Dicha información será atendida por los profesionales (médicos o enfermeros) según un plan de trabajo previamente consensuado.

RESULTADOS

Los resultados esperados serán: a) conseguir que los pacientes en su viaje de seguimiento oncológico se sientan más seguros y satisfechos; b) que las instituciones y los profesionales que participan en el seguimiento oncológico consigan una coordinación eficiente del mismo; c) disponer de una captura estructurada de datos en tiempo real útiles para investigación, que permitan evitar procesos asistenciales más complejos al poder actuar de modo proactivo y precoz, evitando visitas innecesarias a nuestros centros sanitarios; d) generar innovación organizativa disruptiva en el seguimiento oncológico.


CONCLUSIONES

La implementación en un Servicio de Oncología Radioterápica de la herramienta KAIKU, permitirá una monitorización digital personalizada del seguimiento del paciente oncológico, que conseguirá mejora en las necesidades y expectativas de pacientes y profesionales con un consumo más eficiente de nuestros recursos.





INFORMACIÓN ACTIVA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

 Cercós Martínez, Iván Rafael • León Téllez, Marta • Jimenez Callejo, Elena • Torres Ortega, Clara María • Jodra Pérez, Jesús Ángel

 Complejo Asistencial Universitario de Soria

Identificador: 259

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las urgencias que se atienden en los hospitales constituyen una prioridad asistencial por varios motivos:

- Con frecuencia es el primer contacto del ciudadano con los centros sanitarios ante la aparición de un problema agudo de salud y constituyen una vía de acceso a la atención hospitalaria que a veces “puentea” la preceptiva derivación desde Atención Primaria.
- Habitualmente la demanda del ciudadano se acompaña de una gran ansiedad.
- Gran afluencia de pacientes que, en ocasiones, genera una aparente masificación.

Las “quejas” recibidas que suelen estar relacionadas con los tiempos de espera. Facilitar información sobre los tiempos estimados según el grado de urgencia de la puede mejorar estas situaciones.

OBJETIVOS

El objetivo principal es mejorar la satisfacción con la atención recibida de los pacientes que acuden a Urgencias Hospitalarias, informando a los pacientes y acompañantes sobre los tiempos estimados de atención y la situación del paciente una vez realizado el triaje.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado, por un lado, paneles informativos relativos a los niveles de triaje y funcionamiento del servicio de urgencias, y por otro, se ha desarrollado una aplicación web propia, realizada en Java para recibir la mensajería de ingreso en urgencias en formato HL7.

La operativa es la siguiente:

- Una vez el paciente ha sido triado, se le asigna un nivel de triaje del 1 (crítico) al 5 (no urgente).
- Cada nivel de triaje lleva asociado un color en función de la gravedad del paciente y el tiempo estimado de atención médica. Estos parámetros se encuentran indicados en varios paneles informativos que se encuentran en la sala de espera y zona de admisión.
- Así mismo, en varios monitores de gran formato aparece el código asignado al paciente en admisión, el nivel de triaje y la ubicación en tiempo real del paciente. Este último parámetro se actualiza por los profesionales del servicio según se encuentre el paciente en sala de espera, box de observación, en espera de pruebas, vaya a recibir el alta o la hospitalización.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES


Con todo ello se obtienen los siguientes valores añadidos:

- De cara al paciente, se le informa de su priorización en base a su estado de salud y conoce los tiempos estimados de espera, por lo que se reducen las quejas y reclamaciones por tiempos de espera excesivos. Así mismo, se le informa de que pueden existir niveles más graves en el servicio de urgencias que puedan requerir una atención sanitaria preferente.
- Los acompañantes saben en tiempo real la ubicación de sus pacientes, y les permiten conocer los diferentes niveles de triaje existentes en el servicio y los tiempos de espera.
- Finalmente, los profesionales sanitarios pueden informar permanentemente a los familiares de la ubicación de los pacientes, desde cualquier ordenador del servicio, sin necesidad de salir del box o despacho donde se encuentre, evitando pérdidas de tiempo en trasiegos innecesarios.



ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS PREOPERATORIAS DE RUTINA EN CIRUGÍA ELECTIVA. VARIABILIDAD ENTRE HOSPITALES

 Bolívar Ribas, Ignasi ⁽¹⁾ • Arrieta Bernaras, Miren ⁽²⁾ • Requeijo Lorenzo, Carolina ⁽³⁾ • Sánchez Hidalgo, Antonio ⁽⁴⁾ • Urreta Barallobre, Iratxe ⁽⁵⁾ • Bassas Parga, Eva ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública • ⁽²⁾ Hospital de Zumárraga, OSI Goierri Alto Urola • ⁽³⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública • ⁽⁴⁾ Consorci Sanitari de Terrassa, Servei de Cardiologia • ⁽⁵⁾ Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación del Hospital Universitario Donostia • ⁽⁶⁾ Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí

Identificador: 260

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Numerosos estudios han cuestionado la utilidad de las pruebas preoperatorias de rutina (PPR) en la gestión anestésica del paciente o en el resultado quirúrgico. Además, pueden generar falsos positivos, repetir pruebas o requerir interconsultas innecesarias, retrasar las intervenciones, alargar la estancia, crear inconvenientes al paciente y aumentar los costos asistenciales. Para reducir las PPR innecesarias, la variabilidad de su solicitud y facilitar la toma de decisiones existen guías internacionales, pero la inadecuación parece continuar siendo elevada.

OBJETIVOS

Analizar el grado de adecuación de la solicitud de PPR en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas de diferente grado de complejidad, de acuerdo a las guías del propio hospital y la guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence 2016), y analizar la variabilidad de los criterios de solicitud entre los diferentes hospitales participantes.

METODOLOGÍA

Estudio transversal retrospectivo en pacientes de 9 hospitales españoles, >18 años, sometidos a cirugías electivas de catarata, hernia inguinal, colecistectomía laparoscópica, cirugía colónica y prótesis de rodilla, entre el 13 y 17 de junio de 2022. Se excluyeron cirugías urgentes y las solicitudes de PPR en pacientes hospitalizados. Los anestesiólogos u otros especialistas de cada hospital evaluaron la adecuación de sus pruebas solicitadas. La variabilidad de los criterios de solicitud fue analizada por los autores del estudio a partir de los protocolos de cada hospital.

RESULTADOS

Se incluyeron 1.522 pacientes, con un 51,2% de hombres de 71 años de edad media. La mayoría tenía un ASA entre II (58,3%) y III (31,9%). Según los protocolos hospitalarios, la inadecuación global en la solicitud de PPR fue del 19,4%, mientras que según la guía NICE fue del 71,0%. En ambos casos se debió principalmente por exceso de pruebas solicitadas. La analítica de sangre fue la prueba con mayor inadecuación. La inadecuación fue mayor en cirugías de complejidad intermedia y en pacientes con ASA I y II.

La inadecuación por hospitales, según sus propios protocolos, varió significativamente del 0,4% al 55,7%. Según la guía NICE, la inadecuación osciló entre el 29% y el 91%.


La variabilidad de los criterios de solicitud en los protocolos de los diferentes hospitales fue elevada. Los criterios de solicitud eran más laxos que en las guías NICE y con frecuencia dejaban a criterio del anestesta la solicitud de pruebas. La edición y el formato de los protocolos fue también muy variable, y solo 2 hospitales disponían de una matriz informatizada para la solicitud de PPR.

CONCLUSIONES

Se necesita una mayor adherencia a las guías basadas en evidencia para optimizar la solicitud de PPR, el uso de recursos y la calidad de la atención preoperatoria. Ello requiere acciones de consenso y formación entre los profesionales implicados, y ayudas en la decisión sobre las pruebas a solicitar para cada paciente.



INNOVACIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA EXPERIENCIA DE UTILIZAR UN SIMULADOR.

 SEDANO MARTINEZ, ANA ⁽¹⁾ • CAMPOS, TONI ⁽²⁾ • LLOVER TELLEZ, MIQUEL ⁽²⁾ • CERQUEIRA, SAMUEL ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ UNIÓN CONSORCI FORMACIO • ⁽²⁾ ENALTIS BARCELONA • ⁽³⁾ UNIO CONSORCI FORMACIO - UCF

Identificador: 261

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

En 2023 se pone en marcha un programa de innovación en procesos asistenciales en atención primaria (Gestión de la demanda) mediante el uso de un simulador virtual.

OBJETIVOS

Mejorar el sistema de salud a través de la redefinición y mejora de los procesos asistenciales con referencia al Triple AIM: Mejorar el resultado clínico, experiencia del paciente y del profesional y hacerlo de manera sostenible.

MATERIAL Y MÉTODO

Profesionales asistenciales, pedagogos e ingenieros han trabajado para diseñar un centro asistencial de atención primaria simulado virtualmente. Una premisa de la mejora de procesos es que se debe trabajar y observar “allí donde pasan las cosas” (Gemba).

A través de un simulador gamificado de procesos ambientado en un área básica de atención primaria se ponen en práctica los retos que los profesionales deben afrontar en ese entorno. Durante la simulación situamos al participante en el rol de un profesional que tiene por objetivo ayudar a la EAP a solucionar diferentes problemas, e interactúa con los profesionales del equipo que lo guían. Debe gestionar agendas, la demanda, los recursos, y entender los problemas desde diferentes puntos de vista.

Con este ecosistema transita por los contenidos, de una manera práctica, utilizando la simulación para adquirir el conocimiento a través de la transformación de la experiencia concreta y las reflexiones posteriores. El hecho de interactuar con los diferentes roles favorece la capacidad de practicar el pensamiento crítico y la comprensión de algunos retos a los que nos enfrentamos en la atención primaria. Cada una de las decisiones da un feedback de conocimientos teóricos. La mejora se reflexiona de manera individual y se puede repetir el ejercicio para ver el impacto de las diferentes decisiones.

RESULTADOS

Un programa de simulación de 20 horas, un espacio virtual con los materiales didácticos interactivos necesarios, actividades y cuestionarios de evaluación, así como un conjunto de herramientas que facilitan la comunicación.

El programa lo han completado 500 profesionales, valorando como mejor elemento la plasticidad y la visualización de la realidad del simulador.

CONCLUSIONES


Las nuevas metodologías de la gestión de operaciones y mejora continua aplicadas a la salud en el ámbito de la atención primaria, nos permitirán impulsar una cultura de transformación de las organizaciones centradas en el paciente, mejorando resultados clínicos, de seguridad y de calidad y eficiencia. Con la utilización de simuladores se puede recrear entornos reales donde el participante hace pruebas y reflexiona sobre el impacto de sus decisiones de gestión.

Con esta formación experimentaremos las metodologías y filosofías de gestión más innovadoras y modernas para la mejora continua utilizando Lean Healthcare y Value Based Healthcare. Haremos hincapié en el valor, el flujo, la seguridad y la experiencia del paciente, con rigor, pero de una manera fácil y próxima para los profesionales asistenciales.





PROYECTO ESALUT: UNA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL MODELO ASISTENCIAL

 *Riu, Meritxell* ⁽¹⁾ • *Valero Valdelvira, Patricia* ⁽²⁾ • *Guarch Gonzalez, Ruth* ⁽²⁾ • *Alegre Cabrera, Pablo* ⁽²⁾ • *Bonjorn Dalmau, Mercè* ⁽²⁾ • *Taboada Bernal, Jordi* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Germans Trias i Pujol. Gerencia Metropolitana Nord* • ⁽²⁾ *Gerencia Metropolitana Norte. ICS. Grupo investigación INEDIT IGTP*

Identificador: 262

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

El proyecto representa un cambio de paradigma en el cuidado de enfermedades agudas y crónicas, donde la tecnología de telemedicina es el medio para mejorar la experiencia del usuario y los resultados de salud.

OBJETIVOS

Mejorar resultados de salud y calidad de vida, aumentar eficiencia y seguridad del sistema sanitario, y optimizar la experiencia del paciente y los profesionales.

MATERIAL O MÉTODOS

Este proyecto estratégico en el área sanitaria es innovador centrado en el paciente que realiza una transformación del modelo asistencial en base a tres pilares: Telemonitorización, Empoderamiento del paciente y Comunicación. Es masivo (para todos los pacientes) y a la vez personalizado gracias a los perfiles y procesos.

Se tiene una visión integral del paciente, abarca primaria y hospital y está integrado en la historia clínica. En todos los casos de uso se realiza una reingeniería del proceso con una metodología propia que combinada diferentes técnicas (Design Thinking, Agile, lean...). Se ha diseñado un sistema de alarmas clínicas para conseguir una medicina preventiva-anticipativa.

Para la evaluación se ha realizado estudio pre-post de los datos clínicos y eficiencia del sistema. A nivel de experiencia del paciente se han realizado estudio cualitativo-cuantitativo con la escala uMARS, así como con la herramienta patient journey. La evaluación abarca aspectos clínicos, eficiencia del sistema y experiencia del paciente.

RESULTADOS

Desde 2022, participación de 345 profesionales en 70 casos (factores de riesgo cardiovascular, espondilitis, infarto agudo, cáncer colon, cirugía cardíaca, ...). En el momento actual se han beneficiado más de 1800 pacientes con una adherencia a la aplicación de más un 80. Se han creado 401 perfiles y 332 procesos. Se han construido 350 cuestionarios (PROMs, PREMs) y 30 ejercicios para control y mejora del estado de salud. Se han realizado 1031 consejos y 130 retos/ juegos para mejorar el empoderamiento del paciente. Más de 400 alarmas por problemas clínicos han sido reportadas. En los datos preliminares se observa una disminución en el tiempo desde la complicación a la visita de control. Se ha observado una disminución de las visitas del 50%.

La evaluación de la experiencia del paciente (160 evaluados) muestran una puntuación media objetiva de 4.08 sobre 5 según la escala uMARS. La satisfacción de los profesionales es 7.63 sobre 10.

Dentro de las mejoras realizadas se ha creado un libro de estilo y se está trabajando en alfabetismo en salud y brecha digital tanto de pacientes como cuidadores

CONCLUSIONES

eSalud es un macro proyecto innovador para transformar la asistencia sanitaria en nuestra zona, centrado en el paciente con ADN en evaluación y mejora continua (gracias a PREMs y PROMs), adaptado a las necesidades individuales en cada momento asistencial. Potenciando la mejora del empoderamiento y el alfabetismo en salud y disminuyendo la brecha digital. Es un modelo escalable y sostenible.





IMPULSO DE UNA RED DE COMISIONES PARA MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y CLÍNICA

 Requeijo, Carolina • Quintana, M Jesús • Bonfill Cosp, Xavier

 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Identificador: 263

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La mejora continua de la adecuación clínica es un componente esencial de la calidad asistencial. Desde 2011, diversos hospitales en España han constituido comisiones de mejora de la adecuación o mejora de la práctica clínica. Estas comisiones tienen como objetivo identificar y reducir las prácticas de bajo valor, tanto en el ámbito médico como de enfermería, formular recomendaciones y proponer acciones para mejorar la calidad asistencial y el uso racional de los recursos. Desde 2019 se ha iniciado una red de coordinación entre algunas de estas comisiones.

OBJETIVOS

La red de comisiones de mejora de la adecuación pretende promover la colaboración entre los centros que voluntariamente quieren participar en esta iniciativa y facilitar el trabajo compartido, así como ir ampliando sus actividades e impacto. El objetivo último es hacer más eficiente el proceso de evaluación, incrementando su potencial valor e interés y promoviendo la difusión conjunta de resultados para maximizar el impacto de las mejoras implementadas.

Metodología: Creación de una red que se coordina desde uno de los centros participantes y en la que se comparten experiencias, proyectos multicéntricos, evaluación de intervenciones basadas en la evidencia, acciones para mejorar la adecuación de la práctica clínica y estrategias de comunicación, así como distintos recursos y eventos.

RESULTADOS

Desde su constitución en 2019, la red ha logrado consolidarse como un espacio de colaboración y aprendizaje continuo. Actualmente participan 20 centros de cuatro comunidades autónomas. Durante este periodo, se han llevado a cabo 29 reuniones y 5 proyectos multicéntricos y están en marcha otros 3. Se han identificado diversas áreas de mejora, incluyendo la adecuación de las pruebas diagnósticas y preoperatorias, la prescripción farmacológica y algunos procedimientos de enfermería. Como resultado, la red promueve la actualización de los protocolos relacionados y la difusión de resultados a través de publicaciones en revistas internacionales.

CONCLUSIONES

Esta red de comisiones se ha convertido en un espacio de trabajo multicéntrico e interdisciplinario de mucha utilidad. A pesar de enfrentar diversas limitaciones derivadas en buena parte de la falta de recursos para su funcionamiento, esta iniciativa ofrece grandes oportunidades para fomentar las sinergias y contrastar situaciones similares en los diferentes centros y para aprender de las mejores experiencias. La consolidación y la incorporación de nuevos centros pueden fortalecer el potencial de esta red y contribuir significativamente a mejorar la calidad clínica y sanitaria de la atención prestada en todo el sistema nacional de salud.



DIANASALUD.COM, UNA HERRAMIENTA QUE PROMUEVE LA ADECUACIÓN EN SALUD

 Vicuna, Johanna ⁽¹⁾ • Requeijo, Carolina ⁽¹⁾ • Quintana, M Jesús ⁽¹⁾ • Meza, Nicolás ⁽²⁾ • Bonfill Cosp, Xavier ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau • ⁽²⁾ Centro Cochrane Iberoamericano

Identificador: 264

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

DianaSalud.com - Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud - es un repositorio en línea que alberga iniciativas y valoraciones nacionales e internacionales sobre intervenciones de salud, con un enfoque en identificar aquellas de bajo valor o inapropiadas. Desarrollado en 2012, este sitio web de acceso abierto, independiente y actualizado periódicamente, está disponible en inglés y español. Cuenta con un motor de búsqueda que permite identificar recomendaciones utilizando uno o más criterios. Está dirigido a profesionales de la salud, investigadores y partes interesadas en mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica mediante la identificación y promoción de prácticas basadas en evidencia.

OBJETIVOS

describir las recomendaciones en DianaSalud.com desde el año 2000 a 2023, y el uso de la página en los periodos 2016-2017 y 2022-2023.

METODOLOGÍA

realizamos un análisis descriptivo de las frecuencias absolutas y relativas de las recomendaciones, por año y tipo de intervención. También realizamos el análisis del número de visitas totales y únicas por año, la duración media anual de las visitas (minutos), el dispositivo utilizado (escritorio o dispositivo móvil), y el país del usuario, a través del programa de servidor web (AWStats® 7.6).


RESULTADOS

identificamos 6.675 recomendaciones disponibles en DianaSalud.com, incluidas en 29 iniciativas nacionales e internacionales. Las recomendaciones farmacológicas fueron las más frecuentes ($n=2182/6.675$; 32,7%), seguidas de las diagnósticas ($n=1934/6675$; 29,0%). En relación al uso de DianaSalud.com, se registraron durante 2023 33.829 visitas totales, un 89% más que en el año 2016 ($n=17.332$). La mayoría de las visitas en los años 2022 y 2023 se originaron desde algún país de la Unión Europea ($n=162.243$, 46,2%), principalmente desde España ($n=151.031$, 93,1%), seguido por países de Asia del Este ($n=15.683$, 4,5%).

CONCLUSIÓN

La información recopilada en DianaSalud.com promueve el conocimiento de las iniciativas relacionadas a las intervenciones de bajo valor y se ha convertido en una herramienta útil y cada vez más utilizada. A pesar del crecimiento significativo en su uso, es necesario intensificar los esfuerzos para promover y difundir este sitio web, con el objetivo de mejorar el acceso de los profesionales y partes interesadas a recomendaciones útiles, pero aún poco conocidas.

ENCUESTAS A TIEMPO REAL PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 Colomer Rosas, Asunción ⁽¹⁾ • Rodríguez Rodil, Nuria María ⁽¹⁾ • Gimenez Cabrera, Adriana Paola ⁽¹⁾ • Rúa Sanz, Esmeralda ⁽¹⁾ • Mañé Romero, Laura ⁽²⁾ • Fernández Delgado, Adela ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA112 • ⁽²⁾ RATENOW • ⁽³⁾ Subdirección General de Calidad. Dirección General de Humanización

Identificador: 267

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los cambios sociales han determinado que las organizaciones sanitarias además de garantizar la efectividad y la seguridad, se esfuercen en mejorar la experiencia y calidad percibida del paciente.

Nuestro Servicio de Urgencia Extrahospitalaria (SUE) se propuso conocer la experiencia del paciente para mejorarla.

OBJETIVOS

Implantar encuestas a tiempo real en un SUE para conocer la experiencia del paciente.

METODOLOGÍA

Grupo de trabajo: profesionales de Atención al Usuario, Calidad, Humanización, Sistemas de Información y empresa experta en soporte tecnológico.

1. Definir población diana (PD) y método de evaluación (Likert y Net Promoter Score NPS)
2. Elaborar cuestionarios. Revisión interna y Externa por expertos de la consejería de sanidad. Autorización.
3. Determinar canal de comunicación para encuesta online, soporte e integración informática con plataforma de empresa externa.
4. Pilotaje, implantación y mejoras.

RESULTADOS

1. Definida PD: usuarios de servicios prestados por los recursos móviles y Centro Coordinador de Urgencias (CCU) que tuviesen un teléfono inteligente. Se establecieron 7 segmentos de PD de pacientes atendidos por:

- Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI),
- Vehículos de Intervención Rápida (VIR),
- Unidades de Atención Domiciliaria (UAD) Médica,
- UAD Enfermera,
- ambulancias (A) de Traslado Sanitario Urgente (TSU)
- A de Traslado Sanitario Programado, (TSP)
- telefónicamente por el CCU.

2. Se elabora 7 cuestionarios con diseño web y específicos por segmento asistencial. Nº de preguntas: de 17 (TSU) a 27 (TSP), una de perfil sociodemográfico optativas y una abierta de sugerencias de mejora.

Indagan satisfacción global, información, competencia, trato, dolor, espera, resolución, adaptación a discapacidad (si existía) y recomendación del servicio. Las de TSU y TSP incluían aspectos específicos del estado de las ambulancias.

3. Canal: mensaje telefónico con enlace de acceso para responder el cuestionario. Envío desde Sistemas de Información SUE y respuesta va anonimizada a la plataforma informática de empresa externa que elabora información con diferentes desagregaciones y crea informes, al que se accede en base a perfiles predefinidos.

4. Inicio Implantación: 14/02/2024 (UVI, VIR, UADM y UADE). En proceso de implantación las otras tres. Incorporación de mejoras en reuniones de seguimiento.

Entre 14/02 y 31/05 se han recibido 2771 encuestas de UADM (NPS 61), 502 de UADE (NPS 70), 2756 de UVI (NPS 73) y 968 de VIR (NPS 78).

CONCLUSIONES

Implantar encuestas online para conocer la experiencia del paciente requiere: diseñar cuestionarios ad hoc, establecer vías de acceso a la web de cuestionarios, plataforma informática para registro y análisis de resultados y acceso a informes automáticos.


Las encuestas a tiempo real agilizan incorporar acciones para mejorar, prevenir y minimizar situaciones que impacten negativamente.

El soporte facilita difundir la información y concienciar a los profesionales implicados en la prestación directa.

Es exportable a otros servicios sanitarios.



ESTUDIO SOBRE ALFABETIZACIÓN DIGITAL EN SALUD EN PACIENTES QUE UTILIZAN UNA APLICACIÓN DE TELEMEDICINA

 Alegre Cabrera, Pablo • Cano Izquierdo, Mireia • Guarch González, Ruth • Taboada Bernal, Jordi • Valero Valdelvira, Patricia • Davins Riu, Meritxell

 Hospital Universitari Germans Trias

Identificador: 268

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Conocer el nivel de alfabetización en salud del paciente es básico para tener una comunicación exitosa y transmitirle adecuadamente el mensaje. Esto se hace más evidente en una aplicación de telemedicina, en la que la tecnología actúa como vehículo del mensaje. **Objetivo principal:** Medir el nivel de alfabetización en salud y alfabetización en salud digital de los pacientes que acceden a una aplicación de telemedicina. **Objetivos específicos:** Averiguar si hay algún condicionante demográfico que pueda afectar al nivel de alfabetización en salud o digital de los pacientes.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en pacientes incluidos en una aplicación de telemedicina entre el 29 de enero y el 20 de mayo de 2024. Para ello, se han analizado las variables demográficas juntamente con las respuestas al formulario eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ), que estudia la alfabetización en salud y en salud digital a través de 7 variables, medidas en una escala del 1 al 4. Se ha establecido para el estudio que unos niveles superiores a 2,75 corresponden a un nivel correcto, que entre 2,25 y 2,75 el nivel de alfabetización en salud y salud digital necesita mejorar y que por debajo de 2,25 el nivel es preocupante. Las variables que analiza el eHLQ son: 1. Uso de la tecnología para procesar la información sanitaria. 2. Comprensión de conceptos y lenguaje sanitarios. 3. Capacidad para participar activamente en los servicios digitales. 4. Sentirse seguro y con control. 5. Motivación para utilizar los servicios digitales. 6. Acceso a servicios digitales que funcionen. 7. Servicios digitales adaptados a las necesidades individuales. Como datos demográficos se ha preguntado por el género, la edad, el nivel de estudios y las redes sociales.

RESULTADOS

Han participado 101 pacientes, 48 hombres y 53 mujeres. La edad media se sitúa en los 54 años, con edades comprendidas entre los 27 y los 88 años. Los hombres son 4 años más mayores de media que las mujeres. El 73% de los pacientes que han participado en el estudio ha finalizado el bachillerato o un estudio universitario, mientras que el 24% ha cursado primaria y el 3% restante no tiene estudios. El 39% de los participantes en el estudio utiliza menos de 3 redes sociales. Cabe destacar que las 3 personas que no utilizan ninguna son hombres mayores de 70 años. Los resultados indican que los pacientes reclaman más servicios digitales personalizados y que funcionen.

CONCLUSIONES

En todas las dimensiones más del 65% de los pacientes tenía un alfabetismo correcto. Destacada el dominio 4 en el que el 87% responde sentirse seguro y con control. Los peores resultados se obtienen en el dominio 1^a, en el que el 65% de los pacientes ofrece un correcto uso de la tecnología para procesar la información sanitaria, por el 20% que tiene directamente un mal uso de la tecnología. También reflejan que los hombres tienen peor alfabetización digital en salud y que la edad no es una variable determinante en el nivel de los pacientes.





CHECKLIST PARA LA REALIZACIÓN DE UNA AUDITORÍA INTERNA

 *SECO MAQUIERA, PILAR • VAZQUEZ MOURELLE, RAQUEL • ROCA BERGANTIÑOS, OLGA • LOSADA CASTILLO, ISABEL • SUAREZ BLANCO, FLOR • TOMÉ NOGUEIRA, ALBERTO*

 *CONSELLERIA DE SANIDAD*

Identificador: 269

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Servicio gallego de salud cuenta con una Red de auditores internos desde el año 2012. Estos auditores realizan las auditorías que desde la Consellería de Sanidade se le asignan a las diferentes Áreas sanitarias y en aquellos, servicios/unidades que han conseguido o están en proceso de conseguir una certificación en alguna Norma de calidad: ISO 9001, UNE 179003, EMAS, ISO 14000, ENAC, CAT, etc. Los auditores que pertenecen a esta Red pública tienen como requisito previo haber realizado algún curso básico de las normas y, posteriormente, tener acreditada su formación como auditor, mediante un Curso que se realiza todos los años y que organiza la Subdirección de Atención Hospitalaria, incrementando cada año el número de auditores de dicha red.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de la Red de auditores del Sergas consiste en que todos los profesionales de los servicios/unidades certificados se impliquen en la realización de estas auditorías. Se tiene en cuenta siempre que los auditores sean profesionales concedores del servicio a auditar. Para la elaboración del documento que se presenta, se creó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de áreas ya certificadas y con asesoramiento de una entidad externa acreditadora. El checklist que se presenta, cumple todos los requisitos de norma. Es útil para unificar los criterios en las auditorías de modo que éstas seas homogéneas, medibles y objetivas.

RESULTADOS

A lo largo de este período, queda ampliamente demostrado que la utilización de este checklist garantiza la objetividad y facilita la realización de las auditorías internas, generando confianza y seguridad a los profesionales auditores, ya que es una guía que desglosa punto por punto las normas de calidad.

CONCLUSIONES

El disponer de una guía para la realización de auditorías internas de normas de calidad, garantiza la objetividad y mejora los resultados de un informe de auditoría.

GRUPOS DE TRABAJO CREADOS A RAÍZ DE UNA ESTRATEGIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 **ROCA BERGANTIÑOS, MARIA OLGA • SECO MAQUIERA, PILAR • SUAREZ BLANCO, FLOR • TOME NOGUEIRA, ALBERTO • VAZQUEZ MOURELLE, RAQUEL • LOSADA-CASTILLO, ISABEL**

 **CONSELLERÍA DE SANIDADE**

Identificador: 270

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En diciembre del año 2023, se presenta la Estrategia de calidad y seguridad de paciente de Galicia 2024-2028. A partir de enero de 2024, se decide trabajar en 3 de las líneas de dicha estrategia: dolor, notificaciones de eventos adversos (SiNASP) y cirugía segura. La creación de estos grupos se basa en el desarrollo de los objetivos planteados en dichas líneas, para el fomento de la cultura de seguridad y la mejora continua.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El trabajo de las tres líneas puestas en marcha consistirá en unificar criterios, elaborar protocolos/procedimientos que sean referentes y puedan ser utilizados en las siete Áreas sanitarias de Galicia. Cada una de las líneas trabajará los objetivos y las acciones que de ellas se desprenden. Los grupos de trabajo de las líneas están compuestos por profesionales que representan a todas las Áreas sanitarias. Así, y dependiendo de la línea, se ha contado con: facultativos de diferentes especialidades, farmacéuticos, enfermeras y contamos además, con la participación activa de asociaciones de pacientes que aportan su punto de vista como usuarios del sistema. Todos estos equipos multidisciplinares están liderados y coordinados por profesionales del servicio de Calidad de la Consellería de Sanidade.

RESULTADOS

Dado el poco tiempo de funcionamiento de los grupos de trabajo no presento resultados, pero si comentaré la implicación y el compromiso de los profesionales de cada grupo. Hasta este momento se han realizado dos reuniones con cada grupo, valorando la situación basal, la documentación existente de cada proyecto, y se han definido las acciones a llevar a cabo en cada grupo. Los equipos han definido las siguientes acciones:

- **Comisión del dolor:** reactivación de las Comisiones del dolor en todas las Áreas sanitarias. Elaboración de un protocolo institucional del dolor crónico, agudo y del dolor en pediatría. Mayor compromiso por parte de los médicos de atención primaria en la atención del dolor crónico no oncológico.
- **Grupo SiNASP:** actualización y formación de gestores, unificación de criterios en el funcionamiento de los núcleos de seguridad, boletines para feedback, incremento de notificaciones tanto en hospitales como en atención primaria.
- **Grupo Cirugía segura:** situación basal del checklist quirúrgico en cada área y definición de un checklist institucional para utilizar en todas las áreas. Elaboración de un protocolo único para Galicia de profilaxis quirúrgica.

CONCLUSIONES

La creación de grupos de trabajo multidisciplinares para medir, evolucionar y mejorar la calidad de nuestros cuidados, es un compromiso adquirido por este servicio de calidad, que cree firmemente en los equipos, en las sinergias y por supuesto, en la cultura de seguridad.

INCLUSIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA (SUE)

 Colomer Rosas, Asunción ⁽¹⁾ • Giménez Cabrera, Adriana Paola ⁽¹⁾ • Torres Jiménez, Ivonne Andrea ⁽²⁾ • Fernández Merchán, Carlos ⁽¹⁾ • Mendoza Sánchez, Carmen ⁽¹⁾ • Hernández Jaras, María Victoria ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA112 • ⁽²⁾ Hospital Doce de Octubre

Identificador: 271

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Desde que en 2015 Naciones Unidas lanzase la iniciativa de ODS la sociedad y los servicios sanitarios han pasado crisis e incertidumbres inesperadas, que, unidas al consumismo ponen en riesgo el planeta y a todos nosotros. Es preciso impulsar desde todos los ámbitos e instituciones una cultura social asentada en la ética y responsabilidad social e individual, que se traduzca en estrategias y actuaciones concretas en los sistemas sanitarios y en cada servicio y centro. En nuestro SUE incorporamos los ODS para impulsar la Responsabilidad Social (RD) y sostenibilidad y contribuir al conjunto de la sociedad.

OBJETIVOS

- Incluir los ODS en la estrategia de nuestro SUE
- Seleccionar y Priorizar los ODS
- Identificar acciones que se estuviesen realizando y las nuevas a implantar

METODOLOGÍA

1. Grupo de trabajo: Comité de RS, Dirección y Calidad
2. Análisis de la organización en el contexto de los ODS y Agenda 2030: Revisión de Propósito, Misión, Visión y Valores; Estructura y Organización; Política (P) de Calidad y Ambiental; Estrategia y P de RS; Cartera de Servicios; DAFO, Análisis de: Necesidades y Expectativa de grupos de interés y respuesta a la mismas, Riesgos de los procesos; resultados autoevaluación EFQM 2022; Memorias. Definir qué quiere alcanzar nuestro SUE con la implementación de los ODS
3. Identificar y priorizar (evaluar importancia para SUE y grupos de interés) los ODS relevantes, Identificar las actuaciones que ya se están realizando en los ODS priorizados.
4. Identificar nuevas actuaciones a desarrollar

RESULTADOS

ODS priorizados: 3: Salud y Bienestar; 5: Igualdad de Género; 8: Trabajo Decente y Crecimiento Económico; 4: Educación de Calidad y 10: Reducción de las Desigualdades

Algunas actuaciones (ACT) que se venían realizando:

- 6 ACT del ODS 3 • por ejemplo (p. e.). Promoción estilo de vida saludable en la empresa. Uso prudente de antibióticos
- 4 ACT del ODS 5: p. e. Procesos de contratación y de selección igualitarios, Conciliación
- 3 ACT del ODS 8 • Oferta de vacantes de larga duración • Comunicación constante con los representantes de los trabajadores
- 4 ACT del ODS 4 • p. e. Formación para la competencia.
- 5 ACT del ODS 10: Cooperación sanitaria internacional.


Algunas de las nuevas ACT propuestas/ en implantación:

- ODS 3: p. e. Elaboración y difusión de documento de Confidencialidad y Código Ética
- ODS 5: p. e. Elaboración, difusión e Implantación de Guía de Uso de lenguaje no sexista en Formación y de Recomendaciones para uso de lenguaje inclusivo
- ODS 8: p. e. Políticas de personal y ambiental para la selección de proveedores
- ODS 4: p. e. Reuniones para aportación de ideas. Difusión de ODS, Curso y Jornada RS
- ODS 10: p. e. Constitución de un Comité de Pacientes. Código de Ética

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, avanzar en la implantación de ODS precisa tener un grupo que lo impulse, definir una metodología, establecer objetivos concretos, comprobar que las acciones planteadas se realizan, generar cultura y alinearlos transversalmente en la estrategia global de la organización

INCENTIVAR Y FORTALECER LA HUMANIZACIÓN EN LA ASISTENCIA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS: PERSONAS AL SERVICIO DE PERSONAS

 CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID ⁽¹⁾ • GIMENEZ CABRERA, ADRIANA ⁽²⁾ • RAMOS RODRIGUEZ, AMPARO ⁽²⁾ • ARTILES LEON, CRISTINA ⁽³⁾ • RODRIGUEZ OLIVEROS, ROBERTO ⁽²⁾ • SOLANO LOPEZ, RAUL ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA112/HU120 • ⁽²⁾ SUMMA 112 • ⁽³⁾ SUMMA 112(H120)

Identificador: 273

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los servicios de emergencias (SE) atienden a las personas de forma puntual, sin la continuidad de otros niveles asistenciales. Por ello, la experiencia del paciente depende de cómo haya percibido el trato, la competencia y la confianza en tan solo unos minutos. Mejorar esta experiencia precisa sensibilizar y concienciar a los profesionales y un liderazgo humanizado que le cuide, ejemplifique los valores y ponga al paciente en el centro de las decisiones.

OBJETIVO

Impulsar la Humanización a través de:

- Visualizar las actuaciones realizadas desplegando los objetivos de humanización.
- Compartir y tomar conciencia de los logros para impulsar las acciones futuras.
- Mejorar la eficiencia al evitar duplicidades de acciones.

Metodología:

Grupo de trabajo con vocales de comisiones que estaban desarrollando diferentes iniciativas de Humanización.

Definición de Objetivos:

- Compilar, documentar y difundir las iniciativas existentes.
- Revisar y actualizar procedimientos y documentos y elaborar otros nuevos.
- Integrar la voz y participación de los pacientes.
- Reorientar la Formación
- Conocer experiencia del paciente.
- Conocer percepción de profesionales.
- Incorporar la atención a la diversidad en el traslado sanitario.
- Mejorar el conocimiento y acceso a la Escuela Madrileña de Salud.

Reuniones. Actas. Reportes documentales.

RESULTADOS

Logros relevantes 2022-24:

- Actualización y difusión: Código Ético del SE, Recomendaciones de Estilo, Procedimiento (P) de Acompañamiento en traslado, P Confidencialidad, P Sujeciones paciente agitado, P comunicación con no hispanohablantes.
- Creación del Comité de Pacientes: proyectos específicos.
- Formación inclusiva bidireccional con asociaciones, jornada anual.
- Pacientes: Encuestas a tiempo real (sms) que indaga sobre experiencia. Entrevistas a personas con una discapacidad específica (Obesidad Mórbida, Pediátricos Crónicos Complejos).
- Profesionales: Encuesta de percepción sobre discapacidad a profesionales.
- Procedimiento de perro de asistencia en traslado sanitario. Incorporación de Técnico en la puerta del hospital para facilitar la transferencia al ingreso y el alta con traslado sanitario. Adaptación web solicitud ambulancia a necesidades especiales.
- Escuela Madrileña: comunicación multicanal a profesionales. QR en Informe Clínico.

CONCLUSIONES

Sistematizar y planificar las actuaciones permite cumplir los objetivos previstos a través de una evaluación y seguimiento, que además permite visualizar y programar de forma realista y ambiciosa las acciones futuras, y favorecer la implicación de los diversos colectivos.

Nuestra experiencia ha facilitado integrar personas con diverso grado de vulnerabilidad en el asesoramiento de nuestras actividades, en incluirlos en algunas de ellas.

Es relevante incorporar la tecnología para conocer la experiencia del paciente y facilitar la información sobre su autocuidado en alianza y sumando sinergias con otras entidades, como la Escuela Madrileña y Asociaciones de Pacientes.



CREACIÓN DEL COMITÉ DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS.

 **TORRES JIMENEZ, IVONNE ANDREA** ⁽¹⁾ • **ARTILES LEON, CRISTINA** ⁽¹⁾ • **CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID** ⁽²⁾ • **GIMENEZ CABRERA, ADRIANA** ⁽³⁾ • **RAMOS RODRIGUEZ, AMPARO** ⁽³⁾ • **Muñoz Sahagun, PEDRO** ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112/HU120 • ⁽²⁾ SUMMA112/HU120 • ⁽³⁾ SUMMA 112

Identificador: 275

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La participación ciudadana es un derecho que implica a todos los ámbitos: sociales, culturales, económicos, políticos y sanitarios. La colaboración entre los profesionales de la salud y la sociedad civil representada por los pacientes requiere herramientas para tener una comunicación efectiva. Además, la Responsabilidad social nos invita a rendir cuentas de lo que hacemos y cómo lo hacemos.

Dar voz a los pacientes y conocer su experiencia más allá de la percepción directa sobre los servicios o las quejas que tienen, en el ámbito sanitario, es de suma importancia en los procesos de mejora de los servicios de emergencias, para adaptarnos a sus necesidades de accesibilidad, comunicación, traslado sanitario... puesto que ellos son el fin último de nuestra organización.

OBJETIVO

Integrar la voz de los pacientes y ciudadanía en un Servicio de Emergencias Médicas (SEM).

Constituir un mecanismo de participación de los pacientes y la ciudadanía;

Mejorar la calidad, accesibilidad y utilidad de la información que se proporciona a los pacientes sobre nuestro servicio.

Conocer su experiencia, promover la participación conjunta en actividades de formación y docencia y concienciar a nuestros profesionales en la atención a la diversidad.

METODOLOGÍA

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre los comités de pacientes que se han constituido en los centros sanitarios tanto nacionales como internacionales.

Se definieron las Comisiones que venían desarrollando un trabajo colaborativo con asociaciones de pacientes: Transporte, Humanización, Calidad Percibida, Seguridad del Paciente, Atención al Dolor y Atención al Paciente.

Se contactó con las asociaciones que ya estaban trabajando con nosotros y otras que se identificaron como relevantes por la necesidad de adaptación por nuestra parte a los requerimientos específicos de los pacientes.

RESULTADOS

Creación del Comité de Pacientes en septiembre del 2023 junto con la dirección, unidad de calidad, representantes de 6 comisiones y 13 asociaciones de pacientes que tienen contacto continuo y estrecho con nuestra organización.

Actuaciones más relevantes:


- Con la Asociación de Parálisis Cerebral (ASPACE) para dar formación a nuestros profesionales, nuestra organización ha presentado en ASPACE el Procedimiento para el traslado de pacientes con perro de asistencia.
- Encuesta para conocer la percepción que tienen los profesionales con relación a las personas con discapacidad.
- Documento: Recomendaciones Uso de Lenguaje inclusivo en nuestro SEM.
- Participación en actividades formativas y de concienciación hacia nuestros profesionales de diversas asociaciones (ALCER-ASPACE-ASHEMADRID) y en proyecto (Autismo, AdELA)


CONCLUSIONES

La creación del Comité de Pacientes, nos ayuda a ordenar, priorizar y orientar nuestras actuaciones en base a las necesidades que transmiten y nos ayuda a garantizar su acceso equitativo a nuestro servicio, a ser más humanos, entender sus necesidades, escucharles y mejorar su experiencia con nuestro SEM.



HUMANIBOX: ESCUCHANDO A PACIENTES, FAMILIAS Y EQUIPO SANITARIO.

 Molina Sosa, Guacimara ⁽¹⁾ • Escot Rodríguez, Cristina ⁽²⁾ • Bernat Adell, María Desamparados ⁽³⁾ • Santana Cabrerba, Luciano ⁽²⁾ • Hernández Medina, Elena ⁽²⁾ • Blanco López, José J. ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Diferentes Hospitales Públicos de Canarias • ⁽²⁾ Hospital Universitario Insular de Gran Canaria • ⁽³⁾ Hospital General de Castellón

Identificador: 278

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Con la mirada puesta en la humanización, durante los primeros 10 días del mes de abril de 2024, se ubicó una “Humanibox” en la entrada de la UMI del HUIGC con el fin de recoger peticiones y sugerencias, así como valoraciones del funcionamiento de la Unidad por parte de pacientes, familias y equipos sanitarios.

OBJETIVOS

Presentar la acción “Humanibox” y sus resultados.

METODOLOGÍA

Estudio de carácter mixto llevado a cabo en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel. Cualitativamente se identifican los ítems relacionados con humanización y cuantitativamente se les da un valor. Se estudia una muestra (n=134) registros depositados en el periodo a estudio. Los datos cuantitativos se expresan en porcentajes y frecuencias absolutas.


RESULTADOS

Se recogieron 134 peticiones pertenecientes a 3 categorías: pacientes (59), familias (50) y equipo sanitario (25). Respecto a los pacientes, se identificaron 4 subcategorías (Mejora ambiental, Entretenimiento, Recursos humanos y Alimentación); respecto a las familias, 4 subcategorías (Mejora ambiental, Escuela de Familias, Recursos Humanos y UCI Puertas Abiertas). Respecto a los sanitarios se identificaron otras 4 (funcionamiento del equipo, recursos humanos, recursos materiales y formación).

CONCLUSIÓN

Crear un espacio de escucha, con posibilidad de anonimato, ha resultado eficaz para conocer las opiniones de pacientes, familias y sanitarios. Las propuestas recibidas son útiles para concretar acciones de humanización. Las acciones serán coordinadas por el Comité de Humanización creado a raíz de la acción Humanibox.

PROYECTO DE REFERENTE DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 *Iniesta González, Irene* ⁽¹⁾ • *Rivera Nuñez, Angelica* ⁽²⁾ • *Castro Toro, Jesús* ⁽³⁾ • *Llorente Pinela, Almudena* ⁽³⁾ • *Rey Cuevas, Esther* ⁽³⁾ • *Kerguelén Fuentes, Ana Esther* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz • ⁽²⁾ Farmacia - Hospital Universitario la Paz • ⁽³⁾ H. U La Paz

Identificador: 279

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El proceso transfusional tiene un impacto importante en la seguridad del paciente identificando en nuestro centro 499 casi incidentes, 29 reacciones adversas y 4 errores de administración de componentes de un total de más de 27.000 transfusiones durante el año 2023; siendo obligatoria según normativa su notificación. Nuestro sistema sanitario se enfrenta a una era de desafíos sin precedentes con falta de recursos, personal y una carga de trabajo cada vez mayor, por lo que es imperativo cerrar la brecha entre el “trabajo tal como se hace” y el “trabajo tal como debería hacerse”. Los casi incidentes presentan oportunidades de aprendizaje y se deben identificar e investigar adecuadamente, esto supone que se necesiten cambios en el sistema para garantizar que la atención sanitaria sea un sistema sólido, seguro y eficaz. Mediante el desarrollo del papel de la enfermera como figura referente en seguridad transfusional de las diferentes unidades del hospital, coordinados por la enfermera de hemovigilancia se conseguirá llegar más fácilmente a identificar los casi incidentes, notificarlos y evaluarlos de forma proactiva. Esto se traducirá en una mejor atención al paciente, minimizando los riesgos y poniendo en valor la capacidad de las enfermeras para asumir el liderazgo en la administración de componentes sanguíneos.

OBJETIVO

El objetivo fundamental es aumentar la seguridad de los pacientes transfundidos, reduciendo el número de casi incidentes y eventos adversos sin que esto altere la tasa de notificación, además de potenciar los entornos de trabajo en pro de la mejora continua promoviendo la correcta gestión de los recursos disponibles y el aprendizaje de conductas seguras en transfusión.

METODOLOGÍA


El proyecto consistirá en la formación a enfermeras en seguridad transfusional, por la enfermera de práctica avanzada en hemovigilancia (EPAHV) quien coordinará y liderará la red de referentes de seguridad transfusional en el complejo hospitalario. Estos a su vez se responsabilizarán de que en sus unidades se lleve a cabo el proceso transfusional conforme al protocolo establecido y basándose en los pilares de la seguridad del paciente.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

El desarrollo y puesta en marcha del presente proyecto permitirá mejorar la seguridad transfusional en nuestro centro, además se convertirá en una estrategia pionera que supondrá un avance en los retos actuales de la enfermería transfusional y de seguridad del paciente.



HEALTH IMPROVEMENT EN LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD SANITARIA

 Manzanera López, Rafael ⁽¹⁾ • Plana Almuni, Manuel ⁽²⁾ • Etxenagusia, Victor ⁽³⁾ • Miñarro, Jordi ⁽⁴⁾ • Bárez, Federico ⁽⁵⁾ • Mira Selves, Jose Joaquín ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Universidad Pompeu Fabra • ⁽²⁾ MC Mutual • ⁽³⁾ Mutualia • ⁽⁴⁾ Asepeyo • ⁽⁵⁾ Fremap • ⁽⁶⁾ UHM

Identificador: 280

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS) son un tipo de organizaciones sin ánimo de lucro, dirigidas por los empresarios en los que reside la responsabilidad de la atención al accidente y enfermedad relacionados con el trabajo, tanto sanitaria como de prestaciones económicas a los trabajadores protegidos.

Son entidades que colaboran en condiciones de exclusividad con la cobertura pública de esa contingencia laboral. Estas mismas MCSS, por encargo de la Seguridad Social, colaboran en la gestión de otras prestaciones públicas de carácter económico relacionadas con el Embarazo y Lactancia, Cuidado de Menores y el Paro de los Trabajadores Autónomos. Finalmente, desarrollan la acción evaluadora como soporte a la Atención Primaria y a las inspecciones territoriales de la Seguridad Social. En Cataluña este dispositivo de inspección territorial depende del Departamento de Salud y se denomina Organismo de Evaluaciones Médicas.

OBJETIVOS

Las MCSS son unos organismos relativamente poco conocidos como instrumentos de atención sanitaria especializada y elemento importante del sistema de bienestar español. Esta convicción, hace ya diez años, llevó a un grupo de profesionales de algunas mutuas a iniciar un proyecto a largo plazo de participación conjunta de algunas MCSS, totalmente abierto a las que estuvieran interesadas. El objetivo de esta comunicación es compartir y analizar a fondo, estas MCSS y su proceso de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

En Valencia (2013) se produjeron los primeros contactos con SECA, en el marco de alguna participación individual. En Madrid (2014), Gijón (2015) y Córdoba (2016) se consolidó la participación coordinada.

Desde Tarragona (2017), Burgos (2018), Donosti (2019) y Murcia (2023), en formato de Mesa Técnica, la participación ha sido continuada y en continuo crecimiento cuantitativo y cualitativo.

RESULTADOS

Se presentan las líneas argumentales desarrolladas a lo largo de estos 10 años, los parámetros esenciales de cambio (Cultura profesional, Detección de eventos adversos, Análisis de riesgos, Formación orientada a las necesidades y Centrada en el paciente) y las aportaciones esenciales del benchmarking de nuestras organizaciones respectivas (que se discute en otra comunicación).

CONCLUSIONES

Las MCSS disponen de un alto grado de capacidad de análisis e intervención sanitaria. SECA ha tenido la visión estratégica compartida con el sector, para servir de lugar de encuentro.

Las MCSS han podido, en este marco, desarrollar estrategias de mejora de la calidad sanitaria centradas en la seguridad del paciente, basadas en la evidencia científica y aprovechando las nociones de la orientación al valor de nuestras organizaciones.

Todo ello conscientes de la especificidad de las funciones sanitarias de las MCSS y aprovechándonos del inmenso volumen de conocimiento y buenas prácticas que atesoran nuestros recursos sanitarios públicos y privados.

HEALTH IMPROVEMENT EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL (MCSS) EN LA SECA

 Moya Alcocer, Diego ⁽¹⁾ • Vázquez, Manel ⁽²⁾ • Ulibarrena, Miguel ⁽³⁾ • Guillén, Clara ⁽⁴⁾ • Manzano, Eva M. ⁽⁵⁾ • Manzanera, Rafael ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ MC Mutual • ⁽²⁾ Asepeyo • ⁽³⁾ Mutualia • ⁽⁴⁾ Ibermutua • ⁽⁵⁾ Fraternidad • ⁽⁶⁾ Universidad Pompeu Fabra

Identificador: 281

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Las MCSS han participado en los congresos SECA para aprender de las experiencias de otros colegas del sector sanitario y difundir la realidad del sector encargado de la cobertura asistencial y económica de las contingencias laborales en nuestro sistema público de protección social.

SECA ha tenido la visión estratégica compartida con el sector de mutuas, facilitando el marco de cooperación técnica de las mutuas en materia sanitaria, su proyección en el sistema sanitario español (público y privado) y el asociacionismo profesional entre diversos sectores sanitarios en nuestro sistema público.

La Seguridad del Paciente (SP) y la atención basada en el valor, son paradigmas que facilitan esta hibridación y penetración de la cultura de calidad sanitaria en las organizaciones siguiendo la lógica del Health Improvement.

OBJETIVOS

Las MCSS en este marco eligieron el Benchmarking en SP como idea-fuerza de la cooperación. El objetivo de esta comunicación es compartir y analizar a fondo, los resultados de este benchmarking y su impacto en las distintas mutuas participantes en el proceso.

METODOLOGÍA

Descripción de los distintos momentos de la participación coordinada de las mutuas, análisis conceptual, identificación de las aportaciones clave, definición del prototipo, aplicación en cada una de las mutuas, resultados de la misma y momento actual del proceso.

RESULTADOS


En Valencia (2013) se analizaron los circuitos de respuesta de quejas y reclamaciones. En Madrid (2014), se presenta lo que será el proyecto de colaboración y se definen los ejes a desarrollar. Gijón (2015) y Córdoba (2016) consolida la participación coordinada, se comparten resultados sobre gestión por procesos y encuestas de opinión de profesionales. En Tarragona (2017) se inicia el formato de Mesa Técnica de “Medicina apropiada en MCSS: Realidad y agenda estratégica”, orientada a compartir la opinión de pacientes. En Burgos (2018), “Adecuación clínica en MCSS”, con propuestas de mejora de la práctica clínica en patología laboral. En Donostia (2019), “La noción de valor en MCSS” analiza de forma conjunta la percepción de profesionales y pacientes en el proceso de atención. En Zaragoza (2022), “SP en MCSS: Cultura, Gestión del riesgo, Notificación EA, Formación y Víctimas”. En Murcia (2023), se desarrolla el modelo de “Bench en SP”. En Canarias (2024), se presentará el “Bench de Humanización”, la estrategia de “Estándares de calidad sanitaria” y el “Estudio multicéntrico en detección de EA”.


CONCLUSIONES

La utilidad de los congresos de SECA es múltiple y muchas veces se concreta en el número de asistentes, comunicaciones y otros aspectos logísticos. En el caso de las MCSS esas utilidades se han observado también con claridad. Lo que creemos ser capaces de mostrar con objetividad y precisión han sido los avances instrumentales y conceptuales que se han producido en el sector de MCSS. Lo que podemos concluir sin duda es que el sector está especialmente agradecido a esa receptividad de SECA.



ESCALA DE CENTOR, LA GRAN OLVIDADA

 Magre Aguilar, Jaume • Forés Palacios, Marisa • Villalbí Cabré, Miquel • Frigola Domenech, Marta • Castells Montes, Anna • Sabaté Lissner, David

 ABS Reus 4 (Horts de Miró)

Identificador: 283

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Según el programa Essencial de la Generalitat de Catalunya, no se recomienda prescribir antibióticos sin tener una confirmación diagnóstica para el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA) mediante una prueba de diagnóstico rápido (PDR). Para la indicación de la prueba de diagnóstico rápido se recomienda la escala Centor, la cual nos indica la probabilidad que la infección sea por EBHGA.

OBJETIVOS

Conocer la utilización de la escala Centor en el diagnóstico de las faringoamigdalitis.

METODOLOGÍA

Estudio observacional y transversal realizado en octubre de 2023 a marzo de 2024. Los criterios de inclusión son las personas adscritas a nuestro centro y que tengan registrado el resultado de una prueba de diagnóstico rápido para EBHGA.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se han registrado 133 PDR, de las cuales el 38,35% (51 PDR) tenían realizada la escala de Centor. De las 51 PDR que tenían la escala de Centor, el 62,75% tienen indicación de la PDR. Tenemos el 61,65% (82 PDR) que no tienen realizada la escala de Centor. De estas pruebas, el 68,29% (56) tuvieron resultado negativo y el 31,71% (26) fueron positivas. Observamos que a mayor puntuación de la escala de Centor la positividad va aumentando. El 52,94 % de las PDR con la escala Centor igual a 2 fueron positivas. Con la escala de Centor igual a 3, el 80% fueron positivas y con un valor del Centor igual a 4 fueron el 60%.

CONCLUSIONES

Con los datos observados en un semestre, hay una infrutilización de la escala de Centor para determinar si es necesaria la prueba de diagnóstico rápido para EBHGA. A partir de estos datos, el grupo de mejora, formado por enfermería, la dirección del centro y la responsable de calidad y seguridad del centro, trabaja para fomentar el uso de los criterios de Centor y la correcta utilización de las pruebas de diagnóstico rápido mediante sesiones clínicas, a través de recordatorios por el correo electrónico, etc. Hemos programado analizar la utilización de la escala de Centor y las pruebas después de trabajar con el equipo los aspectos anteriormente comentados.



APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DEL PERSONAL ASIGNADO A LAS SECRETARÍAS ASISTENCIALES

 Cobián Cárdenas, Laura ⁽¹⁾ • COBIAN MARTINEZ, JORGE LUIS ⁽²⁾ • OJEDA CRUZ, ANTONIO MANUEL ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital San Roque Meloneras • ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 284

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Gestión Administrativa (UGA) del Complejo Hospitalario es la encargada de organizar el óptimo funcionamiento del personal administrativo que integra las Secretarías asistenciales. Más de 220 empleados estatutarios son gestionados por UGA en 78 Secretarías y 38 son consideradas críticas por estar integradas por solo 1 empleado. La gestión de dicho personal abarca conocer su ubicación diaria, actuar ante imprevistos (ausencias), actuar ante ausencias programadas (libranzas), determinar las sustituciones en base a su experiencia laboral y conocer las debilidades y fortalezas del personal a cargo.

Muchas son las variables inherente al personal que se gestionan y se requiere disponer de una herramienta que permita la toma ágil de decisiones.

OBJETIVOS

1. Disponer de una herramienta que agrupe la información relevante del empleado y la adquirida en su trayectoria laboral.
2. Disponer de información que permita visualizar la situación de un área (elementos para la toma de decisión): cobertura mínima, recursos a habilitar y experiencia previa de sus integrantes.

METODOLOGÍA

Se desarrolló aplicación informática bajo la arquitectura cliente-servidor. Se realizó el modelado conceptual mediante diagramas que se presentaron a los Jefes de Grupo. Se definieron perfiles para el administrador y usuarios; implementándose formularios y subformularios amigable (interfaces) para la introducción de los datos y emisión de informes. Se realizó la verificación del diseño un compilador y una validación por parte de los usuarios. Restricciones: se necesita aplicación Runtime o Microsost Access.

RESULTADOS

Se desarrolla aplicación informática con:

- 2 formularios con 2 subformularios para registrar los datos del empleado, tipo de contrato y secretarías asignadas en los distintos periodos de contrato.
- 1 formulario con 3 subformularios con para registrar las características de las secretarías (personal que la integra, mínimo ante coberturas, datos de contacto y accesos que debe poseer el empleado para trabajar: Historia clínica electrónica, Zona segura, Nómina, etc.).
- 1 formulario con 6 subformularios con datos de selección.
- 1 ventana con 11 informes predeterminados para explotar los datos (empleados por Secretaría, por tipo de contrato, vencimientos, activos por número de OPE, asignados a Secretarías para fechas previstas, etc. así como la exportación de datos a hoja de cálculo.

CONCLUSIONES

La aplicación desarrollada permite dar una rápida respuesta a las incidencias que diariamente gestiona UGA ya que permite conocer a los empleados que integran una Secretaría asistencial así como los empleados con mejor experiencia en cada Secretaría en base a comentarios de superiores y tiempo trabajado en éstas. La aplicación permite elaborar cuadrantes para predecir la necesidad de cobertura de una Secretaría ya sea por libranza o fin de contrato; permitiéndonos en colaboración con Recursos Humanos una selección óptima del empleado para el puesto diseñado.

HABITACION DEL RESPIRO FAMILIAR: UN RECURSO PARA SEGUIR CUIDANDO

 MATEO PEREA, GINES • MONTOSA GARCIA, RAQUEL • GARNICA MARTINEZ, BEATRIZ • PEREDA MAS, ARTURO • RUIZ GARCIA, RAQUEL • MARIN YAGO, ANA

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Identificador: 285

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En la Región de Murcia existen unos 200 niños con patología crónica compleja, 65 de ellos en hospitalización domiciliaria, muchos son portadores de dispositivos como sondas de gastrostomía, cánulas de traqueotomía, respiradores domiciliarios y bombas de nutrición enteral o intravenosa, por lo requieren cuidados especializados de forma permanente las 24 horas al día. Estos cuidados se prestan habitualmente por parte de sus progenitores, lo que supone una enorme responsabilidad y genera gran estrés en muchos de ellos.

OBJETIVO

Diseñar un recurso que permita a los cuidadores principales de un menor dependiente crónico complejo de alta complejidad o en hospitalización domiciliaria mejorar su salud física y psíquica y facilitar el tiempo disponible para la atención de sus necesidades personales, familiares o sanitarias, previniendo el agotamiento del cuidador.

METODOLOGÍA

Creación de grupo de trabajo: coordinadora, supervisora, trabajadora social, enfermera y pediatra de la Unidad Regional. Realización de cronograma. Diseño de criterios de inclusión según cumplimiento de escalas de estrés del cuidador y estrés familiar. Diseño de circuitos de coordinación entre atención domiciliaria-hospitalización. Creación de documentos asociados (solicitud y consentimientos informados).

RESULTADOS

Se crea un nuevo recurso de apoyo socio-sanitario en el Servicio Murciano de Salud denominado “Habitación del Respiro Familiar” que se ofrece dentro del ámbito hospitalario de manera temporal, mediante ingreso programado y normalizado del paciente por motivos sociales en la planta de hospitalización de la Unidad que es referencia regional, ubicada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.


Este recurso se dirige a las familias de los pacientes de la Unidad Regional (crónicos complejos, hospitalización domiciliaria y paliativos) menores de 18 años de toda la región. Estas familias deben cumplir previamente con los siguientes requisitos: presentación de solicitud previa, valoración social mediante entrevista personal/familiar, visita domiciliaria y aplicación de las escalas de valoración social, emisión de informe motivado de trabajo social y reunión del comité evaluador que autoriza y programa el ingreso. También se crea una vía de ingreso urgente aplicable a situaciones familiares no demorables, para lo cual debe existir solicitud y valoración previa.


Durante el ingreso programado, el cuidador principal es sustituido por otro autorizado por los tutores para el acompañamiento y vigilancia del paciente, mientras que la responsabilidad y realización de los cuidados recae sobre el personal médico y de enfermería de la planta de hospitalización.

CONCLUSIONES

La habitación del Respiro familiar se crea en 2024 como un nuevo recurso con el que cuenta el Servicio Murciano de Salud para mejorar la Atención Integral a los niños crónicos complejos o con necesidades paliativas y a sus familias.

CO-DISEÑO CON LOS PACIENTES: EVALUAR PARA MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE MEDIANTE PREM Y PROM

 Gonzalez Cebrian, miryam ⁽¹⁾ • Mendoza Garcia, Jose Luis ⁽²⁾ • Gómez Garcia, Hector ⁽¹⁾ • Rubio Gil, Francisco Javier ⁽³⁾ • Rodriguez Laureiro, Jose Luis ⁽¹⁾ • Calvo Barriuso, Elena ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Complejo asistencial universitario de Salamanca • ⁽²⁾ Hospital Universitario de Torrevieja • ⁽³⁾ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Identificador: 286

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El implante de prótesis aórtica transcatheter (TAVI) es el tratamiento de elección en pacientes con estenosis aórtica severa y riesgo quirúrgico. Está experimentando un crecimiento exponencial respaldado por evidencia creciente de mejores resultados clínicos, mayor supervivencia post-TAVI, aumento de las indicaciones y el envejecimiento de la población. Sin embargo, existen pocos estudios que lo aborden desde la perspectiva del paciente, de cómo impacta la TAVI en ellos y que analicen su experiencia.

OBJETIVOS

El objetivo es diseñar un cuestionario para evaluar la experiencia del paciente co-diseñado con el propio paciente. Y analizar los resultados iniciales obtenidos con dicho cuestionario.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en pacientes incluidos en un programa TAVI nurse. Se diseña un cuestionario específico para evaluar la experiencia del paciente durante todo el proceso TAVI (desde el diagnóstico hasta el alta incluyendo seguimiento) mediante un grupo multidisciplinar que incluía a los propios pacientes. El paciente participó decidiendo preguntas, en la modificación de la semántica para que fuera lo más sencillo posible y en la eliminación de preguntas que para él no tenía relevancia desde el punto de vista de la evaluación de su experiencia. Consta finalmente de 29 ítems divididos en pre, intra y post-procedimiento, así como el seguimiento basado en PREMs y PROMS.

RESULTADOS

Entre agosto 2023 y enero 2024 se incluyeron 100 pacientes sometidos a TAVI que respondieron al cuestionario un mes después del procedimiento en la consulta de seguimiento TAVI nurse. 55% mujeres, media 81 años, 92% satisfecho con la información de la enfermera preTAVI, 96% satisfecho con la información de la enfermera durante el ingreso, 98% satisfecho con el tiempo dedicado por la enfermera durante todo el proceso, 95% satisfecho con la amabilidad y profesionalidad, 89% cree que ha merecido la pena someterse a TAVI, 83% consideró que han reducido los síntomas post-TAVI, 76% cumplieron expectativas, 87% sabía a quien acudir ante dudas en el seguimiento, 88% manifestó que la enfermera fue importante para estar tranquilo, informado y resolver dudas. En cuanto a la recomendación de TAVI a otros pacientes y la satisfacción del paciente durante todo el proceso TAVI, fue calificada de excelente según el índice de experiencia del paciente Net Promoter Score.

CONCLUSIONES

Este estudio resalta la importancia de integrar al paciente en la toma de decisiones y establecer expectativas realistas y conseguir pacientes informados.


El liderazgo de la enfermera desempeña un papel fundamental en la preparación del paciente, proporcionándole un mayor control sobre su enfermedad y generando mayor satisfacción en el proceso.

Evaluar la experiencia del paciente permite detectar áreas de mejora continua.

La inclusión activa del paciente en el diseño del cuestionario es fundamental para poner al paciente en el centro, incorporando su propia perspectiva.



CREACIÓN DEL OBSERVATORIO DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y GINECOLÓGICOS DE CANARIAS

 de León Socorro, Silvia • Yépez Martínez, Sandra • Álvarez Cuenod, Juan Sebastián • Ceccarelli, Caterina • Pacay Stump, Magalí • Martín Martínez, Alicia

 Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Identificador: 287

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El Observatorio de Resultados Obstétricos y Ginecológicos de Canarias surge como respuesta a la necesidad de contar con un espacio centralizado que recoja y difunda información relevante sobre los resultados en obstetricia y ginecología en la región. En un contexto donde la transparencia y la excelencia en la atención sanitaria son pilares fundamentales, este observatorio se erige como una herramienta clave para el seguimiento y análisis de la salud y la asistencia sanitaria en Canarias. La publicación de datos asistenciales e indicadores de calidad busca proporcionar una visión holística de la situación actual en estos ámbitos, permitiendo identificar áreas de mejora y evaluar el impacto de las intervenciones implementadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos del Observatorio se centran en ofrecer información actualizada, fiable y accesible sobre los indicadores de calidad asistencial en obstetricia y ginecología en Canarias. Para lograrlo, se propone una metodología robusta que contempla la recopilación y análisis de datos provenientes de diversas fuentes, así como la elaboración de informes periódicos que reflejen la evolución de los resultados y la calidad de la atención en estas áreas. La transparencia y la trazabilidad de los datos son elementos clave en la metodología del Observatorio, garantizando la fiabilidad y validez de la información compartida.

RESULTADOS


La implementación del Observatorio permitiría la creación de una plataforma online que centralizaría y facilitaría el acceso a información detallada sobre los resultados obstétricos y ginecológicos en Canarias, tanto para los profesionales como para los pacientes. La publicación de datos actualizados y desglosados por diferentes variables posibilitaría la identificación de tendencias, la comparación de resultados entre diferentes centros y la evaluación de la calidad en la atención en esta especialidad. Estos resultados servirían como base para la toma de decisiones informadas en la planificación y gestión de los servicios de obstetricia y ginecología de la Comunidad.

CONCLUSIONES

El Observatorio de Resultados obstétricos y ginecológicos de Canarias se presenta como una herramienta fundamental para la mejora continua de la calidad asistencial en la Comunidad. Su contribución a la transparencia, la excelencia y la seguridad del paciente en obstetricia y ginecología refleja su importancia como instrumento para el desarrollo de estrategias y planes de salud basados en la evidencia y la mejora continua. El acceso libre a la información, alojada en la web del Gobierno de Canarias, garantizaría la difusión y utilización de los datos por parte de los ciudadanos, profesionales y gestores sanitarios, fomentando la participación y la colaboración en la búsqueda de la excelencia en la atención obstétrica y ginecológica en la Comunidad.

IMPORTANCIA DE LA IMPLANTACION DEL SERVICIO DE PERRO DE ASISTENCIA EN EL TRASPORTE SANITARIO

 MARTINEZ CABALLERO, M^a CARMEN ⁽¹⁾ • CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID ⁽²⁾ • GIMENEZ CABRERA, ADRIANA ⁽¹⁾ • RAMOS RODRIGUEZ, AMPARO ⁽¹⁾ • PAJUELO AYUSO, JUAN ANTONIO ⁽¹⁾ • COLOMER ROSAS, ASUNCION ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112 • ⁽²⁾ SUMMA112/HU120

Identificador: 288

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACION

La Ley 2/2015 establece el derecho de acceso, permanencia y deambulación del perro de asistencia (PA) junto al usuario en todo momento. Desde el equipo de Transporte Sanitario (TS) se ha implantado en abril de 2023 un procedimiento dirigido a las personas que tienen una discapacidad y utilizan PA para que pudieran acompañarles durante el traslado, urgente o programado, mejorando la equidad y amigabilidad de este servicio.

OBJETIVO

Conocer y evaluar la experiencia de las personas con PA que hubieran utilizado el servicio de transporte sanitario (TS).

Identificar aspectos que necesiten mejoras

Evaluar la cadena de valor (solicitud, información, prestación) para optimizar el servicio y su calidad.

METODOLOGIA

Tras la implantación se evalúa el servicio en el periodo del 01/01 al 30/04 de 2024. Se seleccionan las solicitudes tramitadas en las que se especificaba la necesidad de TS con acompañamiento de PA

Se realizó a los usuarios entrevista telefónica semiestructurada de 7 preguntas, 2 de ellas con 5 y 3 subapartados

Dimensiones evaluadas:

- Información previa sobre el servicio
- Conocimiento del personal que le atendió sobre el procedimiento en el traslado (sobre la prestación de acompañamiento por PA, el anclaje del PA, la transferencia del PA en el centro sanitario receptor del paciente) y en el Centro Coordinador de TS
- Satisfacción con los profesionales y con el servicio
- Valoración global de la experiencia, aspectos a mejorar y recomendaciones

RESULTADOS

En el periodo de estudio se realizaron 69 solicitudes de TS con PA para 3 pacientes, a los que se les realizó la entrevista telefónica.

Las pacientes fueron mujeres y usaron más de 1 vez el servicio.

Conocieron su implantación por la asociación de pacientes y el hospital; a 1 la llamaron desde el Centro Coordinador del TS, ya que inicialmente hubo un error al tramitar la ambulancia.

Todos los profesionales que realizan el traslado estaban familiarizados con el procedimiento.

El promedio de satisfacción con los profesionales, amabilidad, trato, tiempo y dedicación competencia y satisfacción global fue alto 4,5/5.

Recomendaciones sugeridas por los pacientes:

- Mejorar la difusión de este servicio y
- Cambios en la zona donde se ubica el PA dentro de la ambulancia (1 sugerencia).

CONCLUSIONES

Las tres pacientes están satisfechas con la iniciativa, habiendo utilizado varias veces el servicio y percibiendo una mejora gradual del mismo con el tiempo. Han realizado recomendaciones como colocar algún dispositivo para proporcionar una mayor seguridad y comodidad al PA, evitando que este resbale al subir a la ambulancia. Entre las acciones para la mejora del procedimiento se incluyen la formación del personal con respecto a la solicitud del para evitar errores en la petición y tramitación desde los diferentes centros solicitantes. Se continua realizando el seguimiento durante el año 2024.

Nuestra experiencia es exportable a otros Servicios de Urgencias y TS.



¿QUE EXPERIENCIA TRANSMITEN LOS PACIENTES ENTREVISTADOS ATENDIDOS POR UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS?

 ARTILES LEON, CRISTINA ⁽¹⁾ • CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID ⁽²⁾ • RÚA SANZ, ESMERALDA ⁽³⁾ • PINGARRÓN LÓPEZ, JUAN ANTONIO ⁽³⁾ • MARTÍNEZ GÓMEZ, JOSE ⁽³⁾ • GIMENÉZ CABRERA, ADRIANA ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112/HU120 • ⁽²⁾ SUMMA112/HU120 • ⁽³⁾ SUMMA 112

Identificador: 289

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El servicio de urgencias extrahospitalarias de nuestra comunidad autónoma tiene el propósito de velar por la salud y calidad de vida de las personas, mejorando continuamente el servicio que presta a los pacientes y profesionales. Alcanzar y mantener estándares excelentes de eficacia, seguridad y calidad precisa conocer la percepción del usuario, comprender sus interpretaciones, apreciaciones y sentimientos. Nuestras encuestas de satisfacción arrojan un nivel superior al 90% en los últimos 5 años; para mejorar nos planteamos ahondar en el conocimiento de su experiencia con nuestro servicio.

El objetivo del presente estudio es conocer la experiencia del paciente atendido por los recursos móviles de nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias mediante la realización de entrevistas semiestructuradas.

MÉTODOS

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas individuales, realizadas por la misma profesional para evitar sesgos de entrevistador.

La entrevista tenía un total de 8 preguntas que exploraban ámbitos clave de seguridad, tiempo de espera, trato, información, competencia y 2 de ellas abiertas.

Se entrevistaron a un total de 20 pacientes seleccionados de forma aleatoria, atendidos en domicilio los 15 días anteriores por equipos de intervención móviles de urgencia y emergencia. Se realizó un total de 5 entrevistas por recurso.

PERIODO

Noviembre de 2023

Análisis: estadística descriptiva, análisis de discurso.

RESULTADOS

El nivel de satisfacción global fue de 4,37 sobre 5. El ítem que menos puntuaron los pacientes de los valorados en la entrevista de satisfacción de la atención percibida fue el tiempo que tardó en llegar el recurso al domicilio, con una puntuación media de 3,9.

Los ítems mejor valorados fueron el trato y amabilidad por parte del profesional sanitario, tiempo y dedicación en la atención y los conocimientos y competencias profesionales.

En las preguntas abiertas, en relación a lo mejor de la experiencia con nuestro servicio, destacaron el trato humano, la amabilidad, la competencia y que pudieran completarle el tratamiento en casa (un caso); y con relación a lo que les generaba una experiencia mejorable fueron los tiempos de llegada, en la prestación de atención continuada la incertidumbre de la hora de atención y puntualmente la experiencia profesional con alguna técnica concreta o la falta de empatía.

CONCLUSIONES


La experiencia del paciente fue elevada en todos los casos, siendo el tiempo de llegada en la urgencia el aspecto a mejorar.

Identificamos un área de mejora en la comunicación al paciente en el servicio de atención continuada de cuándo se le visitará; este estudio ha sido la base de los cambios que estamos implantando.

En servicios de elevado nivel de satisfacción es difícil incrementarlos y mantenerlos, siendo necesario indagar sobre aspectos específicos para establecer acciones enfocadas a mejoras concretas.

Palabras clave: entrevistas semiestructuradas; atención percibida.

MEJORA DE LA RELACIÓN Y SATISFACCIÓN DE PROVEEDORES MEDIANTE PRIORIZACIÓN Y ENCUESTAS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA

 Conejos Miquel, María Dolores ⁽¹⁾ • García González, Alejandro ⁽²⁾ • Izquierdo Palomares, José Manuel ⁽¹⁾ • Domínguez Ramírez, Rafael ⁽³⁾ • Pastor Rodríguez-Moñino, Ana ⁽³⁾ • Morán García, Paloma ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Agencia de Contratación Sanitaria • ⁽³⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria

Identificador: 291

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La relación con los proveedores es un aspecto crucial para cualquier organización ya que impacta directamente en la eficiencia operativa y la calidad del servicio ofrecido. En nuestra Gerencia se identificó la necesidad de mejorar la gestión y satisfacción de los proveedores, quienes desempeñan un papel fundamental en el propósito de nuestra organización al suministrar materiales y servicios esenciales para que nuestros profesionales puedan desarrollar su misión.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El principal objetivo del proyecto fue desarrollar un enfoque sistemático para comprender y satisfacer las necesidades y expectativas de los proveedores, mejorando así la relación y colaboración con ellos. Para ello, se llevó a cabo una segmentación de proveedores basada en dos criterios: tipo de suministro y campo de actuación. Posteriormente, se priorizaron los proveedores en función de tres variables: impacto en los resultados de la empresa, riesgo de suministro y poder o influencia sobre la Gerencia. Por último, se diseñó y realizó una encuesta estructurada a través de Microsoft Forms, que evaluó aspectos clave como la satisfacción global, las necesidades y la satisfacción en detalle, nuestra posición comparada en relación con otros clientes, su lealtad hacia nosotros, el grado de recomendación (NPS) y una pregunta abierta sobre lo que mejorarían. La encuesta se envió a todos los proveedores con relación contractual activa en 2022 y 2023.


RESULTADOS


La segmentación y la encuesta de 2022 permitieron una mejor comprensión de las diversas necesidades y expectativas de los proveedores, facilitando la implementación de acciones específicas para cada segmento que se vieron reflejadas en la mejora de la satisfacción de la encuesta de 2023. Los resultados de la encuesta de 2022 mostraron una participación del 10,18%, con una valoración global de percepción de 8.21 sobre 10 y un NPS de +34,8%. Se detectaron áreas de mejora gracias a las preguntas estructuradas y a la pregunta abierta. Posteriormente, se pusieron en marcha acciones de mejora y se dio feedback a los proveedores de las mismas. La encuesta de 2023 mostró una mejora en varios aspectos clave. Se obtuvo una tasa de participación del 57,6%. La valoración media global de la percepción aumentó a 8.49 y el NPS a +58%. Estos resultados indican un progreso significativo en la satisfacción general de los proveedores.

CONCLUSIONES

El proyecto demostró que una segmentación adecuada y la realización de encuestas periódicas son herramientas efectivas para identificar y abordar las necesidades de los proveedores. Las acciones implementadas han mejorado la satisfacción general y la lealtad de los proveedores hacia la Gerencia. A futuro, se planea continuar con este enfoque, realizando acciones específicas en función de la priorización asignada a cada proveedor.

COCREACIÓN EN ACCIÓN: MEJORANDO LA ATENCIÓN SANITARIA CON LA VOZ DEL PACIENTE

 *Bonjorn Dalmau, Mercè*⁽¹⁾ • *Querol Carranza, Eloi*⁽²⁾ • *Ortuño Iniesta, Francisco*⁽³⁾ • *Gili Murillo, Enric*⁽²⁾ • *Jiménez López, Irene*⁽⁴⁾ • *Durán Hernández, Luis*⁽³⁾

 ⁽¹⁾ *Unidad de Transformación Digital y Salud Digital del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol - Grupo de Investigación en Innovación, Economía de la Salud y Transformación Digital (INEDIT)* • ⁽²⁾ *Unidad de Comunicación del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol* • ⁽³⁾ *Dirección de Organización y Sistemas de Información (DOSI) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol* • ⁽⁴⁾ *Atención a la Ciudadanía del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

Identificador: 292

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

A pesar del incremento exponencial de descargas de aplicaciones (app) móviles muchas son abandonadas por parte de los usuarios. Para evitar esto es necesario detectar las necesidades directamente de los pacientes. Se ha realizado un taller de cocreación de pacientes y usuarios habituales para poder aportar sustanciales mejoras a la actual app del hospital.

OBJETIVOS

Mejorar la app del hospital adaptándola a las necesidades reales de los usuarios del hospital.

Identificar a las necesidades reales

Evaluar qué no funciona en el momento actual

Buscar contenido innovador

METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo fue un taller de cocreación, con grupo focal de 8 pacientes/usuarios de nuestro hospital. Taller diferenciado en tres fases:

En la **fase preparación**, se definieron objetivos del grupo focal y criterios de selección de participantes, se estableció metodología y se organizaron aspectos logísticos. Se diseñó agenda, creación de materiales de soporte, convocatoria participantes y preparación de consentimientos informados.

Durante la **fase ejecución**, se llevó a cabo el taller de cocreación el 31 enero 2024 con un grupo focal de 8 participantes. Se fomentó un clima de colaboración mediante una moderación hábil y técnicas de brainstorming dirigido, promoviendo la participación activa de los asistentes. Se dividió a los participantes en tres grupos. Todos los grupos trabajaron todas las siguientes partes: 1. Detección de necesidades, 2. Análisis de la app actual del hospital, 3. Mejora de la app actual ¿Cómo debería ser la app del hospital?

En la **fase evaluación**, se compiló toda la información en un informe detallado. Se analizaron los datos recogidos para identificar patrones y hallazgos clave, proporcionando una base sólida para las conclusiones del taller de cocreación.

RESULTADOS

En el taller de cocreación participaron de forma activa 8 pacientes/usuarios habituales de nuestro hospital. En cada grupo de cocreación había 3-3-2 participantes. Se observó que 0% de participantes conocían la actual app de nuestro hospital, a pesar de estar en las stores desde 2019.

Las preocupaciones e ideas de los participantes de cada grupo fueron similares. A destacar el tema del aparcamiento, poder tener un google maps del hospital, acceso a teléfonos/correos electrónicos y cuadro médico por especialidades, anular o modificación de día de visita o prueba, solicitar medicación hospital...


De la app actual destaca la dificultad de asociar la información que hay en cada apartado con el icono que aparece. Hay apartados que sacarían o reformularían, el del mapa del hospital con un buscador predictivo para no perderse, o el icono "Sala de Espera Quirúrgica" no quedaba claro si era para pacientes o familiares.

CONCLUSIONES

La información recopilada en el taller de cocreación proporciona una base sólida para implementar mejoras específicas asegurando que la nueva versión de la app sea más intuitiva y útil, con un enfoque centrado en las necesidades y expectativas de pacientes.

¿CÓMO MEJORAR UNA INTERVENCIÓN DIGITAL A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (AOS)?

 *Bonjorn Dalmau, Mercè*⁽¹⁾ • *Cano Izquierdo, Mireia*⁽²⁾ • *Valero Valdelvira, Patricia*⁽³⁾ • *Querol Carranza, Eloi*⁽⁴⁾ • *Guarch González, Ruth*⁽⁵⁾ • *Davins Riu, Xell*⁽³⁾

 ⁽¹⁾ *Unidad de Transformación Digital y Salud Digital del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol - Grupo de Investigación en Innovación, Economía de la Salud y Transformación Digital (INEDIT)* • ⁽²⁾ *Unidad de Transformación Digital y de la Unidad de Innovación del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Grupo de Investigación en Innovación, Economía de la Salud y Transformación Digital (INEDIT)* • ⁽³⁾ *Unidad de Transformación Digital y Salud Digital del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Grupo de Investigación en Innovación, Economía de la Salud y Transformación Digital (INEDIT)* • ⁽⁴⁾ *Unidad de Innovación del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol* • ⁽⁵⁾ *Unidad de Transformación Digital y Salud Digital del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*

Identificador: 293

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La tecnología es una herramienta valiosa para mejorar la experiencia de pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS), permitiendo su empoderamiento y autocuidado. Para lograr una mejora iterativa en la implementación de intervenciones digitales, es fundamental medir los Patient-Reported Experience Measures (PREMs) digitales. Hemos desarrollado una intervención digital para mejorar la experiencia del paciente AOS, utilizando para ello la evaluación de los PREMs.

OBJETIVOS

Mejorar la intervención digital a través de la experiencia del paciente AOS.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y mixto (cuantitativo-cualitativo) de la intervención digital en pacientes AOS.

El estudio se basó en 2 fases. En la fase inicial se realizaron entrevistas semiestructuradas con pacientes diana AOS y se implementaron mejoras detectadas en la intervención digital. Al cabo de 8 meses, en la fase consolidación se realizaron 2 grupos focales con pacientes de AOS para valorar las mejoras implementadas.

Se utilizaron técnicas iterativas de análisis temático de datos combinando los siguientes métodos: evaluación cuantitativa de la app mediante la escala validada User Mobile Application Rating Scale (uMARS), y la evaluación cualitativa con entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Adicionalmente se realizó un Mapa de Viaje del Paciente AOS para conocer puntos de dolor, adaptando así la intervención digital a necesidades reales.

RESULTADOS

Cualitativamente, en la fase inicial participaron 8 pacientes AOS con entrevistas semiestructuradas (marz a abril 2023). Se detectaron 27 mejoras de la intervención digital en los dominios de personalización, de funcionalidades y de información. Los equipos asistenciales propusieron mejoras para cubrir las necesidades y carencias detectadas. En la fase consolidación participaron 22 pacientes de AOS en dos grupos focales (n= 14, n=8) (dic, 2023). Se confirma que las mejoras implementadas en la fase inicial sobre personalización, funcionalidades e información tuvieron buena valoración de los pacientes AOS. Se detectaron 12 mejoras adicionales focalizadas en la adaptación del tratamiento de la CPAP, que fue el aspecto que más preocupaba a estos pacientes.

Cuantitativamente, en la fase inicial, los resultados de las puntuaciones de la uMARS son de 3.96/5 en la puntuación media objetiva de calidad de app, de 3.53/5 en la puntuación media subjetiva y 4.23/5 en la sección del impacto percibido. En la fase de consolidación, es de 3.89/5 en la puntuación media objetiva de calidad de app, 3.58/5 en la puntuación media subjetiva y puntuación de 4.05/5 en la sección del impacto percibido. Hubo un mínimo incremento de valoraciones positivas de la intervención digital, siendo pacientes AOS no escogidos.

CONCLUSIONES

La evaluación de PREMs digitales es fundamental para adaptar las intervenciones digitales a las necesidades reales de los pacientes. Este estudio proporciona una base sólida para futuras intervenciones en pacientes AOS.

OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE HOSPITAL DE DÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

 NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA • LOPEZ SANCHEZ, PIEDAD • HELLIN GIL, M FUESANTA • MECA LALLANA, JOSE EUSTASIO • PEREDA MAS, ARTURO • BETETA FERNANDEZ, DOLORES

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA - AREA I

Identificador: 298

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La unidad de Esclerosis Múltiple (EM) del Área 1 de salud, Centro, Servicio y Unidad de Referencia en el Sistema Nacional de Salud (CSUR), está inmersa en un proyecto de análisis de procesos a través de metodología LEAN, con la colaboración de la empresa Novartis.

Para la consecución de dicho proyecto se ha creado una comisión formada por un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeros y farmacéuticos, administrativos, representantes de la dirección y la responsable funcional de la historia clínica electrónica hospitalaria.

La misión de esta comisión es agilizar los procesos, optimizando los flujos de trabajo e identificando oportunidades de mejora, reuniéndose de forma periódica.

Entre las propuestas identificadas se encontraba la visualización rápida de los huecos que quedan libres para poder planificar la administración no programada de tratamientos a pacientes con EM en los recursos de hospital de día.

OBJETIVOS

Optimizar las agendas para mejorar la respuesta a la demanda de tratamientos no planificados

Disminuir el tiempo dedicado a la gestión de la cita de estos tratamientos urgentes o imprevistos

METODOLOGÍA

Para lograr distinguir de forma rápida las franjas horarias que quedan libres en la planificación de los tratamientos programados, se analizó el proceso de programación de pacientes a los que se les administra tratamiento en hospital de día, proponiendo como mejora la implantación de una herramienta de gestión visual, mediante una interfaz de visualización gráfica en forma de calendario que muestre en tiempo real, de forma ágil y accesible a todo el personal, los huecos que pueden ser aprovechados.

Este calendario se traduce en un informe dinámico, el cual representa un día por página con los seis puestos de hospital de día, divididos en 12 huecos, los cuales se colorean en rojo los de larga duración (12 huecos), en azul los de media (6 huecos) y en amarillo los de corta (3 huecos), posibilitando la localización rápida de huecos disponibles.

Posteriormente se evalúa el tiempo invertido en gestionar la cita, realizando una medición de tiempos pre y post implantación de calendario.

RESULTADOS

Con el uso del calendario de ocupación, se consiguen administrar 20 tratamientos urgentes o imprevistos al mes, que anteriormente se administraban fuera de horario, aumentando el rendimiento de estos recursos al 100%.

Con respecto al tiempo dedicado a la gestión de la cita, antes de la implantación del calendario se invertían unos 5 min, y con la herramienta hemos pasado a 1 min (80% de ahorro). Además, al ser accesible a todo el personal de la unidad, se suprimen llamadas telefónicas innecesarias.

CONCLUSIONES

Con la implantación del calendario representando la ocupación de los recursos de hospital de día, logramos sacar el máximo partido a los huecos con los que contamos.

Hemos conseguido aumentar el rendimiento del tiempo de gestión de citas que emplea la enfermera, lo que conlleva, además, un aumento de la satisfacción del personal.



PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

 Domingo, Laia ⁽¹⁾ • Lagrave, Juliana ⁽¹⁾ • Barceló-Vidal, Jaume ⁽²⁾ • Comas, Mercè ⁽¹⁾ • Ferrández, Olivia ⁽¹⁾ • Sala, Maria ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar • ⁽²⁾ Àrea de Suport al Medicament i Servei de Farmàcia d'Atenció Primària i a la Comunitat de Barcelona, ICS

Identificador: 299

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los anticoagulantes orales son fármacos de alto riesgo, por lo que potencialmente pueden asociarse a eventos adversos graves o incluso mortales. La identificación de los problemas relacionados con la utilización de estos fármacos es necesaria para poder instaurar acciones orientadas al aumento de la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

El objetivo fue describir los problemas relacionados con la medicación (PRM) de los fármacos anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y antagonistas de la vitamina K (AVK).

Metodología: Estudio observacional transversal de los PRM relacionados con ACOD y AVK entre 2018 y 2022 en pacientes hospitalizados en un hospital universitario de Barcelona. Todas las prescripciones farmacológicas son revisadas a diario por farmacéuticos. Ante la detección de un PRM, se realiza una recomendación mediante una anotación en el curso clínico, posteriormente aceptada o no por el facultativo responsable. Se realizó un análisis descriptivo del tipo de PRM detectado y la aceptación o no de la recomendación farmacéutica por parte de del equipo médico, de manera global y en función del tipo de anticoagulante oral prescrito (AVK vs ACOD).

RESULTADOS


Se detectaron un total de 178 PRM, de los cuales 77 (43,3%) estuvieron relacionados con AVK y 101 (56,7%) con ACOD. Los tipos de PRM más frecuentes entre VKA fueron las interacciones (n=52; 67,5%) seguidos de errores de prescripción/indicación (n=10; 13%). Entre las prescripciones de ACOD los PRM detectados con más frecuencia fueron relacionados con la dosis o frecuencia incorrecta (n=36; 35,6%), ajuste de dosis por alteración PK/PD (n=26; 25,7%) e interacciones (n=16; 15,8%). El 58,4% de las observaciones fueron valorables (104/178), con un grado de aceptación de la recomendación farmacéutica del 78,8% (82/104). Dicha aceptación fue superior al 80% en las recomendaciones ante la detección de una interacción (100%), errores de prescripción (86,7%) y duplicidades (83,3%), mientras que este valor fue del 65% en aquellas relacionadas con necesidad de ajuste de dosis ante una alteración PK/PD. El porcentaje de aceptación fue mayor en recomendaciones relacionadas con AVK vs ACOD (88,0% vs 75,6%, respectivamente).

CONCLUSIONES

Las interacciones fueron los PRM identificados con más frecuencia en los AVK, mientras que PRM asociados con la posología (dosis, frecuencia) y necesidad de ajuste de dosis por alteraciones PK/PD se identifican con más frecuencia para ACOD. Resulta imprescindible la instauración de estrategias de difusión dirigidas a aumentar la seguridad relacionada con la utilización de este grupo farmacológico, dada su implicación en eventos de gravedad potencial elevada. Asimismo, es esencial la disponibilidad de recursos de personal farmacéutico de apoyo para el análisis de PRM a nivel hospitalario.



RIESGO DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SEGUN TIPO DE ANTICOAGULANTE ORAL

 Domingo, Laia ⁽¹⁾ • Lagrave, Juliana ⁽¹⁾ • Comas, Mercè ⁽¹⁾ • Barceló-Vidal, Jaume ⁽²⁾ • Castells, Xavier ⁽¹⁾ • Sala, Maria ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar • ⁽²⁾ Àrea de Suport al Medicament i Servei de Farmàcia d'Atenció Primària i a la Comunitat de Barcelona, ICS

Identificador: 300

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los anticoagulantes orales son fármacos de alto riesgo, implicados con un porcentaje importante de problemas relacionados con la medicación y eventos adversos potencialmente graves.

OBJETIVOS

El objetivo fue describir la evolución del uso de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y antagonistas de la vitamina K (AVK) en pacientes hospitalizados y estudiar la asociación de estos con complicaciones tromboticas, hemorrágicas y mortalidad intrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Estudio observacional transversal en pacientes >17 años hospitalizados entre 2018 y 2022, tratados con ACOD y AVK. Se obtuvieron variables sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas (comorbilidades, tipo de asistencia, complicaciones, mortalidad intrahospitalaria) a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se describió la evolución temporal de uso de ACOD y AVK. Se calculó la tasa de complicaciones (tromboticas y hemorrágicas) y mortalidad para pacientes tratados con ACOD vs AVK. Se realizaron modelos de regresión logística multivariados para predecir complicaciones y mortalidad en función del tratamiento anticoagulante y ajustando por edad, sexo e índice de Charlson y estratificando según alta médica o quirúrgica. Se consideró un nivel de significación estadística de 0.05

RESULTADOS

Se incluyeron 4909 pacientes tratados con ACOD y 2385 AVK. Observamos una tendencia creciente en el uso de ACOD (+42.3%) y decreciente de AVK (-36.94%). Los pacientes tratados con ACOD mostraron menor tasa de complicaciones hemorrágicas y tromboticas (2.0%) vs AVK (3.2%) $p=0.001$. Los modelos ajustados por edad, sexo y comorbilidades, mostraron que tanto para pacientes médicos como quirúrgicos el uso de ACOD fue factor protector de presentar complicaciones vs AVK (pacientes médicos: OR: 0.52; IC95%: 0.31-0.86; pacientes quirúrgicos: OR 0.52; IC95%0.35-0.79). Respecto la mortalidad intrahospitalaria, se observó que los pacientes con perfil médico tratados con ACOD presentaron un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria vs AVK (OR 1.36; IC95%1.02-1.84), mientras que para pacientes quirúrgicos se observó un efecto protector, aunque no se detectaron diferencias estadísticamente significativas

CONCLUSIONES

El uso de ACOD mejora la seguridad en pacientes especialmente de perfil quirúrgico, mostrando una reducción tanto de las complicaciones hemorrágicas y tromboticas, como de la mortalidad intrahospitalaria. Será necesario replicar los análisis teniendo en cuenta las indicaciones de los fármacos estudiados para disponer de resultados más específicos relacionados con la mortalidad

EVOLUCION DE LA ESTRATEGIA FORMATIVA DEL PROYECTO: GESTIÓN DE LA DEMANDA DE ENFERMERÍA (GDE)

 FERNÁNDEZ DÍAZ, MARIA CARMEN ⁽¹⁾ • BARBERÁ MARTÍN, AURORA ⁽¹⁾ • RAMÍREZ PUERTA, ANA BELÉN ⁽¹⁾ • VILLANUEVA SANZ, CRISTINA ⁽²⁾ • BECERRIL ROJAS, BEATRIZ ⁽¹⁾ • MUÑOZ BALSA, MARCOS JOSÉ ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Centro de Salud Vicente Muzas

Identificador: 301

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El Proyecto GDE de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) pretende potenciar la capacidad de las enfermeras para gestionar las demandas de los usuarios, y se relaciona con necesidades de cuidados, y su gestión. Se desarrollan 21 procesos. Su difusión e implantación establece una estrategia formativa.

OBJETIVO

Capacitar a las profesionales de enfermería y ampliar sus conocimientos y habilidades para el abordaje de los procesos desarrollados y mejorar su atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desplegó una estrategia formativa 2021-2023 en la GAAP para la difusión del proyecto GDE 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 oferta formativa se adapta a la evolución de la implantación del proyecto, dando continuidad en el año 2024 a las necesidades detectadas. La gestión de la formación se hace a través de la aplicación informática FORMAP: Inscripción, anulación, emisión de certificados y evaluación.

RESULTADOS

Se han impartido para profesionales de enfermería en 2024:

“Actualización en la Atención a Procesos Agudos: Valoración y exploración de enfermería en población infantil y adulta”

10 ediciones (ed.) con 355 inscritas. La valoración global media (VGM) del curso es 9/10, la valoración media de docentes (VMD) es 9,27/10 y la valoración de la utilidad para su trabajo habitual (UTH) del 97%. En la valoración cualitativa resaltan la gran utilidad de los conocimientos en la práctica clínica del día a día.

“Registro en HCE. GDE” 5 ed. con 122 inscritas. La VGM es 7,91/10, la VMD es 8,57/10 y la UTH del 84%. En la valoración cualitativa resaltan el ejemplo de paciente PRUEBA, ayuda a entender la metodología.

“Seguimiento clínico de pacientes crónicos en la consulta de enfermería: Hipertensión y Diabetes” 5 ed. con 165 inscritas. La VGM es 9,23/10 y la UTH del 96%. En la valoración cualitativa resaltan un curso súper práctico e interesante con el paciente en consulta, basado en la bibliografía.

“Taller de heridas y suturas en la consulta de enfermería” 7 ed. con 240 inscritas. La VGM es 8,7/10, la VMD es 9,25/10 y la UTH DEL 94%. En la valoración cualitativa resaltan contenido práctico y compartir dudas con los profesores.


Se planifican: **“Planes de cuidados en Atención Primaria. Nivel básico”** 2 ed. en junio y **“Actualización en el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K”** 2 ed. en octubre.

CONCLUSIONES

Las evaluaciones en las formaciones de años previos 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 GDE debe ser continuada en el tiempo.



ATENCIÓN SANITARIA Y PROCEDIMIENTO DE ACTUACION A PACIENTES PENITENCIARIOS

 *Barrios Eguia, Alba • Gangoiti Iturri, Alazne*

 *Clinica Mutualia*

Identificador: 302

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

Calidad Asistencial a pacientes penitenciarios

La calidad asistencial es crucial para garantizar que todos los pacientes reciban atención médica adecuada y oportuna. En el caso de los pacientes penitenciarios, esta necesidad es aún más acentuada debido a las barreras adicionales que enfrentan, como restricciones de movimiento, estigmatización y potenciales limitaciones en el acceso a servicios de salud. Mejorar la calidad asistencial en este grupo no solo tiene implicaciones positivas para la salud individual de los internos, sino también para la salud pública en general.

Cuando una persona paciente venga presencialmente trasladado desde el centro penitenciario a las instalaciones sanitarias de Mutualia estará acompañado/custodiado por los agentes de la autoridad (Ertzaintza), con los cuales el médico responsable valorará las necesidad de seguridad durante la consulta médica; debiendo siempre conocerse y estar a disposición del médico y personal de Mutualia el protocolo de seguridad que tenga establecido para estos casos.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN MUTUA

Cuando una persona/paciente venga presencialmente trasladado desde el centro penitenciario a las instalaciones sanitarias de Mutualia estará custodiado por los agentes de la autoridad.

ASISTENCIA SANITARIA POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES AUKERAK

Este documento recoge la GUÍA de actuación, para la prestación asistencia sanitaria (de la cual es responsable Mutualia por contingencias profesionales), a las personas trabajadoras privadas de libertad en los Centros Penitenciarios y cuyo empleador es AUKE-RAK.

AUKERAK, entre otras funciones, organiza el llamado trabajo productivo en los centros penitenciarios y su retribución, gestionando talleres productivos, explotaciones agrícolas, así como los servicios auxiliares de los centros penitenciarios o de inserción que se les encomiende; y realiza actividades industriales, comerciales o análogas y, en general, cuantas operaciones se relacionen con el trabajo penitenciario o se le encomienden, así como la formación ocupacional y la inserción sociolaboral de las personas condenadas a penas privativas de libertad.

OBJETIVOS

El objetivo es mantener una COMUNICACIÓN FLUIDA-EFICAZ Y CRITERIOS UNIFICADOS entre los facultativos de Inspección Médica y/o Osakidetza con Mutualia, así como el correcto y completo registro actualizado en la historia clínica de Mutualia.

Cuando una persona paciente venga presencialmente trasladado desde el centro penitenciario a las instalaciones sanitarias de Mutualia (para urgencias, consulta sucesivas, pruebas complementarias, valoración de secuela, etc) estará acompañado/custodiado por los agentes de la autoridad (Ertzaintza), con los cuales el médico responsable valorará las necesidad de seguridad durante la consulta médica; debiendo siempre conocerse y estar a disposición del médico y personal de Mutualia el protocolo de seguridad que tenga establecido para estos casos.



APLICACIONES DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN MUTUA LABORAL

 Ulibarrena Sáinz, Miguel

 Mutualia Bilbao

Identificador: 303

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Presentamos dos aplicaciones basadas en inteligencia artificial (IA) que consideramos buenas prácticas por el apoyo que supone a nuestros profesionales, la reducción de errores y de variabilidad en el manejo de los casos de baja.

METODOLOGÍA

Aplicación 1. Inteligencia artificial aplicada a las radiografías. Las fracturas constituyen un problema sanitario de primer orden. Representan el 50% de los diagnósticos fallidos en los Servicios de Urgencias, y hasta un 15% de éstas no se detectan en las radiografías, requiriendo técnicas de imagen más avanzadas y costosas. Con el objetivo de mejorar y facilitar su análisis radiológico, hemos implantado una SIA que identifica y señala las fracturas en las radiografías de un modo sencillo, rápido y totalmente automatizado. Cuando la radiografía llega a nuestro PACS (Picture Archiving and Communication System) se envía al servidor de la empresa proveedora de la IA donde, a través de un algoritmo, la analiza para detectar fracturas y devuelve el resultado prácticamente al instante indicando si es negativo, dudoso o positivo.

Aplicación 2: IA para ayuda en el seguimiento y control de bajas de Contingencia. Común (CC). Se trata de un programa que extrae la información histórica de nuestra base de datos, la procesa y realiza modelos para evaluar la duración de las bajas de los trabajadores. A continuación extrae la información de las nuevas bajas, la procesa y la contrasta con los modelos almacenados, y así predice la fecha probable de alta, con el objetivo de ayudar al profesional a seleccionar los episodios susceptibles de ser tratados. Las variables que intervienen en la duración estimada del proceso son Fecha de nacimiento, Sexo, ocupación, Reincidencia, asalariado/ autónomo, CIE9, Causa del Alta.

RESULTADOS

A principios de 2024 realizamos una encuesta al personal médico para conocer la valoración de la solución SIA de diagnóstico de fracturas. El 82,35% del personal reconoce consultar la SIA para la elaboración de sus diagnósticos y el 96,42% considera que es una buena ayuda. De hecho, en un 92,85% de los casos los resultados coinciden con el diagnóstico final. Un 82,14% reconoce que ayuda a ganar tiempo. El grado de satisfacción global es del 96,42%.

Respecto a la IA de ayuda al manejo de casos de CC la percepción también es muy positiva, permitiendo mejorar la eficiencia en el seguimiento de los casos.

CONCLUSIONES

Nuestra apuesta por la IA impacta directamente en dos de nuestras líneas estratégicas, Innovación en servicios y Humanización del cuidado de la salud, seguridad y protección económica, ya que se trata de un proyecto innovador que apoya la transformación digital de nuestros servicios y que contribuye a garantizar la seguridad de nuestras y nuestros pacientes. También favorece una mejora de eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios. Además, contribuye a dar respuesta a tres de nuestros valores: vanguardismo, profesionalidad y eficiencia.

DIGITALIZACIÓN DEL REGISTRO ENFERMERO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA ONCOHEMATOLÓGICA

 Bonilla Serrano, Carolina • Cirera Pérez, Iris • Estanyol Franzi, Anna • Carreño Mendez, Montserrat • Ballestar Dot, Núria • Gallego Miralles, Cristina

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 304

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica informatizada (HIS) es una herramienta eficaz que permite estructurar la información recogida y mejorar el lenguaje clínico utilizado. Asimismo, proporciona un mejor acceso a la información a todos los profesionales implicados, favoreciendo la comunicación interprofesional. Todo ello garantiza la calidad del registro, la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente (SP).

La Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) es un dispositivo asistencial ambulatorio que atiende en el domicilio del propio paciente oncohematológico. Ofrece atención a varios programas asistenciales que incluyen desde la terapia celular a la aplasia postratamientos oncoespecíficos de alta intensidad.

Dada la complejidad de la atención enfermera que se ofrece en la UAD, el registro enfermero cobra especial relevancia en el seguimiento de estos pacientes.

Este registro se realizaba en papel. Para mejorar la calidad asistencial y la SP en la UAD, iniciamos el proceso de informatización en el 2023, específicamente para cada visita y/o programa que se atiende en la UAD.

OBJETIVO

Describir el proceso de digitalización de los registros enfermeros de la Unidad de Atención Domiciliaria Oncohematológica de un hospital terciario.

METODOLOGÍA

El registro enfermero se realizaba en papel, por lo que disponíamos de una base sobre la información que debíamos recoger de cada intervención enfermera que se hace en los pacientes atendidos en la UAD. De este modo, se creó un formulario digital que recoge la información necesaria de cada tipo de visita, desde la inclusión del paciente en un programa asistencial de la UAD, el seguimiento y la evolución, hasta el alta; permitiendo recoger de forma unificada, estructurada, y en un mismo lugar toda la información clínica de todo el proceso asistencial.

Para su desarrollo, se creó un grupo de trabajo formado por la Enfermera Clínica, la Enfermera de Enlace y el equipo de enfermería de la UAD. Se estructuró toda la información que debía recogerse y se contactó con la Dirección de Sistemas de la Información del centro para su incorporación en el entorno HIS.

RESULTADOS

El registro informatizado actualmente está en fase de pruebas, por lo que todavía no podemos presentar resultados concluyentes. El feedback de los profesionales por el momento, es bueno, ya que permitirá recoger su actividad de forma más sencilla y favorecer un lenguaje clínico unificado. Se espera poder presentar resultados en próximas ediciones.

CONCLUSIONES

La participación de los profesionales desde el inicio del proyecto ha favorecido el correcto desarrollo de la planificación e implantación del registro informatizado. Por el momento, no se han encontrado resistencias al cambio entre los profesionales implicados, lo que indica la alta implicación del equipo en el proceso de digitalización.



¡NUESTRO PRINCIPAL INDICADOR DE CALIDAD ES LA LECHE!

 Izco Urroz, Mayte • Santacruz Novillo, Sonia • Arranz Betegón, Ángela • Galisteo Giménez, María

 Hospital Clínic Barcelona

Identificador: 305

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El mejor alimento para el bebé durante los primeros meses de vida es la leche materna (LM). La OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF recomiendan que los niños inicien la lactancia materna en la primera hora del nacimiento y sean exclusivamente amamantados durante los primeros 6 meses de vida.

Existen estudios tanto cualitativos como cuantitativos que demuestran que ofrecer información sobre LM, tanto antes como después del parto, aumenta de forma significativa las tasas de LM. Con un inicio precoz, se obtienen mayores tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria. Objetivo: Aumentar el número de pacientes que inician la LM en la primera hora de vida del neonato y mantienen al alta hospitalaria.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

A finales de noviembre del 2022 se llevó a cabo la migración de nuestra historia clínica obstétrica al sistema de trabajo de SAP permitiendo su integración con la historia clínica del hospital. Esto nos ha permitido poder disponer del acceso y registro de la información desde un único punto de acceso y desde cualquier dispositivo del hospital. Priorizando la “línea estratégica” de apoyo y fomento a la lactancia, se incorporó el registro de las variables de LM, pudiendo disponer de la información relacionada durante todo el proceso asistencial; desde el inicio en consultas externas, así como al alta de la paciente. De esta manera, disponemos de un cuadro de mando, a través de la herramienta de reporting Microsoft Power BI, con indicadores específicos de la LM y donde visualizamos, a tiempo real, los datos obtenidos. Este cuadro de mando nos permite poder analizar los resultados obtenidos y llevar a cabo acciones de mejora relacionadas con la información y soporte a las pacientes, así como de refuerzo a los profesionales que tienen contacto directo a la asistencia.

Desde el 1 de diciembre del 2022 hasta el 31 de marzo del 2024 asistimos a 3757 puérperas.

En diciembre del 2022 registramos un 22% de lactancia exclusiva al alta. Se reforzó en todos los turnos cómo se debía informar y la importancia del registro de la información. En el mes de marzo del 2024 se obtuvo un 67,4% de lactancia materna exclusiva al alta.

CONCLUSIONES

Disponer de resultados relacionados con la lactancia a tiempo real, nos ha permitido poder identificar situaciones relacionadas con falta de apoyo e información a la madre, que reducían el número de pacientes que inician la LM de forma precoz. Esto nos ha ayudado a llevar a cabo acciones de mejora, tanto desde la visión del profesional como de la propia paciente, relacionadas con la información y el acompañamiento durante el ingreso. Finalmente hemos ido mejorando de forma significativa el número de pacientes que inician la LM durante el ingreso y la mantienen al alta, consiguiendo que los profesionales se sientan más seguros y formados y las madres más confiadas y satisfechas con la decisión tomada.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS (SUE) SOBRE PERSONAS CON UNA DISCAPACIDAD

 CASTELLARES GONZALEZ, CAROL INGRID ⁽¹⁾ • ESTACIO GARCIA, MÓNICA ⁽²⁾ • MARTINEZ CABALLERO, MARIA DEL CARMEN ⁽²⁾ • CUEVAS LOBATO, OSCAR ⁽³⁾ • RAMOS RODRIGUEZ, AMPARO ⁽²⁾ • COLOMER ROSAS, ASUNCION ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA112/HU120 • ⁽²⁾ SUMMA 112 • ⁽³⁾ SUMMA112/HOSPITAL DE GETAFE

Identificador: 306

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACION

Las personas que viven con una discapacidad (D) van en aumento por el crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y los avances médicos, que alargan la vida. Favorecer su inclusión social y participación incluye hacerles más accesibles los servicios de salud. La información, conocimiento y actitud de los profesionales son clave para lograrlo.

Nuestro SUE se planteó identificar los conocimientos, actitudes de nuestros profesionales hacia las personas con una D y los factores que pueden influir en ellos para concienciar y mejorar la atención a la diversidad.

OBJETIVO

Conocer la información previa y actitudes hacia las personas con D de los profesionales de nuestro servicio.

Conocer si existe diferencia por género y edad en el contacto con personas y conocimiento de las diversas discapacidades.

METODOLOGÍA

Envío por correo electrónico de un cuestionario validado a 1816 profesionales. Consta de 41 preguntas de opciones múltiples, que indagan sobre conocimiento e información, contacto, frecuencia del contacto y emociones ante personas con una D

Periodo de aplicación de la encuesta: 01/04/2024 al 31/05/2024.

Se analiza agrupando en 3 bloques:

1º derechos, oportunidad de empleo, integración y deporte

2º evaluación de inversión en disminución de barreras físicas

3º cómo se siente con respecto al contacto y sociabilización con las diferentes discapacidades

RESULTADOS

Resultados preliminares a 15/05

Respuestas 306/1816 (17%)

49% hombres

36% Técnicos, 31% médicos, 21% enfermeros, 8% administrativos, 1% TCAE, 2% informáticos

Edad: 41% de 41 a 50 años; 38% de 51 a 60 y 12% > 60

Frecuencia de contacto: 25% varias veces al mes, 17% varias veces por semana, 20% < 1 vez al mes y 14% diario.

145 (48%) se sentían cómodos y 91 (30%) muy cómodos en contacto con persona con una D

Con respecto a tener los mismos derechos, mismas oportunidades de empleo, acceso a los mismos colegios, igualdad de salario y deporte, no hubo diferencia entre ambos sexos

Información: 57% poco informado sobre D psíquica y sensorial, y 54% bien informado sobre D física

Contacto según tipo de D: 46% con persona con D física, 28% D intelectual, 18% D auditiva, 17% D mental, 11% D visual y 15% D múltiple

Sentimiento de tensión o irritabilidad ante persona con D: 63% muy en desacuerdo y 36% en desacuerdo

CONCLUSIÓN

El porcentaje de respuesta es similar a otras enviadas online.

La información es mejorable y se debe programar actividades formativas, de comunicación y colaboración entre asociaciones de pacientes y profesionales

Un elevado porcentaje está familiarizado con personas con una D de diverso tipo, aunque no se evidencia una frecuencia de contacto elevada

La mayoría de profesionales los integran en su ámbito de trabajo o/y en su ambiente cotidiano de forma habitual, y tienen una actitud positiva ante las personas con una D

La edad y el sexo no son factores determinantes en la percepción y actitud hacia la persona con una D en ninguno de los 3 bloques analizados

REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE CIRCUITOS ESPECÍFICOS PARA PACIENTES AUTÓNOMOS

 *Bustamante Torneiro, Ligia • Gallardo González, Gemma • Canut Fusté, Ester • García Pavesio, Ana • Losada Parente, Alejandra • Ramos Farelo, Montserrat*

 *Hospital Clinic de Barcelona*

Identificador: 307

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los tiempos de espera en los servicios de Urgencias constituyen un factor crítico que afecta tanto a la experiencia del paciente como a la eficiencia operativa del Hospital.

Los pacientes autónomos, entendiendo por “autónomos” aquellos pacientes que no tienen limitaciones funcionales ni psíquicas y que por lo tanto, pueden desplazarse sin dificultad a las distintas pruebas diagnósticas, y esperar los resultados de las mismas sentados en una sala de espera, en lugar de encamados y ocupando un box, constituyen una porción significativa de la demanda en los servicios de Urgencias, y sus procesos asistenciales deben gestionarse de manera eficiente.

Este proyecto se fundamenta en la premisa de que la creación de circuitos específicos para pacientes autónomos puede optimizar el flujo de pacientes en los servicios de Urgencias, reduciendo así los tiempos de espera para todos los pacientes y mejorando la calidad general de la atención. Representa, por tanto, una oportunidad para abordar de manera proactiva los desafíos asociados con la congestión y los tiempos de espera, con el objetivo último de proporcionar una atención más rápida, segura y centrada en el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se propuso la creación de tres circuitos específicos para el paciente autónomo: circuito de medicina, circuito de cirugía y circuito de traumatología.

Para ello, se crearon tres grupos de trabajo multidisciplinares, que se reunieron semanalmente durante tres meses con el objetivo de diseñar el funcionamiento y las características de cada circuito, redistribuyendo los espacios asistenciales disponibles para dar cabida a los tres nuevos circuitos. Como fruto de estas reuniones, se elaboró un documento que detallaba los espacios, la dotación y el funcionamiento de cada uno de los circuitos.

Una vez los circuitos estuvieron establecidos y en funcionamiento, se procedió a la difusión del documento a todo el personal asistencial del Área de Urgencias y se inició un periodo de prueba de un mes. Durante el periodo de prueba, se recogieron las incidencias y propuestas del equipo, que fueron meticulosamente analizadas por los grupos de trabajo, permitiendo llevar a cabo acciones de mejora y adaptando los circuitos a las características y necesidades del Área.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el primer cuatrimestre de 2024, la implementación de los tres circuitos específicos para pacientes autónomos de medicina, cirugía y traumatología mostró resultados positivos. A pesar del incremento en el número de visitas en los tres circuitos, se observó una reducción significativa en el tiempo medio de demora desde el triaje hasta la entrada a box respecto a los mismos cuatro meses del año anterior.

Estos hallazgos indican que los circuitos específicos para pacientes autónomos mejoran tanto la capacidad de atención como la eficiencia en la gestión del tiempo de espera, sugiriendo su potencial eficacia y aplicación en otros contextos hospitalarios.



ASISTENCIA A PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

 de León Socorro, Silvia • Sánchez Barber, Fayna • Santana Padilla, Yeray G. • Álvarez Cuenod, Juan Sebastian • Ceccarelli, Caterina • Amador Alemán, Vanesa Raquel

 Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Identificador: 308

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La interrupción voluntaria de la gestación (IVE) es un derecho regulado en España por la Ley Orgánica 2/2010 y su modificación por la Ley Orgánica 1/2023, que garantiza el acceso igualitario a la IVE en centros públicos o vinculados, empleando el método quirúrgico y/o farmacológico más adecuado para cada caso. La instrucción n. 11/2023 del Servicio Canario de Salud (SCS) establece normativas específicas para su realización en Canarias. Es fundamental organizar y unificar el procedimiento de atención sanitaria, considerado urgente, para el Área de Salud de Gran Canaria, asegurando una prestación eficiente y humanizada, respetando los derechos de las gestantes y profesionales, garantizando siempre la asistencia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Principal: Prestar atención médica necesaria a las gestantes que solicitan la interrupción legal de la gestación. Específicos:

1. Establecer un circuito rápido de actuación.
2. Proporcionar información de elección entre el tratamiento médico o quirúrgico.
3. Asegurar el apoyo emocional y psicológico durante el proceso.
4. Prevenir embarazos no deseados; asesorando anticoncepción según particularidades sociales y culturales.

RESULTADOS

Se ha creado un circuito para la atención de la IVE dentro del marco legal actual, atendiendo a los principios de equidad, accesibilidad y eficiencia. Se ha establecido un protocolo multidisciplinar incluyendo información sobre métodos de interrupción disponibles, realización de procedimientos elegidos y el seguimiento posterior, incluyendo asesoramiento anticonceptivo y apoyo psicológico, garantizando la confidencialidad y el respeto a la privacidad de las pacientes. Las opciones de tratamiento incluyen tratamiento quirúrgico y farmacológico. Se prioriza la interrupción médica por su menor tasa de complicaciones y mayor comodidad; realizándose en un entorno ambulatorio para las primeras 9 semanas de gestación. Entre la 9+1 y la 14 semana, el tratamiento se lleva a cabo en régimen hospitalario, utilizando una combinación de mifepristona y misoprostol. El tratamiento quirúrgico se realizará mediante legrado aspirativo, especialmente indicado en casos donde la interrupción médica no es viable o cuando la paciente lo prefiera.

CONCLUSIONES

Se garantiza una atención a la IVE según la legislación vigente, humanizado y eficiente.- El enfoque holístico del proceso contribuye a la calidad de la atención y al bienestar de las pacientes.- La creación de un circuito rápido disminuye la ansiedad de las pacientes.- La promoción del método farmacológico por su menor tasa de complicaciones y mayor eficiencia asegura una prestación sanitaria segura y efectiva.- La asistencia prestada por un equipo multidisciplinar contribuye a la humanización de la asistencia prestada.- Promueve la formación continua de los profesionales sanitarios y la sensibilización sobre la importancia de una atención respetuosa y empática, alineada con los principios de salud pública y derechos humanos.



IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL RECIÉN NACIDO EN EL ÁREA DE URGENCIAS, PARTORIO Y PUERPERIO

 *Sánchez Barber, Fayna • de León Socorro, Silvia • Macías Rocha, Sonia • García Muñoz, Luisa • Quintana Santana, Dolores • Martín Martínez, Alicia*

 *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias*

Identificador: 309

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La correcta identificación del paciente es una prioridad en las políticas de mejora de la seguridad sanitaria. En el caso de los recién nacidos (RN), esta identificación es un derecho reconocido tanto a nivel internacional como nacional. En España, la Ley 19/2015 subraya la necesidad de asegurar la identidad de los RN y la relación madre-hijo mediante pruebas médicas, biométricas y analíticas necesarias. Expertos y el Ministerio de Sanidad recomiendan evitar la huella plantar como único método de identificación y promueven el uso de codificadores neonatales y muestras de sangre como métodos más seguros y eficaces.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es establecer un sistema inequívoco de identificación para los RN que asegure la correcta vinculación con la madre desde el momento del nacimiento hasta el alta hospitalaria. Busca evitar errores y eventos adversos derivados de una incorrecta identificación. La metodología incluye: 1. Codificadores neonatales: pulseras de identificación para la madre y el RN, y pinza de cordón con un mismo número y código de barras exclusivo. 2. Recogida de muestras de sangre: una muestra materna y otra del cordón umbilical para análisis de ADN, utilizadas solo en caso de dudas sobre la identidad del RN. Se aplica a todos los nacimientos en el Hospital Materno Infantil en el área de partorio.

RESULTADOS


La implementación de este sistema garantiza una identificación segura del RN desde el momento del nacimiento. Los pasos incluyen la verificación de identidad en el partorio, colocación de pulseras codificadas tanto en la madre como en el recién nacido, colocación de pinza de cordón umbilical con mismo código de identificación y recogida de muestras de sangre de cordón umbilical y de vía venosa periférica materna. Estos procedimientos se realizan antes de cualquier posible separación madre-hijo, asegurando la correlación positiva durante toda la estancia hospitalaria y al alta. En partos múltiples, se utiliza un kit diferente para cada RN para asegurar una identificación correcta y única. Durante la estancia hospitalaria, la no separación del RN de su madre garantiza su identificación continua. Los RN deben llegar a las unidades de neonatología debidamente identificados y portar los sistemas de identificación correspondientes durante toda su estancia. Al alta, se retiran y desechan los brazaletes.

CONCLUSIONES

Este sistema cumple con los requisitos de fiabilidad, permanencia e integridad a lo largo del tiempo.

- Permite una rápida resolución frente a dudas de identidad y garantiza la seguridad y protección de los datos personales.
 - Facilita la correcta identificación madre-hijo, contribuyendo significativamente a la seguridad del paciente y la calidad asistencial.
 - Este sistema se presenta como una práctica segura y eficaz, alineada con las recomendaciones de expertos y las normativas vigentes, para la identificación inequívoca de los recién nacidos atendidos en los centros hospitalarios de Canarias.
-

ASISTENCIA AL DUELO PERINATAL

 de León Socorro, Silvia ⁽¹⁾ • Armas Sosa, Lidia ⁽¹⁾ • Winter Navarro, Marta ⁽¹⁾ • Palmés Quintana, Alejandro ⁽²⁾ • Pacay Stump, Magalí ⁽¹⁾ • Portela Lomba, Ana ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias • ⁽²⁾ Hospital Universitario Insular de Canarias

Identificador: 310

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El duelo perinatal es un proceso emocionalmente complejo que enfrentan las familias tras experimentar la pérdida gestacional y neonatal, desafiando su bienestar emocional y psicológico. En este contexto, es crucial mejorar la atención y el apoyo brindado en estas circunstancias sensibles, reconociendo la importancia de ofrecer una asistencia integral y empática para acompañar a las familias en su proceso de duelo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer un protocolo de atención que aborde las necesidades específicas de las familias en duelo perinatal, centrándose en cuatro pilares fundamentales o ejes estratégicos: formación del personal, creación de Cajas de Recuerdos, implementación de una Consulta Multiprofesional de Salud Mental Perinatal y la adaptación de habitaciones para despedidas íntimas y respetuosas.

Se busca proporcionar un acompañamiento integral, facilitar la creación de recuerdos, ofrecer acceso temprano a apoyo psicológico y crear entornos propicios para el duelo y la despedida.

RESULTADOS

Es fundamental la formación específica en esta materia de todo el personal, en diferentes grados de especialización, de cara a compartir unos conocimientos básicos en la atención de forma multiprofesional. Además se requiere actualizaciones periódicas que contribuyan en la sensibilización de los profesionales.

Además se requiere de la ampliación de las cajas de recuerdos no solo a las muertes fetales anteparto cuando la gestación es viable, sino hacerlo extensivo a aquellos casos de abortos tanto tardíos como de primer trimestre y a las ILES e IVES, ya que existe evidencia clara de que el duelo no está relacionado con la edad gestacional.

Asimismo supone un paso muy importante la puesta en marcha de la consulta de salud mental perinatal, llevada de forma multidisciplinar por psiquiatra, obstetra, neonatólogo y matrona.

Y es de vital importancia la creación de espacios que propicien una despedida sin prisas, pudiendo hacerse en condiciones de calma e intimidad y donde todos los profesionales sepan que ese proceso debe ser respetado y cuidado con especial mimo.

Se espera que estas medidas contribuyan a mejorar la experiencia de las familias en duelo, ofreciendo un soporte compasivo y efectivo en situaciones de pérdida gestacional y neonatal. Asimismo, se espera que la atención integral y sensible proporcione un entorno de cuidado óptimo que promueva el bienestar emocional y psicológico de las familias durante este difícil proceso.

CONCLUSIONES

La atención centrada en el duelo perinatal es esencial para acompañar a las familias en un momento de profunda tristeza y vulnerabilidad. Mejorar la calidad de la asistencia brindada en estos momentos críticos es fundamental para ofrecer un cuidado respetuoso, compasivo y empático, que favorezca la salud emocional y el proceso de duelo de las familias ante la pérdida gestacional y neonatal. La implementación de estas medidas pueden marcar la diferencia en la experiencia de estas familias.

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. CERTIFICACIÓN NORMA ISO 9001:2015

 PÉREZ MARTÍN, ELISA • RODRÍGUEZ MORENO, FERMÍN • RODRÍGUEZ, MARÍA DEL PINO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Identificador: 311

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las unidades de Hospitalización a domicilio (HADO) presentan unas características específicas respecto a los procesos de hospitalización convencopnal establecidos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde Enero de 2022 se trabaja en mejorar la gestión de HADO a través del diseño e implantación de un SGC en la HADO del Hospital Universitario de Canarias y así mejorar la oferta del servicio. Proponiendo dicho SGC para certificación según la Norma ISO 9001:2015.

Se establece mapa de procesos que constituye la gestión de la HADO, diferenciando 4 procesos:

- **VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN:** proceso más característico, condiciona el éxito de la HADO y garantiza eficiencia del tratamiento domiciliario. Seleccionar, coordinar y estructurar medidas y acciones necesarias para el ingreso.
- **INGRESO:** coordinar acciones necesarias para ingreso efectivo del paciente.
- **ESTANCIA:** seguimiento clínico, cuidados enfermeros, administración tratamiento y/o fisioterapia domiciliaria para mejoría y/o recuperación o cuidados al final de la vida según plan previsto. Satisfacer las necesidades/expectativas del paciente.
- **ALTA:** Finalizar proceso asistencial en HADO según la situación clínica. Coordinar y gestionar plan de seguimiento por las diferentes especialidades y niveles asistenciales.

Se realiza un análisis DAFO de la situación actual de la HADO, que permite discernir riesgos y oportunidades que se abordan a través de Acciones de mejoras (4): búsqueda activa, entrega informes en papel al alta, definir visitas del TCAE y Gestión de citas con Atención Primaria.

RESULTADOS

Se proponen diferentes indicadores por cada proceso:

PROCESO	INDICADOR	REFERENCIA (2021)	OBJETIVO	RESULTADO
Valoración y aceptación	Número interconsultas (IC) año ≤>><	626	657,3	718
	Número ingreso año	488	≥500	552
	Número IC rechazadas año	135	120	179
	% IC rechazadas	21,5%	20 %	24 %
	Tiempo respuesta IC	5,6 h	≤24 h	10,62 h
Ingreso	Tasa pacientes con primera llamada	100 %	100 %	100 %
	% pacientes tratamiento conciliado	100 %	100 %	100 %
	Tasa pacientes con valoración SAP ingreso	98,8 %	≥80 %	98 %
	% pacientes Escala de Braden	95,7 %	≥80 %	96,13 %
	% pacientes Escala riesgo de caídas	97 %	≥80 %	96,01 %
	Número incidencias traslado	4,78 %	4,5 %	2,46
Estancia	Índice ocupación	62 %	≥75 %	77,05 %
	% casos recogida flebitis	95 %	100 %	100 %
	% ingresos con valoración médica ingreso	24 %	100 %	99,18 %
	% cumplimiento curso clínico	19 %	≥80 %	100 %
Alta	Estancia media	13,2	≤13	12,35
	Tasa pacientes cuidados paliativos	2,25 %	8 %	11 %
	% reingresos	5 %	≤5 %	2,25 %
	Tasa pacientes ICE liberado al alta	90 %	≥80 %	88,35 %



PROCESO	INDICADOR	REFERENCIA (2021)	OBJETIVO	RESULTADO
	Tasa pacientes con informe médico alta liberado	99 %	100 %	100 %
	Tasa reclamaciones	0 %	0 %	0 %
	Satisfacción alta	9,2	≥9,5	9,74


Se valora la implantación del SGC por una auditoría interna y externa con resultado favorable, por lo que en Enero de 2023 se obtiene la Certificación ISO 9001:2015 en Gestión de Calidad, que se mantiene y renueva en enero de 2024.

CONCLUSIONES

Unas pautas estandarizadas en HADO facilitan el trabajo unificado del personal, que garantiza el éxito del proceso llevado a cabo con garantías y una constante dinámica de mejora, avalado por una alta satisfacción de los usuarios.

PERFIL DE USUARIO QUE UTILIZA LA MONITORIZACIÓN REMOTA APP ESALUD EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: PRUEBA PILOTO

 Díez Sánchez, Beatriz ⁽¹⁾ • Davins Riu, Meritxell ⁽¹⁾ • Blanco Blanco, Joan ⁽²⁾ • Pulvé Hernandez, Cristina ⁽¹⁾ • Díaz García, Rebeca ⁽¹⁾ • Cabrera Jaime, Sandra ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol • ⁽²⁾ Universitat de Lleida • ⁽³⁾ Institut Català d'Oncologia

Identificador: 312

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTIP) de Catalunya implementó en 2023 la App eSalud para la monitorización remota de los pacientes ingresados en la unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD).

OBJETIVO

Examinar el perfil demográfico y de salud de los pacientes que emplean la App eSalud para monitorizar su salud con los profesionales sanitarios durante la fase piloto.

Metodología:

Estudio descriptivo en pacientes de HAD del HUGTIP (1452 en 2023) que utilizaron la App eSalud entre el 1 de enero 2024 y el 29 de febrero 2024. Muestreo accidental.

VARIABLES ANALIZADAS: sociodemográficas y de salud, Test de empoderamiento CEPEC-47, Test de Medida de activación del paciente (PAM-13), Test de Adherencia al medicamento (ARMS-e), Escala HAD, Test HLS-EU-Q16 de alfabetización en Salud. Análisis estadístico descriptivo que incluye porcentajes, medias e intervalos de confianza.

RESULTADOS

Incluidos 8 pacientes con una media de edad de 55,53 (SD 11,49), mujeres en 50% (4) y todos con un Barthel 100 y un Pfeiffer 0. El 50% (4) se encuentran en los niveles 2 y 3 de activación del paciente (PAM 13), y tienen suficiente alfabetización en salud (HLS-EU-Q16). El 75% (3) con nivel de suficiente alfabetización en salud son hombres vs el 25%(1) de las mujeres. El 25% (2) tienen una conducta ansiosa (Escala HAD). El 87,5% (7) utiliza diariamente las redes sociales y el 25% (2) al menos 3 redes sociales diferentes. El 37,5% (3) se siente poco cómodo o no cómodo utilizando las redes sociales.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que emplearon APP eSalud son adultos de mediana edad con un buen funcionamiento físico y cognitivo. La mayoría tiene un nivel moderado de activación en la gestión de su salud y una alfabetización en salud suficiente. El uso de redes sociales es prevalente, con una alta comodidad en su uso

Bibliografía

1. Lotion M, Jamison M, Howell C, Liimakka A, Lange J, Chen Af. Age, Sex, and Education Level Predict Telehealth Engagement in Total Joint Arthroplasty Patient. *Arthroplast Today*. 2023 Sep 21;23:101191. doi:10.1016/j.artd.2023.101191. PMID:37766861;PMC10520290.
2. Narwal-Kasmani R, Vaughan TJ, Ulrich CA, Stausmire JM. Performance improvement, telemedicine, patient engagement, and comparative no-show rates. *J Healthc Risk Manag*. 2023 Jul; 43(1):9-17. doi: 10.1002/jhrm.21543. Epub 2023 May 25. PMID:37227232.
3. Shah VV, Villaflores CW, Chuong LH et al. Association Between In-Person vs Telehealth Follow-up and Rates of Repeated Hospital Visits Among Patients Seen in the Emergency Department. *JAMA Netw Open*. 2022;5(10):e2237783. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.37783

IMPACTO DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 GONZÁLEZ PÉREZ, MARTA EVA • GOMEZ DEL CAMPO, LAURA • CORTES BLANCO, MANUEL • DE LA FUENTE APARICIO, CARMEN • LLORENTE LAZO, EVA MARIA • SUAREZ LOPEZ, ROSARIO

 CAULE

Identificador: 313

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las IRAS constituyen el evento adverso ligado a la hospitalización que tiene un mayor impacto sobre los pacientes, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias.

Las IRAS suponen un importante reto para la seguridad de los pacientes en los hospitales de toda España.

Según datos del EPINE, se estima que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria ocasionan cada año en nuestro país 6400 fallecimientos y cuestan casi 2.000 millones al sistema sanitario.

OBJETIVO

Describir la incidencia y la evolución de las IRAS en un hospital de tercer nivel durante los últimos 10 años, así como el efecto de la pandemia.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo de las IRAS en un hospital de tercer nivel: 2023 y evolución durante 10 años, incidencia acumulada (IA), localización de las IRAS, microorganismos más frecuentes aislados.

Fuente de información: historia clínica del paciente (datos médicos y de enfermería), técnicas de diagnóstico y cultivos microbiológicos realizados al paciente.

Variables relativas a la unidad, al paciente y a la hospitalización, a la exposición a dispositivos y a la infección (incidencia acumulada) y las relativas a los microorganismos aislados y a las resistencias.

En la inclusión de los casos con IRAS se siguen los criterios y recomendaciones del CDC.

RESULTADOS

En el año 2023 se produjeron 839 IRAS: 60% aproximadamente en hombres. Las infecciones de localización quirúrgica, IHQ fueron las más frecuentes (303; 36,1% del total) seguidas por infecciones de orina, ITU (198; 23,6%), bacteriemias (135; 16%) y respiratorias (70; 8,3%).

Las IHQ han ocupado el primer puesto durante los diez años. Todas las localizaciones tuvieron un aumento durante la pandemia (p. ej. IHQ, paso de 297 casos a 370), debido a la relajación de las medidas dadas las circunstancias excepcionales.

La IA global pasó de 2.9 (2013) a 2.7 (2023), siendo de 3.5 en 2020, 3.9 en 2021 y 3.7 en 2022. La tasa es mayor en las unidades de cuidados aumentados desde 2013 (7.5 en 2013), había descendido en 2019 (4.2) y experimento un repunte en 2020 (10.4) y en 2021 (12.6), siendo de 3.3 en 2023.

Por microorganismo destaca el aumento de las infecciones por *Clostridium difficile*, que han doblado las que se produjeron en 2022, aunque el ranking lo lidera *Escherichia coli*, seguido por *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*.

CONCLUSIONES

Las IRAS suponen un coste muy elevado para nuestra sociedad.

El aspecto positivo es que más de la mitad de estas infecciones se podrían prevenir si se ponen en marcha programas de prevención y control de infecciones efectivos, como se demostró durante la pandemia donde se relajaron estas medidas como higiene de manos, antisepsia, precauciones basadas en el mecanismo de transmisión.

Dando prioridad a las políticas y prácticas de prevención y control de las infecciones, mejorando la vigilancia y prescripción de antimicrobianos podemos combatir eficazmente la propagación de IRAS y proteger la salud de los pacientes.



MEJORA CONTINUA: VALIDACIÓN DE NUEVA TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR PARA IMPLANTACIÓN EN UN SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA

 MENDEZ LAGE, SUSANA • AGULLA BUDIÑO, JOSE ANDRES • FONTECOBA SANCHEZ, MARIA CRUZ • FERNANDEZ LOPEZ, ALICIA MARIA • SANTE FERNANDEZ, LAURA • ORDOÑEZ BARROSA, PATRICIA

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Identificador: 315

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

Dentro de nuestra estrategia de mejora continua y acorde a nuestro sistema de Gestión de Calidad certificado por la norma UNE EN ISO 9001:2015 desde el año 2012, llevamos a cabo el análisis de nuestros procesos y la valoración de la implantación de nuevas técnicas en el laboratorio. Como parte de este análisis nos planteamos la realización de técnicas moleculares en el diagnóstico de la dermatofitosis.

Las dermatofitosis son micosis superficiales que pueden afectar a piel, pelo y uñas. Son causadas principalmente por hongos filamentosos llamados dermatofitos, incluidos en los géneros *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Su identificación supone una gran carga de trabajo dentro de la sección de Micología del Laboratorio de Microbiología.

OBJETIVO

Comparar el diagnóstico tradicional (cultivo) con la realización de pruebas de biología molecular (PCR).

Material y métodos:

Se recogieron 25 muestras con sospecha de micosis superficial de otros tantos pacientes, entre enero y abril de 2024 para comparación de cultivo (método tradicional) y biología molecular (nueva tecnología).

Método tradicional: las muestras se cultivaron en medios específicos de hongos a 30°C durante un mínimo de 21 días antes de descartar el cultivo como negativo. La identificación se realizó mediante examen macroscópico y microscópico usando la tinción azul de lactofenol y espectrometría de masas MALDI-TOF (Biomerieux®). Nueva tecnología: para la realización de la PCR se empleó el kit Dermagenius®, PCR múltiple a tiempo real para detección de hongos dermatofitos, siguiendo instrucciones del fabricante.

RESULTADOS

De las 25 muestras, en 14 de ellas (56%) se aisló un hongo dermatofito. La PCR fue positiva para dermatofitos en 17 casos (68%), en 15 de ellos se obtuvo identificación de género y especie de hongo. Los casos en los que en cultivo creció un hongo no dermatofito, la PCR fue negativa. Los resultados del cultivo se obtuvieron entre 6 y 30 días, con una media de 15 días. El resultado de la PCR se obtuvo en el mismo día.

CONCLUSIONES

Las técnicas de biología molecular nos proporcionan mayor sensibilidad en la detección de patógenos, sin ellas un 12% de los dermatofitos se hubieran quedado sin identificar; acortan los tiempos de respuesta y disminuyen la carga de trabajo, ya que en un mismo procedimiento además de un resultado positivo se obtiene la identificación del hongo.

Todo ello supone la mejora en la sistemática del proceso, la disminución de la carga de trabajo y de los tiempos de respuesta y, en definitiva, la seguridad del paciente, que son parte de nuestra estrategia como servicio certificado.



ENFERMERA DE PRACTICA AVANZADA EN PATOLOGÍA MAMARIA, IMPLEMENTACIÓN DEL CIRCUITO RÁPIDO TRAS LA METODOLOGÍA LEAN

 Arranz Betegon, Ángela • Pares Tercero, Sandra • Martín Rodrigo, Gemma • Mención Coll, Educard • Bernabé Cardona, Sandra • García Moliner, Marta

 Hospital Clinic de Barcelona

Identificador: 316

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Patología Mamaria (PM) se encuentra presente durante todo el proceso diagnóstico de cáncer de mama de una paciente; desde su sospecha hasta su confirmación e inicio de tratamientos. La unidad de Cáncer de Mama del hospital inició en 2022 la implantación de herramientas Lean Healthcare para optimizar el circuito rápido en pacientes con sospecha de cáncer de mama. El método consiste en la búsqueda de una mejora de forma continua en los procesos para conseguir la mejor calidad reduciendo al mínimo el coste, siendo el paciente el eje. La aplicación de dicho método en la práctica asistencial pretende facilitar a figuras transversales en el proceso diagnóstico, entre las que está la EPA en PM, que permitan: la detección precoz de la paciente con sospecha cáncer de mama, la monitorización, estrecha supervisión de las mujeres desde el inicio de la sospecha a la confirmación diagnóstica y la optimización de recursos asistenciales y organizacionales, promoviendo ventajas en términos de calidad, seguridad y eficiencia de los cuidados de salud y enfermería con enfoque en el paciente.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implementación del circuito rápido de diagnóstico de cáncer de mama, supervisado por la EPA en PM juntamente con la asistente a la gestión clínica. Metodología Tras la aplicación de la metodología se realizó un análisis retrospectivo descriptivo entre enero del 2023 y diciembre del 2023 de los datos correspondientes al circuito rápido para pacientes con sospecha de cáncer de mama derivadas a nuestro hospital.


RESULTADOS

El análisis con la metodología permitió detectar: variabilidad de días en la programación de pruebas diagnósticas según procedencia de la paciente, debido a múltiples circuitos de entrada, y un número elevado de programaciones de visitas y pruebas no eficientes. Tras la aplicación de algunas mejoras, cambios en los procesos e implicación en la supervisión de todo el proceso por parte de la EPA, de la asistente a la gestión clínica y del resto del equipo: se ha reducido el tiempo desde la sospecha hasta la programación de la intervención quirúrgica (-9 días), se ha incorporado la figura de asistente a la gestión clínica en la dinámica de la Unidad de PM, se han disminuido 430 visitas médicas anuales y se ha liberado a la EPA en PM en 10,5h semanales de tareas de no valor (para mayor dedicación a tareas asistenciales y de acompañamiento emocional).

CONCLUSIONES

El método ha permitido identificar puntos de mejora en el proceso de diagnóstico. Una reorganización más eficiente de recursos ha permitido una mejor calidad de atención y una mejora en la eficiencia de los tiempos de diagnóstico. Son claves figuras transversales como la EPA en PM y la asistente a la gestión clínica, un tándem clínico-administrativo imprescindible en el del circuito rápido para pacientes con sospecha de cáncer de mama, para optimizar recursos y ser más eficientes y eficaces en el proceso.

DISMINUCIÓN DE LA JORNADA DE TRABAJO: UN DESEO HECHO REALIDAD

 CARRILLO ORTEGA, JOAQUIN • BOTIA TOMAS, M JOSE • MORENO RUIZ, JUAN RAFAEL • PEREDA MAS, ARTURO • MUNDO GUARDA, RITA ARIDIAN • TORRANO GARCIA, ROCIO

 H.C.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA

Identificador: 318

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En diciembre de 2023 se aprueba en la Asamblea Regional, el cambio de jornada laboral para todo el personal del Servicio Público de Salud. De esta forma se pasa de una jornada laboral de 37.5 horas semanales a 35 h a la semana.

Esta nueva regulación de la jornada laboral entra en vigor el 1 de enero de 2024 y para un hospital de tercer nivel conlleva un aumento sustancial de la plantilla así como la adaptación de la mayoría de turnos del personal de enfermería principalmente.

OBJETIVO

- Modificar todos los turnos y adaptarlos a la nueva regulación de la jornada laboral y aumento de la plantilla
- Disminuir el impacto en la calidad asistencial que pueda ocasionar la adaptación de la nueva jornada laboral.
- Realizar el cambio en la mayor brevedad posible.

MATERIAL Y MÉTODO

La regulación de la jornada laboral y la obtención e implantación de los nuevos turnos se ha realizado con la ayuda de hojas de cálculo (Excel) y el programa de turnos y personal SAINT8.

Población: Personal sanitario no facultativo con contrato en vigor en 2024.

Periodo de implantación de los turnos: desde el 1 enero 2024 hasta el 30 junio 2024.

Con la ayuda de las hojas de cálculo se han estado creando y estudiado la viabilidad de los nuevos turnos a implantar, teniendo en cuenta las presencias diarias en cada unidad, la cadencia a seguir y el balance horario anual final.

A través del programa de turnos Saint8 se han creado los nuevos patrones de turnos y se han lanzado para su implantación.

RESULTADOS

La población a la que se da cobertura asciende a 3249 trabajadores sanitarios no facultativos. Estos están distribuidos entre 90 servicios.

En 36 servicios se ha modificado la jornada laboral de 7.5 horas a 7h diarias y se ha lanzado el nuevo turno.

En 54 servicios se han creado nuevos turnos con su correspondiente lanzamiento.

Como resultados, el 8 de abril de 2024, el servicio de recursos humanos e enfermería modifico el 100% de los turnos realizados en el hospital por el personal sanitario no facultativo.


CONCLUSIONES

La Gerencia del hospital, a través de la unidad de Recursos Humanos, ha conseguido la contratación de un adecuado número de personal sanitario y no sanitario, a la vez que una óptima distribución de este, de tal forma que la actividad asistencial no se ha visto mermada.

La unidad de RRHH ha tenido, con esta regularización de la jornada laboral por parte del gobierno autonómico, un importante incremento de las cargas de trabajo debido por un lado a las numerosas contrataciones que se han tenido que realizar para poder mantener la asistencia sanitaria con la mayor calidad y seguridad posible, tanto para los pacientes como para los trabajadores y por otro lado a la celeridad con la que se ha tenido que trabajar para la comprobación, creación e implantación de los nuevos turnos.



INCORPORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

 de León Socorro, Silvia ⁽¹⁾ • Palmés Quintana, Alejandro ⁽²⁾ • Cazorla Betancor, Manuel ⁽¹⁾ • Yépez Martínez, Sandra ⁽¹⁾ • Martín Martínez, Alicia ⁽¹⁾ • Sánchez Barber, Fayna ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias • ⁽²⁾ Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Identificador: 321

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el marco de la humanización de la asistencia sanitaria, es crucial dar voz al paciente y recabar su opinión para mejorar su experiencia durante su paso por el hospital. Las encuestas de satisfacción tradicionales presentan limitaciones al capturar todas las experiencias del paciente. Surge la necesidad de crear nuevas herramientas que recojan la “Experiencia del Paciente” para evaluar su impacto en la calidad asistencial y la gestión organizativa. La medicina basada en el valor destaca la importancia de recabar la experiencia del paciente para aportar beneficios y valor a la asistencia prestada, reconociendo el papel activo que juegan los pacientes en la toma de decisiones y en los procesos de atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se propone integrar la experiencia del paciente en el servicio de Obstetricia y Ginecología mediante la implementación de sistemas de medición como los PREMs y PROMs.

Estos sistemas, basados en estándares internacionales como los propuestos por ICHOM, permiten recopilar información sobre la percepción y experiencia de los pacientes a lo largo de su atención, abordando aspectos como la comunicación, la coordinación, la accesibilidad y la calidad del servicio. Se plantea establecer un proceso gradual de mapeo de procesos en las unidades clínicas, comenzando por áreas clave como el Partorio y la Unidad de Patología Mamaria, para luego extenderlo al resto de las unidades. La enfermería desempeñará un papel fundamental en la implementación y seguimiento de los sistemas de medición, garantizando la participación activa de los pacientes y la generación de retroalimentación para la mejora continua.

RESULTADOS

La incorporación de los PREMs y PROMs en el servicio permitirá obtener una visión más objetiva y amplia de la experiencia del paciente, evitando sesgos y limitaciones de las encuestas de satisfacción tradicionales. Se espera mejorar la calidad asistencial y la gestión organizativa, integrando la voz del paciente en la toma de decisiones y en la mejora de los procesos. La generación de alertas y revisión diaria de los resultados permitirá identificar áreas de mejora, derivar a los pacientes según sus necesidades y establecer acciones correctivas de manera proactiva. La utilización de tecnologías como SMS o Whatsapp facilitará la recopilación de datos y la interacción con los pacientes, promoviendo la participación activa y brindando una atención más personalizada y centrada en el paciente.


CONCLUSIONES

La incorporación de la experiencia del paciente a través de sistemas de medición como los PREMs y PROMs representa un avance significativo en la humanización y mejora de la calidad asistencial. Al poner al paciente en el centro del proceso asistencial, se promueve la participación activa, la transparencia y la comunicación efectiva entre pacientes y profesionales de la salud. Permitirá identificar áreas de mejora, fortalecer la relación médico-paciente y garantizar una atención más personalizada y empática.





PUESTA EN MARCHA DE FORMACION CONTINUADA EN SALUD A PACIENTES EN EL AMBITO HOSPITALARIO DE UNA MUTUA LABORAL

 Cabot Mota, Luisa • Caballero Muñoz, Raquel • Torres Magán, Marta • Caballero Martín, Elena • Molins Daura, María Dolors • Sacristán Nieto, Rosa

 MC Mutual

Identificador: 323

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La formación en salud promueve estilos de vida saludables, el conocimiento de enfermedades y sus cuidados correspondientes, fortalece la capacidad del paciente para detectar y prevenir complicaciones lo que le lleva a una participación activa de su proceso de salud y reduce conductas y situaciones de riesgo.

MC Mutual dispone de una plataforma de e-learning que proporciona una relación de formaciones en ámbitos de salud para su población protegida. Los pacientes atendidos tienen acceso a este tipo de formación que pueden realizar voluntariamente y está contemplada en el Plan de Humanización.

OBJETIVOS

Conocer y evaluar el impacto formativo de la formación continuada realizada en la plataforma e-learning para los pacientes ingresados en Clínicas MC.

METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra de pacientes a conveniencia (n=10) invitándoles a participar de forma voluntaria en la prueba piloto. Se les proporcionó una hoja informativa donde se confirmaba la confidencialidad de los datos. Los pacientes que aceptaron participar (n=7) cumplieron un formulario con sus datos personales para formalizar la matrícula en el Campus.

El Campus para pacientes de clínica consta de seis cursos: alimentación saludable, prevención del riesgo cardiovascular, escuela de espalda, gestión del estrés, seguridad vial y primeros auxilios.

Antes del inicio de la formación, los pacientes realizaron un test de conocimiento del curso elegido que constaba de 10 preguntas de opción múltiple. Posteriormente realizaron el curso elegido en el Campus accediendo mediante usuario y contraseña, y al terminarlo, realizaron el mismo test de conocimiento que habían hecho antes del curso. Además, se les proporcionó una encuesta para conocer su opinión sobre el uso de la plataforma, la utilidad de la formación, y la satisfacción del servicio.

RESULTADOS

Han participado 7 pacientes en la prueba piloto que han realizado 5 cursos online diferentes de formación continuada sobre los siguientes ámbitos de la salud: 3 en alimentación saludable, 1 en prevención del riesgo cardiovascular, 1 en escuela de espalda, 1 en gestión del estrés y 1 en primeros auxilios. El impacto en el nivel de conocimientos se ha visto incrementado en 1,2 puntos, la nota promedio del test pre-curso ha sido de 7,4, mientras que la nota post-curso ha sido de 8,6.


Los pacientes han valorado con una nota de 9,2 la satisfacción global de la plataforma online.

CONCLUSIONES

La formación a pacientes es un instrumento que se está incorporando en las organizaciones y que en nuestra organización se contextualiza en el Plan de Humanización de los cuidados, donde una línea de avance es potenciar la participación de los pacientes e impulsar la formación continuada en ámbitos de su salud. Esta iniciativa que se presenta en forma de prueba piloto avanza en esta dirección, y deberemos seguir trabajando para consolidar su uso entre todos los pacientes de la mutua, las nuevas tecnologías son un complemento y ayudan a fomentar el autocuidado.



CIRCUITO DEL CONSENTIMIENTO QUIRURGICO. UN PASO MAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 OLAIZOLA SALEGUI, OLATZ ⁽¹⁾ • ETXEBERRIA GALARRAGA, JON ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ MUTUALIA CLINICA PAKEA • ⁽²⁾ MUTUALIA

Identificador: 324

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La obligatoriedad de la firma del consentimiento para las IQ, nos llevan a desarrollar una sistemática en la organización que conlleve a garantizar la trazabilidad de dicho proceso. A fin de garantizar la realización del consentimiento quirúrgico a tiempo y lugar adecuado, la organización determina que dicho consentimiento se firma en la consulta junto con el cirujano, y el personal de quirófano custodia el documento hasta el momento quirúrgico, garantizando de esta manera que todo acto quirúrgico haya sido informado y aceptado por el paciente.

OBJETIVO

Es determinar el circuito que debe llevar todo consentimiento quirúrgico desde el momento en que se emite en consultas externas, así como la trazabilidad y su custodia hasta la fecha de la intervención quirúrgica.

METODOLOGÍA

El equipo multidisciplinar se configura como un equipo formado por personal facultativo, enfermeras y TCAES de consultas y personal de quirófano.

El personal facultativo completa el consentimiento informado junto con el paciente y lo entrega al personal de apoyo en la consulta, el cual debe verificar:

- Tipo de intervención-- Debe figurar expresamente.
- Lateralidad—Señalización de la extremidad a intervenir
- Firmas—Tanto del paciente como del facultativo.

Verificados los puntos anteriores, se guarda el documento en una carpeta específica y se cumplimenta la hoja de cadena de custodia de los consentimientos rellenando los siguientes campos.

- n° de HC
- Tipo de cirugía u otros.
- Verificaciones realizadas.
- Responsable de verificación e incidencias(en su caso)

La persona de apoyo en consultas que cumplimente la cadena de custodia, se identificará de forma inequívoca, mediante nombre y apellido.

Se terminará de completar la hoja con la identificación inequívoca de persona que recibe los consentimientos. Se archivan los documentos en el área quirúrgica hasta el día previo a la cirugía, en la que se guardarán con el resto de la Historia Clínica en el área de hospitalización.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Gracias a la sistemática de la cadena de custodia, se ha conseguido que el extravío de los consentimientos sea nulo y en todas las intervenciones quirúrgicas haya un consentimiento debidamente cumplimentado, consiguiendo un gran punto a favor en la seguridad del paciente.



PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PARA IDENTIFICAR ÁREAS DE CAPACITACIÓN, ENFERMERÍA/TCAE

 VILLÁN GARCÍA, JULIO UWALDO

 COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA DE CANDELARIA

Identificador: 325

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Lea de Cohesión y Calidad del SNS define la competencia como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean. La valoración de la competencia profesional tiene como objeto evaluar un conjunto de habilidades, conocimientos y comportamientos que una persona necesita para realizar un trabajo de manera eficiente. Algunas de las áreas específicas que se evalúan son: habilidades técnicas, habilidades blandas (soft skills), conocimiento del trabajo, comportamiento profesional, adaptabilidad, desempeño de tareas asignadas, iniciativa y motivación, desarrollo personal y profesional.

OBJETIVO

Proponer un método para evaluar la Competencia del Enfermera/o y Técnico Auxiliar de Cuidados Enfermería y determinar las necesidades de formación en los nuevos profesionales que se incorporan a unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA

La evaluación se realiza de forma estructurada para detectar la necesidad de formación en el desempeño del puesto durante el proceso de acogida a nuevos profesionales que se incorporan a unidades de hospitalización en los primeros 15 días desde el inicio de su actividad profesional. El procedimiento será comunicado y entregada una copia al profesional, de los aspectos a valorar, por parte de la supervisión del servicio o unidad asignada y se le informará al del resultado de la valoración de la competencia.

Áreas a evaluar:

1. Metodología NANDA-NIC-NOC
2. Normativa de funcionamiento.
3. Trabajo en equipo.
4. Capacidad de Planificación y Organización.
5. Capacidad de Autocrítica. Ante el fracaso o el error.
6. Liderazgo

RESULTADOS

Para realizar la evaluación se utilizará la tabla de consistencia de las intervenciones y actividades de enfermería en hospitalización. Cada Intervención se evaluará apoyándose en las actividades que contiene, si las cumple (SI / NO). Para valorar la competencia en cada Intervención, deberá cumplir al menos el 60% del total de actividades que componga la intervención evaluada. Se considerarán competentes cuando cumplan los siguientes criterios: Enfermería: Competencias Claves, 1,2 y 3. Deberá tener un $\geq 75\%$ de las 30 intervenciones. TACE: Competencias Claves, 1,2 y 3. Deberá tener un $\geq 75\%$ de las 24 intervenciones. Las competencias 4,5 y 6, evaluadas no influyen en la puntuación total obtenida.

CONCLUSIONES

Esta información obtenida identificará el grado de capacitación del profesional y las áreas de capacitación que requieran formación. Será remitida a los departamentos de Gestión de los profesionales (DGP) y de Gestión del conocimiento.(GC) e incorporada en el Plan Anual de Formación, para cada una de las unidades de hospitalización.



TRANSFERENCIA SEGURA :CONFERENCIA DE CASOS EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

 FORÉS PALACIOS, MARISA • CASTELLS MONTES, ANNA • MAGRE AGUILAR, JAUME • ESTEVEZ FERNANDEZ, NOELIA • PAREDES BENET, MERITXELL • MARTINEZ MIGALLON, MARTA

 CAP HORTS DE MIRÓ - REUS 4

Identificador: 327

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La evidencia actual avala que la atención integrada contribuye a mejorar el acceso a los servicios y a disminuir hospitalizaciones, readmisiones innecesarias, mejora el cumplimiento de los tratamientos, incrementa la satisfacción de las personas atendidas, la alfabetización y el autocuidado, mejora la satisfacción laboral de los profesionales y mejora los resultados en salud.

También hay una evidencia creciente de la eficacia de los servicios sanitarios integrados, especialmente para la gestión de personas con problemas de salud crónicos.

La Conferencia de Casos (CdC) es una reunión formal, estructurada y planificada en la que todos los proveedores de servicios implicados en la atención a una persona o que, a partir de una valoración inicial de sus necesidades, se identifican como potenciales proveedores de nuevos servicios, trabajan conjuntamente con el objetivo de definir un plan individualizado de atención integrada. El objetivo de la CdC es mejorar los resultados de la atención, centrándose en las necesidades y los resultados importantes para las personas, sobretodo en aquellos pacientes con complejidad clínica y/o social.

Se entiende por “paciente crónico complejo” (PCC) aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.

OBJETIVO

Mejorar el cuidado de los PCC garantizando la continuidad de los cuidados entre diferentes niveles asistenciales

METODOLOGÍA

Reuniones mensuales de conferencia de casos para abordar los pacientes PCC y su complejidad clínica y social formadas por profesionales de AP (gestora de casos), unidades de psicogeriatría hospitalaria, centros de convalecencia y trabajo social.

En estas reuniones se realiza un diagnóstico situacional, se tiene en cuenta los recursos disponibles y las preferencias del paciente a través del Plan de Intervención Individualizado Compartido (PIIC).

También sirven para organizar ingresos programados en situación de descompensación de las patologías de los pacientes PCC sin que tengan que pasar por urgencias hospitalarias y así minimizar los trastornos de la transferencia.

A través de las gestoras de casos, se comunican las prealtas de los pacientes PCC para hacer un seguimiento desde AP en el momento inmediato al alta hospitalaria mejorando el continuum asistencial

RESULTADOS

Nº de reuniones: 12

nº pax coordinación: 3 en CdC+6 semanal

CONCLUSIONES

La conferencia de casos es una herramienta que favorece el cuidado de las personas con patología crónica compleja, teniendo en cuenta los recursos existentes, las preferencias y valores personales, ofreciendo servicios coordinados e integrados de atención sociosanitaria orientados a las necesidades de la persona, familia y entorno, promoviendo la independencia y el autocuidado, con un abordaje multidimensional, de forma efectiva, eficiente y sostenible.



UN NUEVO ENFOQUE PARA LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

 BAYON CABEZA, MARIANELA • Alcazar González, María Luisa • Harris De la Vega, Natalie • Domínguez Pérez, Nuria • Magán Tapia, Purificación • Martínez Patiño, María Dolores

 Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 329

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Cartera de Servicios de AP de nuestra comunidad incluye 12 servicios (S^o) que recogen intervenciones sobre salud sexual y reproductiva, 8 están dirigidos a la mujer: información de métodos anticonceptivos (AC), seguimiento de AC hormonales, atención a la mujer embarazada, preparación para el parto y la maternidad, visita puerperal, detección precoz de cáncer de cérvix y mama, y climaterio. Incluye también S^o de promoción de salud en adolescencia (15 a 19 años) y en el adulto con valoración y consejos sobre uso de AC para prevenir embarazos y uso de preservativo para prevenir ITS. Los S^o de vacunación infantil y adulto indican vacunación contra VPH y rubeola, respectivamente.

OBJETIVO

Diseñar un S^o dirigido a la población adulta que promueva la salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida, de manera integral y en términos de igualdad, corresponsabilidad, libertad y diversidad, aunando las evidencias más actuales.

METODOLOGÍA

Entre enero y junio de 2024 se realiza la revisión legislativa y bibliográfica: Resolución Parlamento Europeo sobre salud y derechos sexuales y reproductivos; Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo; BOE Programas formativos de especialidades Enfermería Obstétrico-Ginecológica y Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria; Planes, Estrategias, y Carteras de Servicios de otras Comunidades Autónomas; Guías de práctica clínica; Programa de Actividades preventivas y de promoción de salud (PAPPS); Planes/documentos previos propios: Plan de Prevención y Control ITS-VIH, Estrategia de protección a la maternidad-paternidad, fomento de natalidad y conciliación, Consenso sobre el uso de métodos anticonceptivos, Atención al embarazo de bajo riesgo, Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex y Protocolo de atención a personas con diversidad sexual y de género.

RESULTADOS

Se propone la creación del S^o de Promoción de la salud sexual y reproductiva en el adulto dirigido a población de 20 años en adelante, que incluye las intervenciones previas de promoción y prevención sobre indicación de AC, uso de preservativo y seguimiento de AC hormonales; y otras basadas en la valoración y consejo sobre: atención preconcepcional, dificultades de fertilidad y reproducción asistida, interrupción voluntaria del embarazo, educación afectivo-sexual, diversidad sexual, violencia sexual y uso de drogas (chemsex), disfunción sexual y del suelo pélvico

Se mantienen independientes en base a la necesidad de ser prestados de forma priorizada, los S^o del adolescente, los relacionados con embarazo y puerperio, los de detección precoz de cáncer, climaterio y vacunación

La propuesta está siendo valorada por un grupo de trabajo y consensuada con las sociedades científicas.

CONCLUSIONES

El nuevo servicio renueva el concepto de salud sexual y reproductiva incorporando la visión de diversidad sexual y género, y adaptándose a los modelos de atención propuestos por la legislación y las estrategias vigentes



CONTRIBUCIÓN DE LA ORQUESTACIÓN DE SERVICIOS PARA MEJORAR EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO: PROYECTO ORKESTA

 *Espejo Mambié, Moisés David • Martínez Idarreta, Regina • Pérez Urquia, Aintzane • Sampedro Orcero, Jorge*

 *Asunción Klinika*

Identificador: 331

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La continua evolución de la tecnología nos impulsa a implementar el desarrollo de nuevos componentes o la conjunción de los mismos, para desplegar mejoras en cuanto a los cuidados que podemos aportar a la sociedad. Los modelos proactivos de cuidados integrados de larga duración en personas mayores, representan esfuerzos para abordar los nuevos retos relacionados a la población más envejecida, con más demandas de atención sanitaria, que con la implementación de diferentes tecnologías en medios no hospitalarios, pueden garantizar la sostenibilidad de la atención en el ámbito socio sanitario y la mejora continua de la calidad de vida. Por lo que este proyecto se enfoca en la orquestación de todos los agentes que participan en los cuidados.

METODOLOGÍA

Desplegar un modelo de atención preventiva durante 1 mes, con captura continua no intrusiva de datos del estado de salud y bienestar mediante diferentes tecnologías disruptivas (interacción por voz, visión cognitiva, mediciones de signos vitales, valoración de salud, análisis de estado nutricional, abordaje de apoyo emocional y psicológico por reconocimiento de voz). Todos los datos se integraron en una plataforma que mediante IA realiza un análisis segmentado en un cuadro de mandos de ayuda a la decisión de los profesionales. Se realizó una valoración médica previa a la incorporación de las tecnologías y una posterior.

RESULTADOS

Se incorporaron en los domicilios de 8 personas 6 tecnologías disruptivas que constan de: 1- dispositivo que recoge las condiciones de CO2, temperatura, wearable. 2- Altavoz inteligente con asistencia de voz para llamado de atención. 3- Control de la nutrición personalizada con dietas basadas en las prescripciones médicas con registro digital de su cumplimiento. 4- Valoración emocional por voz y escritura. 5- Valoración presencial y telemática por profesionales sanitarios. Mediante esta integración se detectaron cambios que podían estar asociados a descompensaciones de insuficiencia cardíaca en 1 de los participantes, antes de requerir acudir a urgencias por empeoramiento agudo de la sintomatología, llamado de asistencia mediante voz en 1 caso de necesidad de atención urgente, detección de patrones depresivos con un índice superior al 60%.

CONCLUSIONES

La integración de datos proporcionados por diversos dispositivos médicos ofrece información individualizada valiosa, que, junto con los datos clínicos de antecedentes y medicación, permite detectar o predecir descompensaciones tanto en patologías crónicas preexistentes como en la aparición de nuevos problemas clínicos no identificados. Esta detección temprana nos permite tomar medidas preventivas, evitando ingresos hospitalarios. Además, desde una perspectiva de salud, es muy interesante poder combinar datos no solo del paciente, sino también del impacto de su entorno como determinante de salud en un proceso personalizado.



¿PODEMOS BENEFICIARNOS DE LA IA PARA MEJORAR EN ESTRATEGIAS POBLACIONALES? PROYECTO DISTRA

 *Espejo Mambié, Moisés David* ⁽¹⁾ • *García-Navarro Arana, Teresa* ⁽²⁾ • *Larburu, Nekane* ⁽²⁾ • *Martínez Idarreta, Regina* ⁽¹⁾ • *Kerexeta Sarriegi, Jon* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Asunción Klinika* • ⁽²⁾ *Vicomtech*

Identificador: 332

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Es evidente que los sistemas sanitarios necesitan abordar cada vez más el enfoque preventivo de las patologías, para reducir la carga de enfermedad en las poblaciones, para esto es crucial comprender los factores de riesgo de diversas enfermedades. La evolución de este conocimiento tiene una larga trayectoria histórica; no obstante, la digitalización de datos y el avance del análisis de big data inauguran un nuevo ámbito de investigación. Esto puede facilitar una mejor comprensión de las interrelaciones de las diferentes entidades nosográficas permitiéndonos una mejor organización de los sistemas de salud

OBJETIVO

Utilizar una herramienta basada en inteligencia artificial para el desarrollo de algoritmos que definan trayectorias que permitan prevenir enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Base de datos poblacionales de los pacientes atendidos desde 01-01-2000 hasta el 11-08-2021 en Asunción Klinika (Hospital Comarcal de Tolosaldea). Se unificó la codificación de diagnóstico mediante GRD. Se trazaron trayectorias bidireccionales entre diagnósticos presentes en al menos 5 pacientes. Mediante razones de riesgo se establecieron las probabilidades relativas de padecer una enfermedad en función de las trayectorias.

RESULTADOS

Se analizaron 71.849 pacientes con una media de 9 episodios con diagnósticos estandarizados. Se identificaron 2588 pares, en los cuales se trazaron trayectoria de enfermedad. Identificamos rutas en las cuales nuestra población presenta un riesgo 20 veces mayor de presentar alteraciones cognitivas de tipo demencias después de un episodio de ataque isquémico transitorio, lo que puede revelar la alta carga de enfermedad cerebrovascular de nuestra población y la necesidad de establecer estrategias para el control específico de este tipo de patologías para evitar esta progresión observada. Además, el modelo permite identificar si existen interacciones con otros diagnósticos que modifiquen el riesgo relativo encontrado, el cual en este caso era la presencia de fibrilación auricular.

CONCLUSIONES

La utilización de datos masivos poblacionales y entrenamiento de modelos de IA, pueden aportar información valiosa en el campo de la salud pública que nos permita desarrollar estrategias que resulten en la disminución de la progresión de las enfermedades identificadas.



¿ESTAMOS ESTABLECIENDO LOS CANALES ADECUADOS DE MANEJO DE ANTIBIÓTICOS EN LAS INFECCIONES FRECUENTES? PROA-AC ITU

 *Espejo Mambié, Moisés David • Alba, Lázaro • Caballero, María • Pérez Urquía, Aintzane • Lopez DeOgracia, Maite • Sampedro Orce, Jorge*

 *Asunción Klinika*

Identificador: 333

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso indiscriminado de antibióticos conlleva a uno de los problemas y retos más grande que atraviesa la medicina moderna, el aumento creciente de infecciones con bacterias multirresistentes. La urgencias representa la 1ª puerta de entrada más importante en la accesibilidad a la atención sanitaria, aunado a la alta frecuencia que presentan las infecciones del tracto urinario, es un ámbito en el que la prescripción representa un punto de vital importancia para reducir los posibles problemas asociados al mal uso de los antibióticos, por ello, hemos enfocado los esfuerzos en identificar la inadecuación de la prescripción en este tipo de infecciones.

OBJETIVO

Analizar las pautas de prescripción antibiótica para infecciones urinarias en los pacientes atendidos en Urgencias desde 1 enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos en urgencias de la Asunción Klinika (Hospital Comarcal de Tolosa-dea) con diagnóstico de infección urinaria no complicada confirmada microbiológicamente, en los cuales se recopiló la prescripción de antibióticos en la Urgencia y al alta.


RESULTADOS

Se valoraron un total de 63 infecciones urinarias no complicadas en Urgencias con confirmación de laboratorio y microbiológica durante el periodo. La distribución de la prescripción fue la siguiente: en el servicio de Urgencias 39,68% recibieron ciprofloxacino 400mg IV, 38,1% Ceftriaxona 2 G IV, amoxicilina/ácido clavulánico 2g 6,35%, 15,87% recibieron dosis menores de ciprofloxacino (200mg) o ceftriaxona (1g). Al momento del alta el grupo antibiótico correspondiente a quinolonas representó el 49,21% de la prescripción, mientras que las cefalosporinas de 3ª generación representaron el 44,44%, en menor medida se pautó amoxicilina/ácido clavulánico 6,35%. No se disponía del resultado del cultivo y antibiograma al momento de pautar la medicación. En cuanto a los datos microbiológicos, los antibiogramas representaban como bacteria más frecuente la E. coli con 65,07% (41), el resto fueron otras enterobacterias, ninguno con patrón multirresistente. Del total de E. coli aislada, el 85,36% presentaba resistencias a quinolonas en nuestra muestra, grupo antibiótico que había representado mayoría de prescripción tanto en Urgencias como al alta.

CONCLUSIONES

La inadecuación de prescripción de quinolonas en la Urgencia de nuestro centro es evidente gracias a los datos microbiológicos encontrados, por lo que los esfuerzos se centran en reeducar a los facultativos para el cambio de pauta que permita un tratamiento adecuado según los patrones de resistencias que hemos identificado en nuestra población.

GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD: ¿DISPONEMOS DE SUFICIENTES BARRERAS PARA MITIGAR LOS ERRORES DIAGNÓSTICOS?

 *Espejo Mambié, Moisés David • Caballero, María • Pérez Urquia, Aintzane • Sampedro Orcero, Jorge • Martínez Idarreta, Regina • López DeOgracias, Maite*

 *Asunción Klinika*

Identificador: 334

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La amplia variedad de signos y síntomas con los que se pueden presentar las enfermedades, representan un gran reto semiológico con el cual cada profesional debe lidiar para encontrar la entidad nosográfica que afecta al paciente. En este caso se presenta un paciente que acudió inicialmente al servicio de Urgencias por dolor anal, pero decidió irse voluntariamente tras esperar 41 minutos sin ser atendido. Al día siguiente, fue diagnosticado con fisura anal e inflamación y dado de alta, pero una segunda valoración en otro centro sanitario reveló un absceso pelvirrectal que requirió drenaje quirúrgico. Este análisis sistemático pretende identificar fallos y proponer mejoras en este tipo de errores.

OBJETIVOS

Evaluar los factores que contribuyeron al error diagnóstico, proponer medidas correctivas y preventivas para mejorar el proceso de diagnóstico en Urgencias y mitigar el impacto de eventos adversos similares en el futuro.

METODOLOGÍA

Recopilación de Datos

Urgencias (08/01/24 y 09/01/24): Valoración inicial y diagnóstico de fisura anal. Otro centro sanitario (09/01/24): Diagnóstico de absceso pelvirrectal y drenaje quirúrgico. Consultas subsecuentes en ambos centros y AP.

Análisis de Datos

El análisis se centró en identificar deficiencias en el examen físico y diagnóstico diferencial, factores contribuyentes al error diagnóstico, y evaluar la gravedad y evitabilidad del evento adverso.

RESULTADOS

Descripción del Evento

El paciente acudió inicialmente a Urgencias el 08/01/24 pero no fue atendido y se fue voluntariamente. Al día siguiente, fue diagnosticado con fisura anal e inflamación y dado de alta. Sin embargo, una segunda valoración en otro centro sanitario reveló un absceso pelvirrectal que requirió drenaje quirúrgico. Posteriormente, se identificó una fístula perianal, requiriendo tratamiento y seguimiento

CONSECUENCIAS

El error diagnóstico inicial llevó a un retraso en el tratamiento. Persistencia del dolor. Gravedad: Moderado, sin incapacidad permanente. Procedimientos Adicionales: Segunda valoración y drenaje quirúrgico.


Factores Contributivos

No se identificaron diagnósticos diferenciales adecuados en el servicio de Urgencias. Distracciones en el entorno, presión asistencial elevada, largos turnos de trabajo. Falta de una revisión adecuada del examen físico y diagnósticos posibles.

CONCLUSIONES

La valoración inicial en Urgencias no identificó adecuadamente posibles diagnósticos diferenciales, llevando a un retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente. Aunque la fisura anal y la inflamación fueron diagnosticadas, el absceso pelvirrectal fue pasado por alto. El manejo posterior en un segundo centro sanitario y el seguimiento posterior en el nuestro, incluyendo drenaje quirúrgico y seguimiento, fue adecuado y llevó a la identificación y planificación para la resolución definitiva de la fístula perianal. Actualmente se trabajan en proyectos de herramientas de ayudas diagnósticas mediante IA para evitar este tipo de EA.

¿CÓMO PUEDEN AFECTAR LOS ERRORES DE TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

 Espejo Mambié, Moisés David • Pérez Urquia, Aintzane • Caballero, María • López DeOgracias, Maite • Martínez, Francisco • Arías-Camisón Montero, Iñaki

 Asunción Klinika

Identificador: 335

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo se originó debido a un incidente en la práctica clínica, detectado mediante el sistema de notificación de eventos adversos del centro. El evento adverso reportado fue la pérdida de una muestra biológica en su transporte del quirófano al laboratorio de anatomía patológica. Este análisis sistemático y organizado busca comprender las causas y proponer medidas correctivas y preventivas.

OBJETIVOS

Identificar acciones inseguras, causas subyacentes y factores que contribuyeron a la pérdida de la muestra biológica. Proponer medidas correctivas y preventivas para evitar futuras incidencias similares.

METODOLOGÍA

Los datos se recopilaron a través de múltiples fuentes: Registro de la historia clínica (HYGEHOS), sistema de notificación de incidentes, entrevistas con el personal implicado, revisión de protocolos, normativas y procedimientos, evidencia física de registros. El análisis de datos se centró en identificar factores contribuyentes, atenuantes y agravantes.

RESULTADOS

El 15/03/24 se realizó la exéresis de un nevus en un paciente. La muestra no llegó al laboratorio de anatomía patológica. Se revisó el circuito habitual de transporte, identificando que, tras la extracción por el cirujano y entrega a la enfermera circulante, la muestra se deposita en una bandeja en la antesala de los quirófanos. El celador es responsable de transportarla al laboratorio. No se identificaron variaciones relevantes en el proceso habitual.

La pérdida de la muestra puede retrasar el diagnóstico, causar estrés psicológico al paciente y la necesidad de nuevas intervenciones. Además, genera incertidumbre en la conducta médica.

Hallazgos Acciones Inseguras:

Ausencia de sistema de trazabilidad de las muestras.

Causas Subyacentes: deficiencias en el sistema de registro, falta de integración de sistemas de trazabilidad.

Factores Contributivos: Supervisión inadecuada, falta de automatización y seguimiento, sistema poco informatizado, entorno estresante de trabajo, deficiente comunicación, carga de trabajo elevada, falta de responsabilidad individualizada, contenedores inapropiados, problemas de infraestructura.

CONCLUSIONES

La cadena de custodia de muestras biológicas es crucial para una atención sanitaria de calidad. La automatización y sistemas de trazabilidad en el área quirúrgica son esenciales para evitar errores y mejorar la supervisión. Este incidente ha revelado debilidades en el proceso de transporte de muestras, permitiendo proponer soluciones ágiles. A pesar de las posibles graves consecuencias, el seguimiento adecuado del paciente garantiza su tranquilidad. Se requiere mejorar la colaboración con especialistas del Centro de Especialidades de Tolosa para obtener mejores resultados y soluciones. El registro manual intermedio aumentará la responsabilidad y conciencia del riesgo entre el personal, asegurando un alto nivel de alerta en el manejo de muestras biológicas.

IMPACTO DEL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

 GONZÁLEZ PÉREZ, MARTA EVA • SANCHEZ VALLEJO, ANTONIO • SUAREZ RODRIGUEZ, BEGOÑA • LOPEZ BLANCO, GLORIA • FERNANDEZ FERNANDEZ, CAMINO • DOMINGUEZ BERROT, ANA MARIA

 CAULE

Identificador: 336

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El análisis de la mortalidad hospitalaria es una actividad imprescindible para la toma de decisiones relacionadas con la gestión de la calidad en los cuidados que presta un centro asistencial de tercer nivel.

La monitorización permanente de la mortalidad nos permite una alerta temprana que facilita la implementación de medidas en caso de desviaciones que puedan implicar un riesgo sanitario, o que afecten a la calidad asistencial.

OBJETIVO

Describir la mortalidad en un hospital de tercer nivel durante 2023 y compararla con los resultados de 2022.

MATERIAL Y METODOS

La Comisión de Tejidos y Mortalidad realiza un estudio descriptivo de prevalencia de los datos de mortalidad en el Hospital durante 2023. Se analizan las siguientes variables: género, edad, tiempo de estancia desde el ingreso hospitalario hasta el fallecimiento, y distribución de la mortalidad por Áreas Clínicas y/o Servicios, así como distribución según grupos de patologías. Se consigna entre paréntesis la variación de cada dato respecto a la anualidad anterior.

RESULTADOS

En 2023 se registraron en el hospital 34.198 altas totales(+2,29%), con 1.875 altas por éxitus(-9,42%), registrándose una Tasa de Mortalidad global del 5,48%(-0,71 puntos). Este indicador descendió un 11,47% con relación a 2022. En Urgencias fueron atendidos 137.064 procesos(+3,29%); registrándose 223 altas por éxitus(-12,20%). Su Tasa de mortalidad fue de 0,162% disminuyendo un 15,18% el valor de este indicador respecto a 2022.

Esta tendencia al incremento en las altas generales y descenso en altas por éxitus se dio igualmente en las diferentes Áreas Clínicas: Servicios Médicos registraron tasa conjunta de mortalidad del 9,42% (descenso del 11,55% respecto a 2022), Quirúrgicos una tasa de 1,12%(descenso del 5,08%), y el Área Materno-infantil de 0,06%. Cuidados Críticos registró por segundo año consecutivo su mínimo histórico, 4,09%(descenso de 23,55%)

La edad media de los fallecidos en el CAULE fue de 82,1(+0,3) años. Por género hubo mayoría de varones, 54,08%(+0,55%).

Por grupos de patología, fueron las enfermedades cardiocirculatorias, seguidas de las respiratorias las de mayor mortalidad cruda. Sin embargo, la mayor tasa de mortalidad fue por enfermedades infecciosas(tasa 24,63% vs 6,36% por E. cardiovascular). Covid19 experimentó un descenso del 82,14% de mortalidad cruda(tasa de mortalidad 8,71% vs 16,56% en 2022)

CONCLUSIONES

El descenso en la tasa de mortalidad, condicionado por el incremento en la actividad y el descenso de la mortalidad cruda, evidencia la bondad de la política de gestión de la calidad del Centro, así como la eficiencia de los diferentes proyectos y protocolos implementados en el mismo, orientados a incrementar las posibilidades de supervivencia, y de restitución de la salud, de la población del Área de Salud a la que presta servicio

Es importante la publicación de estos datos para su comparación entre centros y establecer posibles estrategias conjuntas orientadas a la mejora de la Calidad

CODISEÑO CON PACIENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON CÁNCER

 ALGUACIL PAU, ANA ISABEL • HERRERA DE LA MUELA, MARIA • FERNANDEZ MARTIN, ELENA • ANTOÑANZAS BASA, MONICA • GONZALEZ PALOMARES, BLANCA • SANSON, SANDRA

 HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Identificador: 337

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La atención centrada en el paciente mejora su experiencia y la del profesional, además de la adherencia al tratamiento, el autocuidado, los resultados y la seguridad, disminuyendo el malestar emocional, las reclamaciones y los costes.

OBJETIVO

A partir de la experiencia reportada por los pacientes y resumida en el mapa de experiencia, queremos mejorar su experiencia mediante un codiseño del proceso de atención al paciente con cáncer entre pacientes y profesionales, basado en la experiencia de ambos (experience based codesign, EBCD).

METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló en 2 fases y un diseño observacional y experimental. La 1ª fase observacional recogió la experiencia del paciente con técnicas cualitativas (observación no participante, entrevistas en profundidad de pacientes y profesionales) y cuantitativas (encuestas ad hoc) y se dibujó el mapa de experiencia del paciente. La 2ª fase experimental priorizó las áreas con peores experiencias y mediante cocreación entre pacientes y profesionales (EBCD) se rediseñó el proceso.

RESULTADOS

Se han hecho 16 entrevistas a profesionales y 30 a pacientes con cáncer de mama o pulmón, 315 encuestas, 2 días de observación contextual, 2 mapas de experiencia de paciente de cáncer de mama y pulmón, 4 sesiones grupales de presentación de resultados, incluida la Dirección y 1 workshop con 12 profesionales para ideación de propuestas mediante design thinking. El trato cercano y empático de los profesionales es lo que genera mayor vinculación y la confianza de estar recibiendo el mejor tratamiento. Las experiencias negativas de pacientes y profesionales las marca la remisión tardía al hospital, la gestión de citas, las extenuantes jornadas de quimioterapia, las instalaciones y la falta de profesionales y recursos. La experiencia de los pacientes de mama y pulmón es similar en el 94% de las interacciones. Solo la interacción: "Aparece un signo de alerta sobre mi salud" en las pacientes de mama, muestra que se tarda más tiempo en remitirlas al hospital. También una percepción de necesitar más apoyo psicológico. El NPS es de 82,64 lo que refleja que la mayoría de los pacientes son promotores por su alta vinculación emocional con el hospital a raíz de su experiencia con la enfermedad. En el workshop se abordaron 3 retos: Cómo mejorar las citas, la experiencia de la quimioterapia y cómo acceder a un circuito interdisciplinario más claro y completo. Se idearon más de 15 mejoras y se diseñaron con visual thinking nuevos circuitos asistenciales.


CONCLUSIONES

Pese a que los pacientes identifican mejoras en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, tienen una alta vinculación emocional con el hospital debida a que sienten un trato cercano, empático y amable y porque consideran que reciben el mejor tratamiento. Esta fuerte implicación de los profesionales puede provocar desgaste emocional y afectar a su propia experiencia, por lo que el siguiente reto es mejorar la experiencia de los profesionales



SESIONES FORMATIVAS DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA ADOLESCENTES

 Reyes Reyes, Oliverio ⁽¹⁾ • Soria Martin, Dara Carolina ⁽²⁾ • Sánchez Barber, Fayna ⁽²⁾ • Leon Armas, Virginia ⁽²⁾ • Santana Padilla, Yeray Gabriel ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ CHUIMI • ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil • ⁽³⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Identificador: 338

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes viven en una etapa de transición entre el niño y el adulto donde se percibe una alta vulnerabilidad. Los adolescentes experimentan cambios significativos no solo a nivel físico sino psíquico, es habitual la aparición de crisis de identidad que se acompaña de múltiples reacciones donde las enfermeras, aportamos mecanismos de adaptación y conocimientos mediante la educación para la salud.

Nuestro proyecto abordó las necesidades de los adolescentes mediante píldoras informativas de educación para la salud en temas de interés a esta edad, que les ayudarán a afrontar y reconocer sus situaciones desde otra perspectiva.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

General: Impartir educación sanitaria dirigida a la prevención primaria para adolescentes.

Específicos: Promover una educación sexual saludable. Prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Prevenir dependencias a adicciones (drogas, alcohol y/o tecnología) Promover herramientas para controlar la frustración. Impartir las actuaciones de primeros auxilios. Promocionar hábitos de vida y alimentación saludable. 2.3. Metodología

Actividades de educación para la salud mediante sesiones breves de 15 minutos a alumnos de ESO (13 – 14 años). Rotación entre talleres mediante un circuito preestablecido y una actividad evaluativa final mediante una metodología de gamificación, a través de un Kahoot por equipos. Se organizaron mediante cronogramas el inicio de la actividad para la llegada escalonada de los distintos centros educativos. Los talleres fueron realizados por enfermeras del centro hospitalario. Los centros educativos cumplimentaron una encuesta de satisfacción. La actividad se desarrolló con la colaboración del Museo Elder.

RESULTADOS

180 adolescentes de 2º y 3º de la ESO de 4 centros educativos de enseñanza secundaria participaron en la actividad. Se realizaron 6 talleres en formato circuito cuyo contenido fueron: sexualidad (respeto mutuo e identificación de relaciones sanas/tóxicas), métodos anticonceptivos, dependencias/adicciones, primeros auxilios, dieta saludable (alimentación sostenible) y manejo del malestar (manejo de frustración). Teniendo una gran aceptación por los alumnos participantes. La valoración global de los jefes de estudios (n=4) fue 9±1,414.

CONCLUSIONES

La actividad se desarrolló según lo planificado obteniendo una gran aceptación por parte de los alumnos.

La educación sanitaria permitió al CHUIMI acercar temas de interés a los adolescentes con éxito.

La valoración de los responsables de los colegios fue muy positiva.



PROYECTO COMUNICACIÓN TRANSVERSAL ESTANDARIZADA

 Gimeno Esteban, Amparo • Moreno Rivera, Nerea

 Hospital Ruber Juan Bravo (Quirónsalud)

Identificador: 340

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La comunicación es un elemento básico y esencial en la relación entre los profesionales, áreas e incluso con el propio paciente. El correcto entendimiento entre personas es fundamental para que avancemos en aras de la promoción o la mejora de la salud.

Para mantener la continuidad asistencial se vio necesario usar un checklist como herramienta estandarizada y de seguridad. Los principales hallazgos reconocen que los errores cometidos como resultado de una mala comunicación son previsibles y, por tanto, prevenibles. Por ello en nuestro hospital, además del listado de verificación quirúrgica, se diseñó un checklist específico para celadores, uno para traslados de pacientes que ingresan desde urgencias y el Handover como transferencia entre turnos.

OBJETIVOS

- Disminuir errores en la transferencia de pacientes.
- Fomentar la comunicación y disminuir la variabilidad.

METODOLOGÍA

- **Checklist de celadores:** herramienta tamaño bolsillo para que el celador las pueda guardar y cumplimentar siempre que se requiera para un traslado de paciente entre áreas. En este checklist el celador cumplimenta nombre y apellidos, habitación y destino. Y antes de trasladar al paciente chequea una serie de parámetros como identificación del paciente, barandillas elevadas, aislamiento, preparación correcta si va a quirófano, y documentación completa.
- **Checklist de traslado:** lo cumplimentan médicos, enfermeras y TCAEs antes de la salida del paciente desde urgencias. a. En ese checklist se comprueban una serie de ítems a fin de garantizar que el paciente se traslada correctamente, con la información dada, con las constantes registradas, con historia completa, con sus accesos vasculares en correctas condiciones,... y sirva de transferencia entre unidades. Dicho checklist se sube a la historia del paciente una copia, quedándose en la unidad otra copia para hacer seguimiento por la supervisora y DUE de SP de su correcta cumplimentación.
- **Handover:** herramienta que permite la correcta transmisión de información en los cambios de turno. Se modifica a la última hora del turno y se entrega actualizado al compañero del turno siguiente. Sirve para evitar pérdidas de información y estandarizar el trabajo, ya que recuerda, por ejemplo, que hay parámetros que se deben realizar por turno.

RESULTADOS

En el 2021 se comunicaron 80 incidentes de seguridad relacionados con los traslados, en el 2022 se comunicaron 81 incidentes y en 2023 se comunicaron 39 incidentes de traslados.


En cuanto a la eficacia del Handover, se comprueba la misma en las auditorías de historias clínicas, en la calidad de los evolutivos de enfermería y seguimiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

A pesar de que son centenares de traslados los que se realizan a lo largo del año, el número de incidentes de seguridad relacionados con los traslados han disminuido, y así también los relacionados con la comunicación durante los mismos, o traslados inadecuados. Son aplicables en cualquier hospital.



HEALTH IMPROVEMENT MEDIANTE ESTÁNDARES DE CALIDAD SANITARIA EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UNA MCSS

 Moya Alcocer, Diego • Torres Magán, Marta • Crespo Sanz, Javier • Molina Vega, Emilio • Farrús Esteban, Xavier • Segura Molina, Adela

 MC Mutual

Identificador: 341

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El modelo de Estándares de calidad sanitaria (ECS) implantado en los centros asistenciales (CCAA) de nuestra mutua está en su tercer ciclo de mejora continua. Refleja aspectos clave del Plan Estratégico 24-26 y tradicionales de una organización sanitaria. Se basa en la información interna y valora los objetivos del periodo vigente

OBJETIVOS

Revisar la implantación del tercer año de los ECS sanitaria, como instrumento de evaluación sistemática de la calidad asistencial y evaluadora, e impulsar una cultura de mejora continua en CCAA de MC Mutual.

METODOLOGÍA

Se elaboran informes anuales para cada centro ambulatorio con los resultados del cumplimiento de 20 ECS orientados a la evaluación de la formación de los profesionales, la información al paciente, la administración del consentimiento informado (CI), la adecuación de registros clínicos como alergias, conciliación de la medicación, solicitud de pruebas complementarias, seguimiento de fisioterapia o la adecuación del seguimiento de heridas y yesos, y también la sistemática de control de los carros de paro. La tasa de quejas y reclamaciones, y la gestión de las patologías más prevalente se incorporan como ECS. Este informe se analiza de forma local en el centro comparándose con datos del ejercicio anterior y se dispone de un listado de recomendaciones para elaborar el plan de mejora en función de los resultados.

RESULTADOS

Los resultados de los ECS 2023 muestran que los CCAA han mejorado globalmente un 38% respecto al 2022, el 84% de los centros se sitúan en una nota superior a 8 sobre 10. Los centros con mayor margen de mejora (inferior a 7 sobre 10) pasan del 6% en 2022 al 2% en 2023, y los que obtienen mejor valoración (superior a 9 sobre 10) pasan del 30% en 2022 al 42% en 2023.

Los ECS que más han mejorado tienen que ver con la entrega de la información médica (de 8 en 2022 a 9 en 2023), el cumplimiento de la formación obligatoria (de 8,5 a 9,8) y la conciliación de la medicación (de 5,9 a 6,7). Se mantienen en valores excelentes la entrega del CI (9,4 a 9,5) o el adecuado seguimiento de las heridas, yesos y vendajes (9,7). Con margen de mejora, además de la conciliación de la medicación, hay que poner el foco en disminuir la tasa de quejas y reclamaciones, que pasa del 7,7 al 7,9, y también en la mejora de la educación sanitaria por parte de enfermería que se mantiene por debajo del 8 (de 7,3 a 7,6).


CONCLUSIONES

Al tercer año de su implantación, los ECS de CCAA, se consideran consolidados y muestran de forma tangible una mejora en los procesos ambulatorios. Podemos concluir que desde la mutua se informa mejor al paciente, se respetan más sus derechos, los profesionales están más formados y la historia clínica de los pacientes es de mayor calidad.

Eso se traduce en una reducción generalizada de la variabilidad de las prácticas. Los resultados en los CCAA mejoran y se agrupan más en el rango alto de valores.

REDUCCIÓN DE LAS INCIDENCIAS DE REINFORMACIÓN EN LA AGENDA DE EXTRACCIÓN DE LABORATORIO Y DE LAS MUESTRAS NO REMITIDAS

 Jódar Fernández, Catalina ⁽¹⁾ • Freixes Villaró, Esther ⁽²⁾ • Megido Badía, María Jesús ⁽³⁾ • Escartin Díez, Teresa ⁽⁴⁾ • Hitos López, Antonia ⁽³⁾ • Jorba Olive, Mercè ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Atención primaria metropolitana Sud • ⁽²⁾ Atención Primaria Metropolitana sud • ⁽³⁾ Atención Primaria Metropolitana Sud • ⁽⁴⁾ Laboratorio Clínico territorial, Metropolitana Sud

Identificador: 342

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión de la calidad total, centrada en el paciente, es nuestro propósito primordial a nivel asistencial. En el año 2022 se evidenció un número elevado de incidencias relacionadas con la re-información de peticiones al servicio de laboratorio de referencia y con las muestras no remitidas al servicio. El hecho de no re-informar, es decir, no especificar como no presentado aquel paciente que no acude a la extracción, provoca que en muchos casos se tenga que repetir la petición. Por otra parte, el hecho de no especificar que el usuario no había acudido en la re-información, suponía también que las muestras añadidas a la petición estuvieran como incidencia en el informe que el laboratorio envía de forma mensual como muestra no remitida. Esta ineficiencia en el circuito supone un sobrecoste y retraso en la gestión de visitas posteriores.

OBJETIVOS

Reducir las incidencias relacionadas con la re-información de la agenda de laboratorio. Reducir las incidencias relacionadas con las muestras no remitidas.

METODOLOGÍA

Tras realizar el análisis de los datos, se plantea establecer una comisión de mejora permanente del proceso de extracciones y analítico. Esta comisión compuesta por responsables de calidad territoriales, adjuntos a dirección de atención primaria y responsables de laboratorio, se reúne de forma periódica cada dos meses. En esta comisión se determina la necesidad de una acción informativa a todos los profesionales que están en los centros extractores, mediante una infografía breve, clara, concisa y muy visual de la relevancia de re-informar las agendas de extracciones.

RESULTADOS

En el año 2022 se realiza una actividad de 603.365 extracciones, con 3.850 incidencias en peticiones (0,64%). De ellas 2.593 son peticiones no re-informadas (67%). El total de incidencias de muestras son 15.886, de éstas 10.107 son muestras no remitidas (64%). En el año 2023 se realiza una actividad de 647.794 extracciones, con 3.149 incidencias en peticiones (0,50%). De ellas 1.815 son peticiones no re-informadas (57%). El total de incidencias de muestras son 17.147, de éstas 7.940 son muestras no remitidas (46%).

CONCLUSIONES

El trabajo colaborativo, interprofesional e interdepartamental, junto con la utilización de una infografía explicativa, ha contribuido a disminuir las incidencias de re-información de analíticas y de muestras no remitidas. Cuando la información se recibe en formato visual, breve y conciso, el mensaje llega mejor a los profesionales de los centros extractores. El número de incidencias de re-información de petición se ha reducido en 778 (10%). El número de incidencias de muestras no remitidas se ha reducido en 2167 (18%). Teniendo en cuenta que la actividad en 2023 aumentó un 7% la reducción de incidencias tiene aún más valor.

¿QUÉ NECESITAN LOS NIÑOS QUE NUNCA SE VAN A CURAR?

 MONTOSA GARCIA, RAQUEL • GARNICA MARTINEZ, BEATRIZ • BETETA FERNANDEZ, M^o DOLORES • PEREDA MAS, ARTURO • BERNAL GALERA, M ANGELES • MATEO PEREA, GINES

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Identificador: 343

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La tecnificación de la medicina y las nuevas terapias han permitido la disminución de la mortalidad infantil, pero han aumentado la prevalencia de enfermedades graves e incurables de los niños. Los pacientes pediátricos con necesidades sanitarias especiales suponen el 13-18% de todos los niños; sin embargo, representan más del 80% del coste total de la asistencia infantil.

OBJETIVOS

Proveer una atención especializada integral e integradora a la población infanto-juvenil con enfermedad crónica compleja y necesidades paliativas y a su familia en los diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, hospital, atención domiciliaria) manteniendo una continuidad en su proceso de enfermedad y una atención de calidad.

METODOLOGÍA

Creación de grupo de trabajo multidisciplinar. Reuniones periódicas

FASE PRELIMINAR: Revisión de documentación. Valoración de necesidades de las áreas salud en relación al paciente crónico complejo pediátrico. Redacción de cronograma.

PLAN DE TRABAJO: Definición de paciente crónico complejo pediátrico, elección y modificación de escalas de valoración (crónico complejo y grado de complejidad).

Establecimiento de pediatras responsables y enfermeras gestoras de casos del niño crónico en cada área de salud. Establecimiento de circuitos de citación, agendas, interconsultas intrahospitalaria y regional, agendas actividad para rutas de hospitalización domiciliaria, equipos médico-enfermero, trabajadora social y fisioterapeuta.

Establecimiento de procedimientos normalizados de trabajo

Diseño y organización de planta de hospitalización de referencia regional, circuitos de ingreso y derivación, creación de hospital de día del niño crónico.

RESULTADOS

En Junio 2023 se inician valoraciones por gestores de casos y pediatras responsables, incluyendo actualmente 146 niños con enfermedad crónica compleja en todas las áreas de salud de Murcia. El seguimiento se coordina con atención primaria o se asume en la Unidad Regional dependiendo del nivel de complejidad. 65 de ellos son de alta complejidad y se encuentran en hospitalización domiciliaria, con atención 24h/7días, atendándose 8 casos de finales de vida en domicilio en el último año. Se inaugura la planta de hospitalización de la Unidad Regional en noviembre de 2023, con 8 habitaciones individuales, 112 ingresos hasta mayo y una estancia media de 11-14 días según la complejidad y el hospital de día con una media de 2.6 procedimientos diarios.

CONCLUSIONES

La prolongación de vida de los niños con enfermedades crónicas complejas obliga a realizar un cambio en la mentalidad a nivel institucional y supone un reto en los sistemas de salud de los países desarrollados, ya que el modelo de medicina curativa superespecializada debe ser sustituido por uno integrativo, donde el enfoque curativo y el paliativo se complementen entre sí, lo que precisa de un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar y centrado en la gestión individualizada de cada caso.



GESTIÓN UNIFICADA DE LAS PETICIONES DE CITA PARA PROCESOS DE MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD

 *García Romero, Adrián* ⁽¹⁾ • *Abad González, Alejandra* ⁽¹⁾ • *Santos Álvarez, Paloma* ⁽²⁾ • *Plaza Ochoa, Mónica* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Universitario del Sureste* • ⁽²⁾ *Gerencia de Atención Primaria* • ⁽³⁾ *Hospital universitario del Sureste*

Identificador: 344

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Por regla general las citas solicitadas por el personal asistencial en Atención Hospitalaria no se agendan directamente en el momento de ser pedidas. Estas peticiones son enviadas a una serie de buzones gestionados por el servicio de Admisión quien, basándose en los parámetros introducidos por el peticionario (fecha de indicación, prioridad, prestación, pruebas asociadas, etc.) será el encargado de crear realmente la cita. El motivo de esta situación es dar respuesta a una serie de restricciones cuyas ramificaciones no tienen porque ser conocidas por el usuario que realiza la petición. El manejo de la enorme masa de peticiones pendientes de ser citadas, así como la priorización y correcta gestión de estas supone una enorme carga administrativa para Admisión. La realización manual de esta tarea supone el riesgo adicional de la comisión de errores con un impacto potencial muy negativo para el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de esta herramienta es crear un sistema automático de gestión de las peticiones que requieren tareas de media y alta complejidad. Para ello, el sistema tiene en cuenta no solo las restricciones e interrelaciones entre peticiones, sino que conoce el estado de la lista de espera actual de forma que trate de minimizar y uniformizar la demora de los pacientes en condiciones similares. Además, el sistema provee de alarmas al servicio de admisión para detectar situaciones incorrectas que puedan desembocar en el potencial 'abandono' del paciente y que este quede en un estado pendiente de cita de manera indefinida.

Para lograr este objetivo se han definido procesos de integración específicos contra múltiples orígenes de datos diferentes. Se han utilizado técnicas avanzadas de procesamiento masivo de datos para poder gestionar el enorme nivel de peticiones pendientes con el que trabaja un hospital. Finalmente se han desarrollado listados y herramientas específicas de visualización de datos que permiten mantener un alto nivel de eficiencia en la operativa diaria al enfocarse en aquellas tareas que son prioritarias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Antes de la puesta en marcha de la herramienta, las peticiones pendientes en un momento determinado fluctuaban entre las 15.000 y las 35.000. Esta variabilidad se debía a que se desperdiciaba una cantidad importante del tiempo revisando una y otra vez los listados debido a que no existía una forma de determinar a priori cuales de estas peticiones se podían citar y cuales carecían de huecos. En la actualidad, tratando las peticiones relacionadas como una sola entidad que se gestiona de manera unificada, el número de pendientes es de aproximadamente 10.000 con una variación mucho menor a lo largo del año. No se dispone de datos de situaciones erróneas previas a la implementación ya que ni siquiera se estaban midiendo, pero tras esta, el número de alertas semanales para corregir situaciones potencialmente peligrosas oscila entre 20 y 30 que anteriormente no se corregían.

REDISEÑO DE LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) PARA SU MEJORA COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

 Alcaraz Martínez, Julian • Leal Llopis, Jesus • Navarro Vivas, Diana • Alfaro, Juan Miguel • Matea Sanchez, Amelia • García Marín, José Andres

 Hospital Morales Meseguer

Identificador: 345

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Alex B Haynes et al en el año 2009 publicó en el New England of Medical Journal el artículo “A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population”. En el mismo, demostraba que, mediante la utilización de un listado de verificación en el periodo perioperatorio, se reducía importantemente la mortalidad y morbilidad quirúrgica. La OMS emitió una versión de este LVQ y se inició su implementación, no sin problemas en algunos centros.

En nuestro hospital, se realiza un seguimiento del uso del LVQ desde hace años, con resultados mejorables: en el último año fue utilizado correctamente sólo en el 72% de las intervenciones.

OBJETIVOS

Establecer utilidad del listado de verificación

Valorar porque no se usa en el 100% de ocasiones Adaptarlo a los objetivos propuestos Proponer estrategia de mejora de uso Metodología

Para cumplir los objetivos se formó un grupo de trabajo con un representante médico de cada servicio quirúrgico, anestesia, enfermería de quirófano y los coordinadores de calidad médico y de enfermería como dinamizadores.

Se acordó realizar reuniones presenciales semanales de 1 hora máximo, con objetivos concretos establecidos previamente, para no alterar la labor asistencial.

Para establecer utilidad del listado de verificación se realizó un DAFO y se redefinió la misión de esta herramienta. Para valorar porque no se usa en el 100% de ocasiones se usó la técnica de grupo nominal, para realizar análisis de causas. Para adaptarlo a los objetivos propuestos se utilizó metodología LEAN (método Kaizen). Posteriormente se realizó un pilotaje, estando pendiente la implementación de la estrategia de mejora de uso.

RESULTADOS

Se han cumplido 3 de los 4 objetivos, de momento. Se ha realizado el DAFO, definida la misión, analizado las causas y se ha elaborado no un nuevo listado, sino dos, uno para cirugía mayor y otro, más reducido, para cirugía menor. Se han adaptado estos a los nuevos quirófanos con los que cuenta el centro, aprovechando la sala de preparación en antequirófano para realizar la primera fase del LVQ. Se han eliminado algunos apartados que no aportaban nada importante a la misión de esta herramienta y se ha añadido alguna pregunta nueva derivada de análisis de incidentes ocurridos en el centro, como, por ejemplo, si están disponibles los dispositivos a implantar al paciente (si precisa) en primera fase del LVQ, antes de la inducción anestésica. Por último, se ha añadido un espacio en texto libre para anotar incidencias o errores evitados.

Se ha realizado el pilotaje en dos servicios, tras sesión clínica informativa. Está prevista la medición de su uso cuando esté completamente implantado y la valoración de nuevas estrategias de mejora, si se precisan.

CONCLUSIONES

Se ha realizado el rediseño de listado de verificación quirúrgica, cubriendo, de momento, tres de los cuatro objetivos previstos, con lo que se espera que mejore su uso y su utilidad como herramienta de seguridad del paciente.

IMPACTO EN EL CAUSA DE UNA CAMPAÑA PARA EL USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

 Rubio Gil, Francisco Javier • Otero López, M^a José • Martín Muñoz, María Rita • Moralejo Alonso, María Leticia • Ollero Malagón, Lourdes • Rodríguez Laureiro, José Luis

 Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Identificador: 346

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una de las dimensiones de la calidad asistencial y el uso seguro del medicamento tiene un papel esencial en este aspecto. En nuestro hospital hemos abordado una campaña de divulgación de los 7 errores de medicación con consecuencias más graves, con las prácticas recomendadas para evitarlos.

Con este trabajo hemos pretendido evaluar el impacto de esta campaña en la cultura de seguridad de nuestro hospital, para con ello poder abordar nuevas estrategias encaminadas a aumentar la seguridad de nuestros pacientes

OBJETIVOS

Principal:

- Disminuir los errores asociados al uso de medicamentos

Secundarios:

- Aumentar la cultura de seguridad
- Establecer nuevas estrategias de comunicación y difusión
- Reconocer el compromiso de los profesionales.

METODOLOGÍA

El grupo para el uso seguro del medicamento hizo una selección de 7 de los 10 errores de medicación con consecuencias más graves notificados a lo largo del 2021 a través de las plataformas SINAEM y del SINASP. Se identificaron las prácticas recomendadas para evitarlos.

Para cada una de las causas se elaboraron boletines informativos, píldoras informativas en diapositivas para la presentación en los servicios y se diseñó un cartel con los mensajes claves a recordar, que se difundió por cada unidad.

Se estableció una cadencia de un mes para la difusión de cada causa (lema de la campaña 7 meses 7 causas). Las herramientas de difusión utilizadas fueron: noticias en la intranet hospitalaria, comunicación a través de correo corporativo a los mandos intermedios, con el contenido asociado a cada una de las causas (boletín, píldoras y cartel)

Paralelamente se organizó un concurso de participación abierta, con preguntas relacionadas con cada una de las causas, para aumentar el impacto de la campaña y premiar a los tres profesionales de la organización con mejores resultados.

Al finalizar la campaña se elaboró un formulario para medir el impacto de la campaña en la cultura de seguridad y la estimación subjetiva de la disminución de los errores relacionados con la medicación que los profesionales tenían tras la campaña.

RESULTADOS


El 53.1 % (62.5% enfermeras y 40 % médicos) que respondieron considera que la campaña ha mejorado su conocimiento sobre la incorrecta administración de medicamentos orales por vía intravenosa. El 67.3 % considera que la campaña contribuye a reducir la frecuencia de errores asociados a las prescripciones verbales. El 67% asegura que ahora verifica más cuidadosamente la identificación del paciente antes de administrar la medicación.


El 62% (81% enfermeras y 41.9% médicos) considera que la campaña ha contribuido a una reducción en los errores de medicación en pacientes con alergias conocidas.

En cuanto al concurso asociado a la campaña, 68 fueron los participantes en el mismo. Por orden de publicación, el 57,4% contestó correctamente a todas las preguntas del cuestionario 1, el 50% del 2, el 19.1% del 3, el 35,3 del 4, el 33,8 del 5, el 22,1 del 6 y el 8,8% del 7



EL MALTRATO INFANTIL DUELE TODA LA VIDA. SI PUEDES DETECTARLO, DEBES NOTIFICARLO

 Domínguez Pérez, Nuria ⁽¹⁾ • Malillos Pérez, David ⁽¹⁾ • Toledano Sacristán, Eva María ⁽¹⁾ • Villares Rodríguez, Jose Enrique ⁽¹⁾ • Carrasco Azcona, María Ángeles ⁽²⁾ • Barrios Miras, Esther ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Centro de salud Sevilla La Nueva. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
• ⁽³⁾ Centro de Salud Mejorada del Campo. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Identificador: 347

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) tiene consecuencias en la salud a corto y largo plazo, en la esfera física, psíquica y social.

La prevalencia real del MI es desconocida. La situación se asemeja a un iceberg, ya que los casos detectados son sólo una parte de los reales.

La notificación es una obligación ética, legal y profesional para los sanitarios. En los últimos años han entrado en vigor leyes en materia de Protección a la Infancia que obligan a las instituciones a adaptarse a las mismas.

La atención al MI precisa un trabajo interdisciplinar y una adecuada coordinación, tanto entre profesionales de Atención Primaria (AP), como entre éstos con Servicios Sociales y demás instituciones de la Administración de Justicia y Protección. La atención al niño/niña/adolescente (NNA) víctima de MI debe ser integral, evitando la victimización secundaria.

Existe una hoja de notificación (HN) de MI desde el ámbito sanitario. Se identificó la necesidad de actualizarla y establecer el circuito de notificación desde AP.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Mejorar la detección y notificación de casos de sospecha de MI por parte de profesionales sanitarios de AP.

Objetivos secundarios:

Elaborar una hoja de notificación y circuito para la notificación de MI desde AP.

Mejorar el registro de la notificación en la historia clínica electrónica (HCE) de AP.

Mejorar la derivación a Barnahus (dispositivo de atención integral) de casos de sospecha de violencia sexual en NNA.

Mejorar la formación de los profesionales.

METODOLOGÍA

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar. Difusión del procedimiento por correo electrónico a los centros de salud.

RESULTADOS

Elaboración de una HN de sospecha de MI desde AP: se actualizan los indicadores de maltrato, agrupándolos según tipo de MI.

Incorporación de la HN en la HCE de AP, quedando registro de la misma.

Definición de un circuito de notificación desde AP a Servicios Sociales y otras instituciones de la Administración de Justicia y Protección, diferenciando la notificación vía ordinaria (sospecha de MI leve) o vía urgente (sospecha de MI grave).

Elaboración del documento normalizado para derivación a Barnahus en casos de NNA víctimas de violencia sexual, en forma de plantilla para su registro en HCE.

Realización de actividades formativas, a las que acudieron más de 250 profesionales.

Desde la implantación del procedimiento en enero 2024 se han registrado 110 HN en HCE. La HN previa no estaba disponible en HCE, por lo que no es posible comparar.

Desde la implantación del documento de derivación a Barnahus en marzo de 2024 se han registrado 9 en HCE. Comparación con el nº de documentos de derivación a CIASI (documento previo al de Barnahus): 62 desde 2015 hasta enero 2024.


CONCLUSIONES


Es necesario notificar las situaciones de sospecha de MI para lograr un abordaje integral de las víctimas. Para mejorar la notificación es preciso elaborar herramientas para ello y formar a los profesionales.





TECNOLOGÍAS MÉDICAS: UN ANÁLISIS TRANSVERSAL EN EL HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL

 Querol Carranza, Eloi ⁽¹⁾ • Moreno Martínez, Daniel ⁽¹⁾ • Cano Izquierdo, Mireia ⁽²⁾ • Albreda Gil, Gerard ⁽²⁾ • Estrada Cuxart, Oriol ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol: Direcció d'Estratègia Assistencial i Innovació • ⁽²⁾ Innovation, Health Economics and Digital Transformation Research Group (INEDIT)

Identificador: 348

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Con el avance constante de la medicina y la tecnología, los hospitales se encuentran en la necesidad creciente de desarrollar estrategias específicas adaptadas a cada cohorte de pacientes o grupos de tratamiento. En este contexto, resulta crucial investigar la percepción que tienen los trabajadores del sector sanitario sobre el uso futuro de tecnologías emergentes y su implicación en las diferentes áreas especializadas. Por las razones expuestas, esta investigación es fundamental para establecer estrategias futuras que impulsen una atención sanitaria más sólida y eficiente.

OBJETIVOS

Identificar las disparidades entre las unidades quirúrgicas y generales en cuanto al empleo de tecnologías actuales y futuras.

Evaluar el potencial beneficio de la implementación de tecnologías médicas.

Analizar las necesidades tecnológicas de unidades quirúrgicas y Servicios Generales.

METODOLOGIA

Estudio Descriptivo transversal dirigido a personal asistencial del HGTP realizado entre diciembre de 2023 y febrero de 2024. Distribuido en 3 fases de obtención de datos a través de un cuestionario y una sub-fase con grupo focal:

Fase 1: Encuesta dirigida a líderes hospitalarios y jefes de departamento

Fase 2: Encuesta seguida de grupos focales para profundizar en los aspectos cualitativos identificados.

Fase 3: Encuesta abierta a todo el personal del hospital para capturar una amplia variedad de opiniones y asegurar la representación equilibrada.

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 152 respuestas, de los cuales un 37% personal del Área quirúrgica, 36% del área médica, 16% servicios centrales y 11% de otros servicios y unidades del hospital.

En términos generales, las personas encuestadas han clasificado cinco tecnologías según su importancia percibida. La salud digital es considerada la más relevante, seguida de la inteligencia artificial, la realidad virtual y aumentada, la biometría remota, y finalmente la impresión 3D.

Comparando el área quirúrgica y los servicios generales, el personal del bloque quirúrgico ha mostrado que las tecnologías de impresión 3D y realidad virtual/aumentada son de gran importancia en su ámbito laboral, con diferencias significativas en la clasificación respecto a servicios generales.

En contraste, los servicios generales muestran diferencias notables con el área quirúrgica en cuanto al uso de la biometría remota, dándole más relevancia e impacto en su práctica clínica, tanto presente como futura.


CONCLUSIONES

Se evidencian diferencias significativas entre los dos grupos de trabajo en cuanto al uso y percepción de las tecnologías más relevantes para sus respectivas áreas. Esto demuestra la variabilidad de necesidades, metodologías y procedimientos entre los distintos servicios.

Estos hallazgos revisten gran importancia para definir la estrategia futura del hospital respecto a la innovación en los diferentes servicios, y marca las pautas iniciales para que esta se enfoque desde una perspectiva eficiente, individualizada y gradual.



USO DEL MENTORING PARA INCORPORAR ASPECTOS DE CALIDAD SANITARIA EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UNA MUTUA LABORAL

 Fernández Vivancos, Estrella • Gasso Esplugas, Montserrat • Peinado Bueno, Laia • Torres Magán, Marta • Moya Alcocer, Diego

 MC Mutual

Identificador: 349

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

El Mentoring es una técnica de soporte formativo ideal para el desarrollo del talento en las organizaciones altamente tecnificadas. Una persona más experimentada o con mayor conocimiento (mentor), guía y ayuda a otra menos experimentada (mentorizado) en su desarrollo personal y profesional. Es clave en los procesos de acogida y facilita que otras personas adquieran el modelo y las conductas del estilo de liderazgo de la institución.

Consiste en una relación profesional, basada en la escucha activa, preguntar, hablar y opinar. Se trata de un diálogo orientado, en este caso a la incorporación de aspectos de calidad sanitaria en el personal administrativo.

El mentor es asesor y consejero, ofrece recursos y herramientas, favorece la creación de redes y contactos, y da un feedback permanentemente.

El mentorizado pide consejos y asesoramiento en las materias acordadas, asiste a las sesiones, lee los materiales, profundiza en sus habilidades y déficits, y fomenta una actitud empática entre ambos.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del mentoring en la incorporación de elementos de calidad sanitaria en los directivos administrativos de una mutua.

METODOLOGÍA

Sesión inicial (mentor y mentorizado), formación mentor, sesión conjunta y definición de objetivos, iniciación de las sesiones de trabajo, sesión de evaluación y cierre.

RESULTADOS

El programa piloto de mentoring muestra muy buenos resultados según la opinión de los participantes, ayudando al mentorizado en la incorporación a su nuevo puesto de trabajo (con valoraciones de 9,5 en los ítems considerados). Se genera un vínculo de confianza entre ambos y se produce un acompañamiento que es útil para ambas partes. Es clave el emparejamiento entre las personas mentoras y mentorizadas. Durante las sesiones se comparten ideas y buenas prácticas y se crea una relación de confianza que genera conexión entre las diferentes Unidades de Gestión. El hecho de ser unidades similares en cuanto a tamaño y organización, facilita aún más que se puedan compartir maneras de trabajar. La visión de una persona que ocupa el mismo puesto de trabajo, pero con muchos años de experiencia, ayuda a tener una visión más amplia de la Organización e incrementa el compromiso con esta. Aunque es un programa pensado para el puesto de responsabilidad administrativa, es fácilmente adaptable a otros cargos y ámbitos profesionales de la Mutua.

CONCLUSIONES

La transformación duele, al igual que duele ponerse a dieta o hacer un programa de entrenamiento exigente. Por eso, el rol esencial de un mentor consiste en abrirle nuevos puntos de vista, de la manera más inspiradora posible, generándole una mezcla de incomodidad y de esperanza que le impulse a desarrollar con disciplina su propio talento.

La mentora es una vía con doble sentido, obtienes lo que inviertes. Empatías y la ganancia la tienen el mentor (mejora en su conocimiento de la organización), el mentorizado (oportunidad única de desarrollo) y la organización (desarrollo del talento)



EQUIDAD EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL: UNA HISTORIA DE CAMBIO EN EL MODELO DE GESTIÓN

 *Sujanani Afonso, Maria Natacha • Tost Pardell, Lina • Etxabe Marceil, Maria Pilar*

 *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

Identificador: 350

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El acceso a los Servicios de Salud debe estar garantizado en términos de seguridad y equidad, más aún cuando se trata de poblaciones especialmente vulnerables como son los pacientes con trastornos mentales graves. Cuando las estancias medias hospitalarias se desvían al doble de la media nacional, los motivos de ingreso en las unidades de internamiento breve no se rigen por los parámetros establecidos por la evidencia científica, se produce inevitablemente un colapso en los servicios de urgencias en donde no es posible prestar una atención de calidad a pacientes con trastorno mental grave, provocando entre otras cuestiones, un abuso de la contención mecánica. En un escenario de estas características, se hace imprescindible un cambio en el modelo de gestión que sea capaz de cumplir con los estándares de calidad y seguridad para los pacientes y se garantice la equidad en términos de accesibilidad a los colectivos más vulnerables, en este caso, las personas con Trastornos Mentales Graves.

OBJETIVOS

Demostrar como un cambio en el modelo de gestión en salud mental basado en el refuerzo de la psiquiatría comunitaria, en el empoderamiento del paciente con trastorno mental, el cumplimiento de criterios de ingreso hospitalario, la intervención social precoz y la creación de un entorno de respeto a los derechos y la autonomía del paciente, tiene resultados objetivos en la eficiencia de los recursos hospitalarios y garantiza la equidad y la accesibilidad a recursos de tercer nivel.

METODOLOGÍA: Revisión y comparativa de indicadores de ocupación, afluencia, estancia media, tasa de altas y observaciones de la atención psiquiátrica urgente y en Unidad de Internamiento Breve antes y después del cambio en el modelo de gestión.

RESULTADOS

(si bien nos encontramos aún en período de análisis de datos puesto que muchos de ellos no se encuentran en bases de datos, sino en agendas diarias, se arrojan los siguientes datos preliminares: Comparando únicamente 2019 con 2021, se ha reducido de EM bruta de 37,85 días a 19,41. Las estancias pasan de 15994 a 7610, lo que ha permitido paralelamente reconducir la habilitación de camas en lugares ectópicos sin criterios de seguridad y calidad, de 48 a 30. El tiempo de espera en urgencias en pacientes con ingreso cursado se reduce de días/semanas a menos de 5 hrs. Se ampliarán los datos)

CONCLUSIONES

Un modelo de gestión que cumpla fielmente con lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986, que evite internamientos prolongados e innecesarios reforzando los recursos comunitarios y las intervenciones sociales es capaz de garantizar la accesibilidad y la equidad en las personas que sufren Trastornos Mentales a recursos de tercer nivel en condiciones de seguridad y calidad asistencial.



PLAN ANTICIPADO DE DECISIONES Y CUIDADOS EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HACIA EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE.

 *Sujanani Afonso, Maria Natacha • Tost Pardell, Lina*

 *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

Identificador: 351

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

El derecho a la autonomía de las personas con trastornos mentales graves queda reconocido desde la promulgación de la Ley General de Sanidad del año 1986. Los posteriores desarrollos legislativos, máxime tras la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad del 2006, han ido abundando en la necesidad de articular mecanismos que garanticen que los deseos y preferencias de los pacientes que pertenecen a colectivos de mayor vulnerabilidad sean tenidos en la misma consideración que el resto de ciudadanos como no debe ser de otra manera. En esta línea, se propone, al amparo del plan estratégico para la Salud Mental del Ministerio de Sanidad, la puesta en marcha de una consulta de “Plan Anticipado de Decisiones y Cuidados” para paciente con TMG

OBJETIVOS

Favorecer el respeto a la autonomía del paciente con trastorno mental a través del trabajo específico en un plan anticipado de decisiones y cuidados acorde a los valores e intereses clave del sujeto y que sean tenidos en cuenta en aquellos momentos en los que, por la naturaleza de su enfermedad, la capacidad de hecho pueda verse afectada.

METODOLOGÍA


Se establece contacto con pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave que hayan sido ingresados en la Unidad de Internamiento Breve, en el momento previo al alta, ofreciéndoles la posibilidad de elaborar este plan en una consulta específica de manera estructurada. Se evaluará la capacidad del paciente con instrumentos específicos, y desde un enfoque biopsicosocial se trabajará y se elaborará un documento que recoja las preferencias del sujeto en cuanto a su tratamiento, límites al mismo, naturaleza de los posibles ingresos, personas que apoyen la capacidad, consentimientos informados, etc. Ello quedará consignado en un documento en la HCE del usuario.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Presentamos ante el congreso la propuesta del plan, así como los indicadores que puedan evaluar la satisfacción de los usuarios de la idoneidad de la consulta y su repercusión en cuanto a parámetros de confianza en el sistema.



GESTIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS AUTOFORMACIONES DE LOS CENTROS DE SALUD DE UNA COMUNIDAD

 Ruiz Tuñón, Carmen • Lazaro Martín, Esther • Perez Seoane, Jose Manuel • Aguilar Torres, Juana • Fernandez Diaz, Maria Carmen • Acosta Benito, Miguel Angel

 Gerencia Asistencial Atención Primaria

Identificador: 352

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

OBJETIVO

Dar a conocer el procedimiento establecido por la Unidad de Formación Continuada (UFC) de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma para tramitar la solicitud de acreditación de las autoformaciones de los centros de salud (CS).

JUSTIFICACIÓN

La Comisión de Formación Continuada (CFC) de las Profesiones Sanitarias, a través de su Secretaría Técnica, es el organismo acreditador responsable de la acreditación de las actividades de formación continuada.

Para cursar cualquier solicitud de acreditación de una actividad formativa a la Secretaría Técnica (ST) de la CFC, se requiere la utilización de los modelos oficiales: Anexo I y Solicitud, y su presentación por vía telemática, con certificado digital, al menos, 60 días de antelación de su comienzo.

Para facilitar a los CS el proceso de acreditación de las actividades de autoformación, desde la UFC se ha establecido un procedimiento para proporcionar asesoramiento en la cumplimentación del Anexo I siguiendo los criterios de calidad establecidos, al tiempo que agilizar y asumir la relación electrónica con la Administración Pública.

METODOLOGÍA

1. El responsable de formación del CS, acorde a la propuesta formativa consensuada del equipo, cumplimenta los formularios oficiales de solicitud de acreditación de actividades formativas y los remite con suficiente antelación para revisión y feedback por parte de la UFC.
2. Tras su análisis, aquellas solicitudes que cumplen los estándares de calidad establecidos por la CFC, la UFC gestiona su envío telemático a la ST y da de alta la autoformación del CS solicitante en el aplicativo informático de AP diseñado a tal efecto, comunicando al centro la tramitación de dicha actividad.
3. El CS procede a impartir las sesiones de autoformación, facilitándose a través de la aplicación informática, la gestión de dichas actividades: inscripción, emisión de hojas de firmas, validación asistencia alumnos y docentes, registro horas impartidas.
4. Evaluada la solicitud de la acreditación de la autoformación por la ST de la CFC, notifica al organismo solicitante su resolución: desestimatorio o favorable con los créditos concedidos. La UFC registra el resultado en el aplicativo, habilitándose la descarga del certificado acreditativo, en caso satisfactorio.

RESULTADOS


Durante el año 2023, 129 CS han remitido una solicitud de acreditación de 270 programas de autoformación, de media de 11 horas de duración, de los cuales han finalizado un 91%, con un promedio de 1.2 créditos CFC concedidos, participando 2.872 profesionales sanitarios. Del total de solicitudes de acreditación tramitadas por la UFC, menos de un 5% han sido desestimadas.

CONCLUSIÓN

La implantación de un procedimiento para gestionar la acreditación de los programas de autoformación de CS y agilizar su tramitación es clave para dar un distintivo de calidad y contribuir en la mejora y mantenimiento de las competencias profesionales en AP.

JORNADAS DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN EN MATERIA DE SALUD A LA POBLACIÓN. HERRAMIENTA CLAVE PARA UNA ESCUELA DE SALUD

 Secades Muñiz, Carmen ⁽¹⁾ • León Álvarez, Judith ⁽²⁾ • Holguín García, Gala ⁽³⁾ • Valle Madrazo, Trinidad ⁽⁴⁾ • García Cernuda, Verónica ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud • ⁽²⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. • ⁽³⁾ Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. • ⁽⁴⁾ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla • ⁽⁵⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. Escuela Cántabra de Salud

Identificador: 353

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las jornadas organizadas por la Escuela de Salud son fundamentales para la difusión y divulgación de información en materia de salud tanto a profesionales sanitarios como a la ciudadanía. Evaluar el impacto y la eficacia de estas jornadas es esencial para mejorar su alcance y calidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es analizar la participación y satisfacción en las jornadas organizadas por una Escuela de Salud. Se evaluaron siete jornadas realizadas entre febrero de 2022 y mayo de 2023, considerando el número de inscritos, las visualizaciones en YouTube, y los resultados de los cuestionarios de satisfacción. Los datos se obtuvieron a través de la herramienta de soporte formativo del servicio de salud y el formulario de inscripción de la página web.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La asistencia a las jornadas fue mayoritaria de los profesionales del servicio de salud autonómico, aunque el número de ciudadanos asistentes incrementó significativamente, desde 14 en la primera jornada hasta 82 en la séptima. Las visualizaciones en YouTube también mostraron un incremento, con 73 visualizaciones en la primera jornada y 2,247 en la sexta. Los cuestionarios de satisfacción, mostraron resultados muy positivos, con calificaciones superiores a 8.5 en todos los apartados. La jornada “Realidad Trans: Salud y Bienestar” marcó un punto de inflexión, con una alta participación tanto presencial como en streaming, destacando la utilidad de la información proporcionada. Las jornadas “Enfermedad Celíaca: Más allá de un Diagnóstico” y “Mi Vida. Mi Decisión: Jornada sobre Cuidados Paliativos, Voluntades Anticipadas y Eutanasia” también obtuvieron buenas valoraciones, aunque con diferencias en el perfil de los asistentes. Las jornadas organizadas por la Escuela de Salud han sido efectivas en la difusión de información en materia de salud, alcanzando un creciente interés tanto entre los profesionales sanitarios como entre la ciudadanía. La implementación del sistema de streaming ha sido clave para ampliar el alcance. Los resultados de los cuestionarios de satisfacción sugieren que las jornadas han sido bien recibidas, aunque se identificaron áreas de mejora en la conexión del streaming y la accesibilidad de las encuestas de valoración principalmente.



IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN PERSONAL DE PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

 Secades Muñiz, Carmen ⁽¹⁾ • Gómez Oti, Marta ⁽²⁾ • Del Amo Santiago, Mónica ⁽³⁾ • Juárez Turégano, Ana Lin ⁽⁴⁾ • Díaz Castanedo, Almudena ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud • ⁽²⁾ Unidad de Formación. Gerencia Atención Primaria Servicio Cántabro de Salud • ⁽³⁾ Área de Calidad. Gerencia de Atención Primaria Servicio Cántabro de Salud • ⁽⁴⁾ Instituto de investigación IDIVAL • ⁽⁵⁾ Centro de Salud Puertochico. Gerencial de AP. Servicio Cántabro de Salud

Identificador: 356

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La prevención de la fragilidad y las caídas en la población es una prioridad en Atención Primaria debido a su impacto en la calidad de vida y los costos sanitarios. La implementación de un plan personal de prevención es crucial para abordar estas necesidades de manera efectiva y sistemática.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es desarrollar e implementar un plan personal de prevención de la fragilidad y caídas en Atención Primaria. Se constituyó un grupo de trabajo multiprofesional para diseñar el plan y se desarrolló un registro digital para la recolección y consulta de indicadores de seguimiento. La implementación se realizó a través de la formación de dos profesionales sanitarios (un/a fisioterapeuta y otro profesional de la salud) de cada zona básica en el procedimiento. Estos profesionales, a su vez, capacitaron al resto del equipo de Atención Primaria mediante la impartición de sesiones clínicas.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES


El plan personal incluye una fase de cribado poblacional de riesgo de fragilidad en mayores de 65 años y una fase de intervención grupal en personas frágiles basada en ejercicio multicomponente estructurado, con el fin de revertir esta condición. El registro facilita la consulta de indicadores clave de seguimiento, permitiendo una evaluación continua del plan.

Como conclusión, la implementación del plan personal de prevención de la fragilidad y caídas ha sido exitosa, mejorando la organización y la capacitación del equipo sanitario. El registro digital ha demostrado ser una herramienta eficaz para el seguimiento y evaluación del plan. La capacitación continua y el ajuste de las intervenciones basadas en los indicadores de seguimiento son esenciales para el éxito a largo plazo del programa, así como continuar con su desarrollo, integrando la dimensión social y la humanización en todo el proceso.



PUESTA EN MARCHA DE UN PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN Y REGISTRO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

 Secades Muñiz, Carmen ⁽¹⁾ • Del Amo Santiago, Mónica ⁽²⁾ • Gómez Oti, Marta ⁽³⁾ • Gutiérrez Muñoz, Beatriz ⁽⁴⁾ • Almenara Miramon, María Cinta ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud • ⁽²⁾ Área de Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽³⁾ Unidad de Formación. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽⁴⁾ Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.

Identificador: 357

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La planificación y registro de las actividades/intervenciones comunitarias en Atención Primaria (AP) es esencial para mejorar la salud de la población y optimizar la gestión de recursos. La ausencia de un procedimiento estructurado dificulta la evaluación, puesta en valor y mejora continua de dichas actividades.


OBJETIVOS Y METODOLOGÍA


El objetivo principal es implementar un procedimiento estándar para la planificación y registro de actividades comunitarias en AP. La metodología empleada incluye la identificación y categorización de actividades comunitarias, el desarrollo de un procedimiento de registro y certificación y la capacitación los profesionales de AP en su uso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las intervenciones comunitarias se clasificaron en 3 niveles de intervención (1, individual, 2, grupal y 3, acción comunitaria). En marzo de 2023 se publica el procedimiento y se lleva a cabo el plan de implementación. Hasta mayo de 2024 se han registrado 182 intervenciones. Las áreas de acción más registradas han sido: tabaco y vapeo, primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar y/o accidentes, consulta joven y divulgación afectivo-sexual, alimentación, ejercicio, e higiene de manos. La implementación del procedimiento ha permitido una mejor organización y seguimiento de las actividades, facilitando la identificación de áreas de mejora y la planificación de futuras intervenciones, así como dar visibilidad al trabajo realizado y detectar buenas prácticas a seguir. La intención es continuar aplicando un proceso de mejora continua, ajustando las intervenciones según los resultados obtenidos y las necesidades de la comunidad.

ERRORES DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE: DEL ANÁLISIS A LA ACCIÓN

 Martínez Patiño, M^a Dolores ⁽¹⁾ • Garzón González, Gerardo ⁽¹⁾ • Martínez Sanz, Henar ⁽²⁾ • Pérez Redondo, Ascensión ⁽³⁾ • Nieto García, Olga ⁽⁴⁾ • Domínguez Pérez, Nuria ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Área de Procesos y Calidad, Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Servicio de Farmacia, DA Sureste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽³⁾ Servicio de Farmacia, DA Norte. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽⁴⁾ CS Argüelles, DA Sureste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 358

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

Los errores de medicación (EM) del paciente (EMpac) son el incidente de seguridad (IS) más notificado en A. Primaria (AP): en análisis de notificaccciones de 2017-2021 son el 17% de los casos totales (Fuente: sistema de notificación de IS y EM de la CCAA).

Además, según un estudio de 2021 con revisión de 2.000 historias clínicas de AP, es el 2º tipo más frecuente de IS con daño: un paciente con daño por este tipo de error cada dos semanas por profesional.

Si nos centramos solo en los EM, de los notificados de 2015-2021 (13.073 EM), un 25% (3.285 casos) ocurren en la administración por el paciente (AdPac); 66% son en mayores de 65 años, el 55% son EM de dosis (omisión, dosis o frecuencia incorrecta). Las causas más frecuentes fueron falta de conocimiento (39%), problemas de interpretación de prescripción (23%) y confusión por la presentación (11%).

En cuanto a su impacto, los EM en la AdPac que causan daño (12%) suponen el doble que en el total (6% de EM con daño en el total de notificados). Los daños: un 87% son “daño temporal que requiere intervención” y un 10% “precisaron/prolongaron hospitalización”.

OBJETIVOS

Desarrollar AM para reducir los EM del paciente y su daño asociado

METODOLOGÍA

Se realiza análisis DAFO. Se seleccionan situaciones consideradas fortalezas y debilidades para la aparición de EMpac, y se transforman en posibles AM: las fortalezas para potenciar su despliegue y las debilidades para abordarlas con AM factibles. Se proponen 51 AM, que se priorizan por impacto (capacidad para reducir daño y ocurrencia) y factibilidad de implantación.

RESULTADOS

El abordaje de las AM priorizadas se ha iniciado en 2022. Se trata de AM relacionadas con:

Hoja de medicación única y siempre actualizada, con avisos/información en los medicamentos de alto riesgo (MAR)

Pacientes con MAR crónicos: revisión periódica del fármaco de AP, feed-back al médico y cita del paciente en su agenda para revisión

Impulso al taller “Conoce los medicamentos”

Impulso al cumplimiento del programa del paciente polimedcado y su registro

La principal AM ha sido la elaboración y difusión de una acción específica para realizar en domicilio del paciente: visita anual de enfermería para revisar uso de medicación en casa, cumplimiento según última hoja de medicación, situación del botiquín casero y conservación.


La visita se prioriza para pacientes de mayor riesgo en el uso de medicación, presencia de MAR (anticoagulantes orales, insulinas, benzodiazepinas, opioides), pluripatología crónica, ingreso reciente y polimedcación.


También se aconseja aprovechar cualquier visita a domicilio para revisar el uso de la medicación de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los EMpac pueden causar daño y comprometer gravemente la seguridad del paciente. A la vista de su magnitud, la gerencia de AP ha emprendido AM para minimizarlos, promoviendo una supervisión más estrecha y proactiva sobre los pacientes más vulnerables y así evitar posibles daños, especialmente basada en la visita domiciliaria de enfermería.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PATOLOGÍAS Y PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN A. PRIMARIA: ESENCIAL SEGUIR MEJORANDO

 *Martínez Patiño, M^o Dolores* ⁽¹⁾ • *Bayón Cabeza, Marianela* ⁽¹⁾ • *Magán Tapia, Purificación* ⁽¹⁾ • *Calle Martínez, Araceli Cristina* ⁽²⁾ • *Sánchez Vázquez, Inmaculada* ⁽³⁾ • *García Iglesias, Elena* ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ *Área de Procesos y Calidad, Gerencia Asistencial de Atención Primaria* • ⁽²⁾ *Hospital Universitario de Móstoles. Servicio Madrileño de Salud* • ⁽³⁾ *CS La Rivota, DA Oeste. Gerencia Asistencial de A. Primaria* • ⁽⁴⁾ *CS Buitrago del Lozoya, DA Norte. Gerencia Asistencial de A. Primaria*

Identificador: 359

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

La detección precoz de problemas de salud prevalentes en adultos, base de la actividad en Atención Primaria (AP), está articulada en su Cartera de Servicios en un servicio (S^o) estandarizado. Incluye indicador de cobertura que exige el cumplimiento de valoraciones de varios factores de riesgo cardiovascular (RCV) y criterios de buena atención específicos (consumo tabaco, espirometría, consumo alcohol, HTA, obesidad, colesterol, glucemia, sedentarismo, clasificación RCV). Cada indicador tiene estándares de calidad (mínimo, aceptable y óptimo) cuyo cumplimiento se evalúa cada año en los centros de salud (CS) de la CCAA.

La población diana del S^o son usuarios mayores 18 años (5.692.843 en 2023). Su prestación es vital para promocionar estilos de vida saludable, potenciar el diagnóstico precoz y si procede, incluir a los pacientes en los S^o de atención a patologías crónicas más prevalentes (EPOC, HTA, DM).

La gerencia para impulsar su mejora prioriza en su contrato programa (CP) anual el pacto del S^o, con objetivo individualizado según la situación de cada CS y su resultado del año previo.

Su evaluación en los últimos años tiene resultados alejados de estándares, por lo que en 2023 se inicia un proyecto de mejora.

OBJETIVO

Mejorar el resultado del S^o de detección del RCV y otros problemas de salud prevalentes en el adulto

METODOLOGÍA

Se diseña un proyecto de mejora con aplicación de herramientas del ciclo de mejora continua (PDCA). Como resultado del análisis de causas se diseña un plan con diferentes acciones de mejora (AM): formación, asesoría individual en nuevos profesionales, captación activa de población poco frecuentadora, sensibilización de población y celebración mensual del día del RCV, implicación de administrativos en captación de nuevos pacientes, circuito interno de derivación entre profesionales para actividades preventivas. El proyecto se pone a disposición de los CS en el banco de proyectos de calidad (Q_AP) para la adaptación a su situación individual y la implantación de las AM más adecuadas.

RESULTADOS

En la evaluación de 2023 mejoran de manera significativa la mayoría de los indicadores del S^o (datos globales de CCAA). Destacan los siguientes incrementos (se expresa % aumentado y nuevos usuarios incluidos):

- Cobertura: aumenta 2,5% (150.000 usuarios más)
- Valoración consumo tabaco: 6% (356.594)
- Espirometría en fumadores: 2,2% (4.199)
- Valoración alcohol: 6,2% (360.515)
- Valoración tensión arterial: 3% (193.959)
- Valoración sedentarismo: 6, 8% (395.190)


Este incremento tiene mayor valor si tenemos en cuenta el aumento de la población diana del S^o: la población diana ha aumentado en 48.857 usuarios en 2023.

Pese a estas mejoras, algunos indicadores siguen por debajo del estándar mínimo.

CONCLUSIONES

Se ha mejorado el resultado de este S^o fundamental en AP. Pese a la mejora obtenida, algunos indicadores siguen alejados de los estándares establecidos, y es necesario seguir con las AM. La gerencia en el CP 2024 nuevamente prioriza el pacto de este S^o.

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA

 MARTÍNEZ GURAO, JUANA MARIA • BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES • INIESTA ÁLCAZAR, JAVIER • SOLER GALLEGO, PEDRO • PEREDA MÁS, ARTURO • NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. ÁREA 1

Identificador: 360

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El Hospital X, además de buscar la excelencia en la atención médica y en los cuidados, también pone el máximo esfuerzo en humanizar el proceso asistencial del niño.

Para atender a las necesidades integrales de los niños y las familias, que garanticen el mayor nivel de bienestar de los pacientes pediátricos, mejorando la experiencia de pacientes y familiares y por extensión facilitando su recuperación.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Con el fin de conseguir los siguientes objetivos:

Humanizar los espacios físicos, cuidando su diseño.

Adecuar la comunicación a los niños y familiares, elemento básico de la atención.

Aliviar el dolor de los niños, como un derecho.

Garantizar la ocupación del tiempo de hospitalización, con propuestas creativas y adaptadas a las condiciones médicas y evolutivas de los niños.

Responder al cuidado psicológico de los niños y las familias que se enfrentan a situaciones especialmente graves en el hospital.

Conceder importancia al contexto familiar y cultural del niño y su familia.

Desde hace más de 25 años se ha venido trabajando en los distintos aspectos que tienen impacto en la humanización de la atención pediátrica: comunicación, formación, técnicas de intervención, información, decoración y ambientación, atención psicológica, tiempos de espera, entretenimiento, accesibilidad o voluntariado, entre otras; aplicándose en todas las áreas asistenciales y servicios de los que dispone nuestro hospital.

RESULTADOS

Construcción de un hospital infantil hecho “a la medida de los niños”, donde el niño tiene actividades con las que pueda ocupar su tiempo de hospitalización; p.ej: parque infantil, sala tiempo libre adolescentes, etc.

“Hospital sin dolor”: centrado en el alivio del dolor en todos los procesos asistenciales, mediante procedimientos de sedoanalgesia individualizada y dispositivos no farmacológicos; pupaclown, acompañamiento de padres, realidad virtual.

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)

Profesionales entrenados en comunicación, pictogramas, traductores, información y cartelería en varios idiomas.

Espacios para padres y familiares: salas de descanso, salas de información, comedores, etc.


Alianzas y convenios con numerosas asociaciones y fundaciones que colaboran de forma altruista en acompañamiento, decoración de espacios, dotación de recursos materiales y humanos adicionales.


CONCLUSIONES

La humanización de los hospitales infantiles y el bienestar psicológico de los niños y las familias es una responsabilidad compartida que afecta a todos los niveles profesionales implicados en la hospitalización pediátrica, asistenciales y de gestión, y a los investigadores que han de buscar las mejores evidencias que apoyen sistemas de cuidado eficientes y mejores.

Entre los principales aspectos que deben necesariamente ser considerados en una hospitalización pediátrica humanizada destaca: la atención al bienestar, a la comunicación, al dolor, a las emociones y al entorno, y a la familia del niño.

CREACIÓN DE UN MAPA DE VIAJE DEL PACIENTE CON DIABETES EN DOS CENTROS DE SALUD CON DIFERENTE ÍNDICE DE VULNERABILIDAD

 Pessac Lemes, Martín Sebastián ⁽¹⁾; Neila Santucci, Saraida ⁽²⁾; Polo Egido, Elvira ⁽³⁾; Sánchez Guzmán, David ⁽¹⁾; Nogales Manera, Ana Isabel ⁽⁴⁾; Magan Tapia, Purificación ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ C.S. San Andrés. Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽²⁾ C.S. Goya. Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽³⁾ Dirección Asistencial Centro. Gerencia Asistencial Atención Primaria; ⁽⁴⁾ C.S. San Andrés. Gerencia Asistencial de Atención Primaria; ⁽⁵⁾ Salud Madrid

Identificador: 361

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La diabetes (DM) es una enfermedad crónica que requiere atención sanitaria continua, autogestión y educación del paciente para prevenir complicaciones. Por otra parte, es bien conocido que los determinantes sociales influyen en los resultados de salud de las personas. Conocer el viaje del paciente es crucial para mejorar la calidad de la atención y los resultados del paciente, especialmente en entornos con diferentes niveles de vulnerabilidad.

OBJETIVO

Mejorar la atención a la persona con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mediante el desarrollo de un mapa del viaje del paciente en 2 centros de salud (CS) con diferentes índices de vulnerabilidad. Comparar estos viajes para identificar diferencias para personalizar la atención en cada zona.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio cualitativo utilizando entrevistas en profundidad y grupos focales con personas con DM2 y profesionales de 2 CS: uno que atiende a población de alta vulnerabilidad y otro que atiende a población de menor vulnerabilidad. La vulnerabilidad global se calcula en base a 5 esferas: bienestar social e igualdad, medio ambiente urbano y movilidad, educación y cultura, economía y empleo y salud. Los datos se analizaron mediante análisis temático para construir mapas de viaje para cada centro.

RESULTADOS

Los mapas del viaje del paciente revelaron diferencias en las experiencias y desafíos enfrentados por los pacientes en los 2 CS. En el entorno de menor vulnerabilidad los pacientes mostraron un mayor conocimiento sobre la enfermedad, su gravedad y las posibles complicaciones futuras. En el CS con mayor vulnerabilidad, los pacientes mostraron menor adherencia al tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio debido tanto a la falta de importancia otorgada a la enfermedad como a su situación económica y laboral. En el CS en el entorno de mayor vulnerabilidad, los pacientes prefieren realizar el seguimiento con los médicos de familia, mientras que los pacientes en un entorno de menor vulnerabilidad realizan el seguimiento tanto con médicos de familia como con enfermeras.


Los puntos similares en ambos mapas fueron la necesidad de mayor información en el momento del diagnóstico y educación continua, la importancia de los profesionales para motivar y apoyar al paciente y la gran confianza en los profesionales de los CS. En ambos entornos se destacó la falta de conocimiento de recursos externos al sistema sanitario (asociaciones de pacientes, escuelas de salud, etc.)

CONCLUSIONES

Estos mapas del viaje del paciente con DM2 en zonas con diferente vulnerabilidad nos permiten observar cómo varían las necesidades y percepciones de los pacientes durante su atención en los centros de salud. Los mapas del viaje del paciente con DM2 muestran la necesidad de estrategias específicas para mejorar la atención según la vivencia del paciente y su entorno. Es necesario personalizar la atención según la zona, teniendo en cuenta los aspectos diferenciadores observados en ambos mapas de viaje.



IMPULSANDO LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Díaz Holgado, Antonio*⁽¹⁾ • *Vicente Pérez, Sergio*⁽¹⁾ • *Barberá Martín, Aurora*⁽²⁾ • *Hernández Vargas, Ana*⁽³⁾ • *Viñolo Pajares, Isabel*⁽⁴⁾ • *Magan Tapia, Purificación*⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Dirección técnica sistemas información. Gerencia Asistencial Atención Primaria • ⁽²⁾ Área de procesos y calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽³⁾ C.L Pedrezuela. Gerencia Asistencial Atención Primaria • ⁽⁴⁾ C.S. Caramuel. Gerencia Asistencial Atención Primaria • ⁽⁵⁾ salud madrid

Identificador: 362

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

La pandemia COVID-19 impactó en el programa de detección precoz de cáncer colon y recto (PrevCR) de una comunidad autónoma (CA) provocando una disminución del cribado, retraso en la realización de pruebas diagnósticas y seguimiento de los pacientes. En 2021 se decide relanzar el programa, y realizar un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) para evaluar la seguridad del paciente durante su atención en Atención Primaria (AP) en este nuevo contexto.

ANÁLISIS

El proyecto, que comenzó en septiembre de 2021, se vio afectado por la disponibilidad limitada de profesionales debido a la pandemia. El proceso en AP se dividió en 14 etapas. Se identificaron 37 modos de fallo (MF) y se elaboró un mapa de riesgos. Los fallos se priorizaron según el índice de priorización del riesgo (IPR), obtenido mediante una matriz de riesgos. No se identificaron riesgos “muy graves”, priorizándose los riesgos “importantes” con IPR alto. De los 37 MF, 10 resultaron priorizados. El grupo (GDT) consensuó sobre las causas comunes, las posibles soluciones, teniendo en cuenta la factibilidad de las medidas.

El MF con la puntuación más alta fue ‘no comunicar el resultado del test de cribado’ (test de cribado positivo sin seguimiento-TcSS-). Sus causas principales incluyeron la falta de revisión de los resultados del test y la falta de un circuito de actuación ante la ausencia de un profesional. El principal efecto de esta situación es la no solicitud de colonoscopias ante resultados positivos y el posible retraso diagnóstico.

En diciembre del 2021 el porcentaje de TcSS era el 10,32%, lo que suponía el retraso diagnóstico estimado de 52 tumores, 2.232 lesiones de alto grado, 2.437 de riesgo moderado y 2.978 de bajo riesgo (cálculo realizado a partir de los datos del PrevCR de nuestra CA).

PROPUESTAS DE MEJORA, PLANES DE ACCIÓN

Por la gravedad del fallo, además, de las acciones propuestas por el GdT para la mejora del proceso en AP se han realizado otras acciones debido a la implicación de los gestores en la mejora de la SP: se incluyó este indicador en el contrato programa anual de cada centro de salud como un objetivo de SP hace 3 años; se enviaron los listados de TcSS a los médicos para su revisión; se potenció la revisión de resultados de órdenes clínicas; y se abordó este fallo en las reuniones anuales con los responsables de SP y en los consejos de gestión con los equipos directivos de los centros de salud.

En la actualidad el porcentaje de test de cribado sin seguimiento es del 4.86%.


CONCLUSIONES

Se ha logrado reducir el porcentaje de test de cribado sin seguimiento del PrevCR, lo que indica una mejora en la seguridad del paciente y una reducción potencial en el riesgo de retraso diagnóstico y tratamiento.

Es importante que los gestores consideren como objetivos estratégicos de la organización la mejora de los procesos desde la perspectiva de SP

“ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA AP_CUIDA2 EN CANARIAS”

 Pérez Mendoza, Maila ⁽¹⁾ • Pérez Díaz, Enrique ⁽¹⁾ • Asenjo González Valerio, Santiago ⁽²⁾ • Trujillo Alemán, Sara ⁽²⁾ • Rodríguez Mireles, Silvia ⁽²⁾ • Rodríguez Lugo, José Miguel ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud • ⁽²⁾ Dirección General de Programas Asistenciales • ⁽³⁾ Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Identificador: 363

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El programa AP_CUIDA2 busca reforzar la continuidad asistencial por Atención Primaria (AP) en pacientes que han sido hospitalizados. Cualquier paciente con tarjeta sanitaria individual (TSI) que es dado de alta desde un hospital público y con la valoración de enfermería previa, que realiza el informe de cuidados de enfermería (ICE), se cita mediante un proceso automatizado y normalizado en la agenda de su profesional de enfermería o matrona de referencia de su centro de salud (CS) en un plazo de 2 días hábiles mediante una cita telefónica.

El proyecto se ha pilotado en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Tamaraceite, área de salud de Gran Canaria (GC), y se ampliará a toda la Comunidad Autónoma.

OBJETIVOS

Evaluar la implementación del proyecto piloto de AP_CUIDA2.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo mediante indicadores de estructura y proceso para el periodo comprendido entre el 18 de enero y el 18 de mayo de 2024.

Se obtiene la población adscrita a la ZBS por grupo de edad y sexo de la TSI. Los datos relativos a recursos humanos son facilitados por la Gerencia de AP de GC. Se extraen las altas hospitalarias con ICE de pacientes adscritos a la ZBS a partir de la historia clínica electrónica (HCE) de Atención Hospitalaria (AH) (Selene). De la HCE de AP se obtienen los pacientes citados, las respuestas al protocolo, el Grupo de Morbilidad Ajustado (GMA) y la demora media de las agendas de enfermería y matronas.

RESULTADOS

La ZBS de Tamaraceite, a fecha 30 de abril de 2024, tiene adscritas 37.278 personas. La plantilla cuenta con personal enfermería (24 profesionales), matronas (2), médico (26), pediatría (2). La demora media de las agendas de enfermería fue de 1,5 días en enero y 1,3 en abril.

De los pacientes adscritos a la ZBS hubo 575 altas hospitalarias, teniendo el 50% entre 14 y 65 años y siendo el 54% mujeres. El 27% de los pacientes pertenecía al grupo 4 y 5 del GMA.

Del total de altas, tenían validado el ICE 523 (91%), de éstas se citó a 520 (99%) de las que a 423 (81%) se les abrió el protocolo y a 326 (62,7%) se consiguió contactar telefónicamente.

Respecto a las respuestas del protocolo, el 47% refirió tener una persona cuidadora. El 60% dijo encontrarse bien o muy bien y el 26% regular. Se detectaron las necesidades de continuidad asistencial en todos los pacientes llamados.

En cuanto al grado de satisfacción, el 79% consideró útil o muy útil la llamada tras el alta siendo los motivos “aclarar dudas” y “sentirse acompañado en el proceso” el motivo de ello en el 40%.


CONCLUSIONES

Este proceso automatizado y normalizado de citación permite captar prácticamente a la totalidad de los pacientes que son dados de alta de hospitalización con ICE favoreciendo la detección de las necesidades de continuidad de cuidados y otras demandas mediante un protocolo a la mayoría de los pacientes.

Los pacientes consideraron que la llamada por parte de su profesional de enfermería fue útil al permitir aclarar dudas y sentirse acompañados.

INNOVACION TECNOLOGICA, CLAVE DE LA MEJORA DE LOS PROGRAMAS DE CRIBADOS ONCOLÓGICOS POBLACIONALES EN NUESTRA COMUNIDAD

 QUINTANA MORGADO, ALMUDENA ⁽¹⁾ • RINCON DEL TORO, TERESA ⁽²⁾ • SAEZ VAQUERO, TERESA ⁽²⁾ • CARBALLO CARRILLO, MARIA ANGELES ⁽²⁾ • DE BLAS GOMEZ, IRENE ⁽³⁾ • BARTOLOME BENITO, ELENA ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCION GENERAL ASISTENCIAL SERMAS • ⁽²⁾ CRIBADOS ONCOLOGICOS OFICINA REGIONAL COORDINACION ONCOLOGICA SERMAS • ⁽³⁾ CRIBADOS ONCOLÓGICOS OFICINA REGIONAL DE COORDINACION ONCOLÓGICA. SERMAS • ⁽⁴⁾ OFICINA REGIONAL DE COORDINACION ONCOLOGICA

Identificador: 364

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Los programas de cribado poblacionales oncológicos persiguen disminuir la mortalidad por una enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas a partir de su detección precoz. En nuestra Comunidad Autónoma están implantados los programas de detección precoz de cáncer de mama, colorrectal e iniciando cervix. Finalizada la pandemia, los cribados estaban inactivos, y hubo que relanzarlos con los miedos de seguridad de la población. En la actualidad se alcanzan cifras record de pruebas realizadas desde 1999 en mama, el mes de mayo de 2024 en colon y recto ha dado una participación nunca alcanzada y está arrancando el programa de cáncer de cérvix. La tecnología ha sido uno de los pilares fundamentales de esta transformación tanto en datos como en calidad.

OBJETIVOS

Describir el papel de la tecnología en el rediseño de los programas de detección precoz de cáncer en una Comunidad Autónoma para dar una atención preventiva integral al ciudadano en enfermedades con gran impacto en salud.

METODOLOGÍA

Descripción de actuaciones:

Depuración de la población diana con cruce periódico con las bases de datos administrativas y de exclusiones clínicas, redefinición y automatización de la invitación y citación en función de la participación en el programa (nueva entrada, sucesos o recuerdos), orientación multidisciplinar con integración del CAP y direcciones asistenciales, rediseño de circuitos de cartas devueltas, creación de app de citaciones para mama, y de trazabilidad de proceso en tarjeta sanitaria virtual en los tres programas, reconversión de la carta de invitación a SMS, modificación de circuitos y automatización y actualización de algoritmos de riesgos con la evidencia científica, por último, se están rediseñando los aplicativos de colon y recto y cervix gracias a fondos MRR, y se está trabajando en la elaboración de cuadros de mando, todo ello divulgado en material gráfico difundido a la población con fondos MRR.

RESULTADOS

La participación en el programa de mama ha pasado de 79.287 mujeres en 2019 a 204.330 y un 1,5% de sospechas de malignidad en 2023 con el 100% de mujeres contactadas (población diana 950.000 mujeres por ronda de dos años). En Cáncer de colon y recto, con una población de dos millones de ciudadanos por ronda, se ha pasado de invitar 5.000 ciudadanos al mes a finales de 2020 a 20.000 semanal. Se completó la implantación en 2021 y en la actualidad la participación que inició con 30% en 2021 está en el 64% con 3,73% de cáncer detectado y 13,75% de alto riesgo en 2023 y 100% de ciudadanos invitados.

El pilotaje de cérvix lleva un total de 64.000 invitaciones en un área sanitaria con una participación de 30%, comparable a otras CCAA y se prevé la generalización a finales de 2024 gracias a un aplicativo que en un módulo gestionará todas las actuaciones sin generar carencias de información en ningún nivel asistencial

CONCLUSIONES

Los cribados oncológicos salvan vidas y la tecnología desempeña un factor clave para acceder a todos los ciudadanos con garantías de calidad

REFORZANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA DEL PACIENTE EN LA VACUNA DE HEMINÓPTEROS: REPICADURA INTRAHOSPITARARIA (RIH)

 Jiménez Jiménez, Carmen • Dalmau Duch, Gaspar • Gázquez García, Ana Vanesa • Skrabski Skalba, Filip • Valor Llacer, Berta

 Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Identificador: 365

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La picadura de himenópteros puede inducir reacciones alérgicas anafilácticas que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Según la SEAIC (Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica) en España alrededor de 800.000 personas son alérgicas al veneno de himenópteros. La tasa de mortalidad estimada es de 0,4 por millón de habitantes, lo que significa que entre 15 y 20 personas podrían morir cada año por esta causa. La inmunoterapia (ITE) con venenos de himenópteros, mejora la calidad de vida y es el único tratamiento capaz de prevenir la aparición de reacciones sistémicas tras nuevas picaduras, siendo eficaz en más del 80% que la reciben. La prueba de repicadura intrahospitalaria (RIH) con himenópteros consiste en someter a una picadura de abeja o avispa a un paciente alérgico a su veneno, y que está realizando ITE. Esta técnica permite evaluar la efectividad de la ITE, comprobando la protección que le confiere al paciente, así como la mejora de la calidad de vida del paciente en sus actividades de vida diaria laboral y de ocio.

OBJETIVOS

Demostrar la mejora de la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes tratados con inmunoterapia per veneno de himenópteros, desde el año 2013 hasta enero del año 2024, basándonos en el cuestionario de calidad de vida HiCaVi.

METODOLOGIA

Revisión de las historias clínicas de pacientes con alergia al veneno de himenópteros seguidos en nuestro hospital entre los años 2013 y 2024 que habían recibido tratamiento con ITE y para comprobar el impacto en la calidad de vida, antes y después de la RIH se les había pedido que llenaran el cuestionario HiCaVi.


RESULTADOS

Hemos obtenido una muestra de 69 pacientes que se habían sometido a la RIH y habían rellenado el cuestionario de calidad de vida HiCaVi antes y después de la misma. El grupo mayoritario de edad es el situado en el rango de 41-60 años (54.5%), pero había pacientes de edades diversas (de los 10 a los 78 años). Se han realizado un total de 88 repicadas intrahospitalarias durante el periodo, hasta 5 repicadas a un mismo paciente, 7 pacientes llegaron a 3 y 23 pacientes recibieron dos repicadas en el periodo revisado. La media de la puntuación global del cuestionario HiCaVi fue de 4,63 puntos antes de la RIH y de 5,44 puntos después. En 22 de los 88 casos la puntuación posterior a la RIH fue superior a la previa, lo que significa que hay un aumento medible en la seguridad y confianza del paciente frente a nuevas picaduras.

CONCLUSION

La percepción que el paciente pueda tener de su eficacia es incierta, idealmente, después del tratamiento sería necesario que volviera a recibir una picadura de un himenóptero para constatar que ésta ya no le provoca una reacción alérgica. La RIH no sólo es útil como método para monitorizar la eficacia de la ITE, sino que con nuestro estudio hemos visto que también tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con alergia al veneno de himenóptero.

PERFIL DE REACCIONES ADVERSAS EN DOS HOSPITALES DEL SNS A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

 Oterino Moreira, Iván ⁽¹⁾ • Vinagre Romero, Jose Antonio ⁽²⁾ • Lorenzo Martinez, Susana ⁽³⁾ • Sánchez Suárez, Susana ⁽²⁾ • Pérez Encinas, Montserrat ⁽²⁾ • Aguilar Casado, Carolina ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario El Escorial • ⁽²⁾ Hospital Universitario El Escorial • ⁽³⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Identificador: 366

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las Reacciones Adversas a medicamentos (RAM) fueron la primera causa de eventos adversos (EA) en el estudio nacional ENEAS 2005, representado el 37,4% del total de EA, siendo el 34,8% evitables.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue conocer y comparar el perfil de fármacos más comúnmente implicados en RAM en dos hospitales del SNS. Estudio retrospectivo descriptivo que incluye pacientes mayores de 17 años dados de alta entre 2017-2023 en el hospital 1 (Clúster II) y hospital 2 (Clúster I) utilizando el CMDB. Se excluyeron los ingresos por embarazo/parto /puerperio. Los pacientes con RAM se identifican a través del capítulo T36-T50 de la Clasificación Internacional de Enfermedades v.10, entendido por RAM cualquier efecto no deseado de un fármaco adecuadamente administrado en dosis terapéuticas o profilácticas. Se excluyen accidentes de administración y el envenenamiento.

RESULTADOS

Se analizaron 126.075 hospitalizaciones (106.264 en el hospital 1 y 19.811 en el hospital 2). La mediana de edad al ingreso en el hospital 1 fue 72 años (RIQ 57-81) y del hospital 2 fue 75 años (RIQ 58-87), $p=0,000$. En el hospital 1 fueron hombres el 54,7% (IC95% 54,4-55,0) y en el hospital 2 el 45,5% (IC95% 44,8-46,1), $p=0,000$.

La mediana del índice de comorbilidad de vanWalraven fue 4 (RIQ 0-11) en el hospital 1 y 3 (RIQ 0-10) en el hospital 2, $p=0,0004$. Los pacientes permanecieron ingresados una mediana de 4 días (RIQ 2-8) en el hospital 1 y 5 días (RIQ 2-8) en el hospital 2, $p=0,0417$. La tasa de éxitus hospitalario fue 4,26% (IC95% 4,1-4,4) en el hospital 1 y 8,10% (IC95% 7,7-8,5) en el hospital 2, $p=0,000$.

La prevalencia de RAM en el hospital 1 fue 7,3% (IC95% 7,1-7,5) y 6,0% (IC95% 5,6-6,3) en el hospital 2, $p=0,000$.

Los principales grupos de fármacos causantes de RAM (hospital 1 vs hospital 2) fueron: antineoplásicos(16,10%vs1,72%), glucocorticoides(15,47% vs 31,77%), diuréticos(15,36%vs11,35%), antibióticos sistémicos(9,99%vs7,28%), fármacos que actúan sobre la homeostasia(9,32%vs25,43%), fármacos que afectan al sistema cardiovascular(7,21%vs4,54%), opioides(3,52%vs2,35%), analgésicos no opioides(3,40%vs1,72%), agentes diagnósticos(3,32%vs0,55%), hipnótico-sedantes(2,61%vs0,55%), antipsicóticos(2,35%vs1,88%), insulinas y otros hipoglucemiantes(1,99%vs2,43%), fármacos que afectan al sistema nervioso autónomo(1,55%vs1,10%), antidepresivos(0,86%vs0,39%), mineralocorticoides y antagonistas(0,82%vs0,55%), antivirales(0,70%vs0,31%) y fármacos que actúan sobre el sistema gastro-intestinal(0,67%vs0,70%).

Limitación: el Hospital 1 posee codificación propia estando externalizada en el hospital 2, lo que implica diferencias en la calidad del registro (infrarregistro)

CONCLUSIÓN

El perfil de fármacos implicados RAM es similar en ambos centros. Las diferencias en antineoplásicos se deben a la ausencia de oncología en el Hospital 2.

El conocimiento por los profesionales de los fármacos implicados en RAM permitirá poner el foco ayudando a prevenir las RAM evitables.

GENERANDO SINERGIAS. CONSENSO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA HOSPITALARIA PARA ADECUAR LAS DERIVACIONES

 Mur Marti, Maria Teresa ⁽¹⁾ • Delgado Rivilla, Salvadora ⁽²⁾ • Matarrodona Riera, marc ⁽²⁾ • Puerta Moreno, Núria ⁽²⁾ • Dugo Navarro, Francisco ⁽³⁾ • Gavagnach Bellsolà, Montserrat ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Fundació Assistencial Mútua Terrassa • ⁽²⁾ Fundació Assistencial Mútua Terrassa • ⁽³⁾ Consorci Sanitari Terrassa

Identificador: 368

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La relación fluida entre atención primaria (AP) y atención especializada hospitalaria (AEH) es clave para adecuar el flujo de pacientes. La derivación (D) se basaba en protocolos elaborados por AEH y que AP cumplía. Trabajar con consenso en los criterios ha demostrado mejorar la adecuación de las D, con éxito ligado al grado de consenso alcanzado. Incluimos derivación y consultoría virtual (CV), como herramienta bien implantada de consulta no presencial. El consenso debe orientarse a prácticas de valor, trabajo integrado, y mejora de la resolución de AP.

OBJETIVO

Elaborar criterios de derivación (CD) consensuados entre AP y AEH para adecuar las tasas de derivación, mejorar la relación entre niveles y dar herramientas de decisión a los profesionales de AP.

Metodología: Inicio en 2019. Grupo de profesionales referentes de todos nuestros centros de atención primaria (CAP) revisan los CD elaborados por cada especialidad en sus respectivos centros y hacen sus aportaciones. Se elabora el documento definitivo en reuniones conjuntas, se hace difusión al resto de profesionales de ambos niveles, y se planifican reuniones de seguimiento para evaluación y actualizaciones. Determinamos la tasa de derivación, porcentaje de CV respecto a D totales y respecto a actividad, y rechazo por especialidad receptora. La figura de coordinación es importante para el buen desarrollo.


RESULTADOS

Entre 2020 y 2023 se han elaborado CD de 15 especialidades. Se redujo la tasa de derivación, que en 2019 fue de 9.51 en el total de centros, y 5.68, 6.62, 6.77, 6.39 en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, respectivamente. La actividad de todos los centros se movió entre las 570.000 visitas de 2019, descendiendo a las 494.000 de 2020 y aumentando progresivamente hasta las 687.000 de 2023. El comportamiento de las CV respecto al total de D es bastante acorde con el efecto que tuvo la pandemia COVID19 en la atención a las personas. En 2019 el % de CV sobre el total de D era del 8'12%, en 2020 aumento más de un 200%, siendo del 29'16% del total de D. En los años posteriores este % ha ido en descenso, poco acusado el 2021 (un 2%), pero más importante en 2022 (descenso del 11%) y sobre todo en 2023 (descenso del 52%), favoreciendo la recuperación de la visita presencial, quedando la CV en un 12'62% del total de D. La tasa de CV respecto a la actividad se movió entre 0.6 y 1.25 en 2019, según el centro, aumentó de 2020 a 2022, hasta el 3%, y de nuevo entre 0.75 y 1.11 en 2023. La tasa de rechazo de derivación por especialidad receptora está por debajo del máximo fijado (15 %).

CONCLUSIONES

La realización de criterios de derivación consensuados mejora la adecuación de la derivación entre AP y AEH, sobre todo evaluado por el descenso de la tasa de derivación. El consenso favorece el conocimiento entre niveles asistenciales y es fundamental para mejorar la continuidad de la atención, reducir tiempos de espera, disminuir costes y mejorar la experiencia de los pacientes.

DEPRESCRIPCIÓN DE LA ASPIRINA EN PREVENCIÓN PRIMARIA CARDIOVASCULAR: ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

 *Bruning González, Pilar Gabriela* ⁽¹⁾ • *Hernández, Ana* ⁽²⁾ • *Cuixart, Lluís* ⁽³⁾ • *Sánchez, Daniel* ⁽⁴⁾ • *Moral, Irene* ⁽⁴⁾ • *Brotos, Carlos* ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* • ⁽²⁾ *CAPi Baix-a-Mar* • ⁽³⁾ *EAP Dreta Eixample* • ⁽⁴⁾ *EAP Sardenya*

Identificador: 369

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo más prevalentes a medida que aumenta la edad. El ácido acetilsalicílico (AAS) dispone de amplia evidencia para su uso en la prevención secundaria de ECV, sin embargo, las guías de práctica clínica no recomiendan la prescripción del AAS para la prevención primaria de ECV, por considerarse una práctica de poco valor que ofrece un beneficio modesto en comparación con el riesgo hemorrágico grave.

El objetivo de este estudio fue iniciar la desprescripción de AAS en pacientes sin antecedentes de ECV, individualizando cada caso y utilizando un abordaje de toma de decisiones compartidas.

La justificación es que en nuestro medio no se disponen de datos que muestren la prevalencia de esta práctica, por lo que se pretende obtener este dato a partir de los centros en que se implementa el estudio. Centrándose en este problema, el estudio pretende obtener este dato y averiguar si una intervención breve para la desprescripción de aspirina en prevención primaria CV mejora la adecuación de la prescripción de la misma.

METODOLOGÍA

Estudio de intervención antes y después sin grupo control. Se identificaron aquellos pacientes que tomaban AAS, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida y visitados en tres centros urbanos de atención primaria en Barcelona. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Medicamentos de la IDIAP Jordi Gol (23/041-P).

Durante los meses de Septiembre y Octubre de 2023 se impartieron sesiones clínicas a todos los médicos de familia de los centros informando sobre los beneficios y riesgos de tomar AAS en prevención primaria. Se diseñó un folleto con información gráfica como herramienta de soporte en la consulta. Seis meses después de estas intervenciones, se evaluó la efectividad de la intervención en la desprescripción de AAS.

RESULTADOS

Se identificaron 844 pacientes tratados con AAS en prevención primaria de ECV. 56% eran mujeres y la edad media fue de 74,2 (DE 13,2) años. Se realizó la desprescripción de la AAS en 145 (17,2%) de los pacientes. La desprescripción de AAS no estaba indicada a criterio médico, bien porque en realidad se trataba de prevención secundaria (no correctamente registrada) o de pacientes de muy alto riesgo cardiovascular sin antecedente de ECV, en 597 (70,7%) sujetos. No se pudo localizar a 55 (6,5%) pacientes, 26 (3,1%) pacientes rechazaron la desprescripción, 13 (1,5%) pacientes habían sido exitos y 8 (0,9%) pacientes ya no estaban en tratamiento con AAS en el momento de la visita.

CONCLUSIONES

Una intervención sobre los profesionales de la salud es efectiva para la desprescripción de AAS en prevención primaria de la ECV. Sólo un pequeño porcentaje rechazó la desprescripción.



PARTICIPACION EN EL PROGRAMA “CIENTIFICOS EN PRÁCTICAS” CON EL CSIC Y CENTROS DE ENSEÑANZA

 **ORTIZ OTERO, M^ª MERCEDES**

 **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA**

Identificador: 370

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACION

El Programa de Cientific@s en prácticas, trata de proporcionar a estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) la oportunidad de poder hacer prácticas en grupo en centros y laboratorios de investigación, de forma que puedan participar y conocer todos sus componentes, de este modo a través de la ciencia, pueden contactar en este ámbito, que de cualquier otra manera sería de difícil acceso para ellos.

OBJETIVO

1. Promover el talento entre los estudiantes de zonas desfavorecidas.
2. Despertar el interés de los jóvenes por la ciencia.
3. Potenciar vocaciones científicas entre los más jóvenes y oportunidades para hacer estudios científicos.

METODOLOGÍA

1. Contactar con el CSIC, que lidera este proyecto y ofrecernos como centro investigador en CCSS.
2. Dirigir este programa a estudiantes de 3º de ESO con interés y esfuerzo en su día a día.
3. Convenio de colaboración entre instituciones.
4. Selección de 2 alumnos, de IES público y autorización de los padres.
5. Cronograma de actividades, 1 semana en horario de mañana. Asignación de un tutor, en el centro de investigación.
6. Presentación de memoria de la actividad y concesión de becas con material educativo.

RESULTADOS

1. Participación de 2 alumnos de un IES próximo al Centro de Investigación sanitaria sito en el Hospital.
2. Participación en el proyecto sobre medida de estabilidad de los componentes celulares en muestras de sangre sometiendo a una misma muestra a determinaciones separadas en el tiempo y valorando como se modifican una serie de parámetros y variables de investigación en relación a las diferentes células sanguíneas. Se trata de un estudio inicial con pocas muestras que permite calcular el tamaño muestral de un estudio posterior más amplio.
3. Conocimiento y manejo a nivel usuario de sistema de medida automática de células (contadores). Comprender sus mecanismos de funcionamiento. Revisar el diseño de la muestra y mecanizar resultados del proceso. Reflexión sobre los resultados y los conceptos de variabilidad, tamaño muestras y diferencias entre valores estadística y clínicamente significativos.

CONCLUSIONES

Este proyecto, aúna varios beneficios a todas las partes participantes en el mismo. Alumnos, la oportunidad de iniciarse en el mundo de la investigación científica, despertar vocaciones en los más jóvenes. Los investigadores y grupos de investigación de los centros, permite establecer contacto con los centros educativos, y promocionar su actividad investigadora como una excelente opción para el futuro de los jóvenes, y divulgación científica entre la sociedad. Los centros docentes, permite ofrecer a sus alumnos actividades complementarias que enriquecen con otras perspectivas, educativas, laborales y personales. Mostrar a la ciencia como una opción más para sus futuros estudios y actividad profesional.



ALINEACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ODS EN LA ESTRATEGIA DE UN HOSPITAL DEL GRUPO 2

 **ORTIZ OTERO, M^ª MERCEDES**

 **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA**

Identificador: 371

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Agenda 2023 de las Naciones Unidas (ONU), surge como un punto de encuentro y de cambio hacia un futuro mejor y sostenible. Actualmente estamos a mitad de plazo para cumplir los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y trataremos de explicar, cómo hemos vinculado estos ODS en la estrategia y sostenibilidad del hospital.

OBJETIVOS

1. Definir aquellos ODS en los que el centro tiene capacidad de actuación.
2. Alinear la estrategia del centro con los ODS priorizados.
3. Identificar acciones y planes que se implanten para actuar en la mejora de los ODS.

METODOLOGÍA

1. Creación de un Grupo de trabajo, multidisciplinar con alta participación de los mandos intermedios del hospital.
2. Identificar aquellas acciones que se están desarrollando acciones de mejora para dar cumplimiento a los ODS priorizados.
3. Participación de los Grupos de Interés mediante el uso de formularios on line.
4. Análisis de información relevante.
5. Análisis DAFO basado en la información relevante, utilizando matrices de reducción del número de ideas por afinidad.

RESULTADOS


1. Se han establecido los ODS sobre los que queremos trabajar en los próximos años.
2. Armonización de las líneas estratégicas del PE con los ODS priorizados.
3. Se han puesto en valor, todas aquellas acciones y actividades que se vienen realizando en el hospital, que están contribuyendo a la mejora y cumplimiento en una parte de los ODS.
4. Se han hecho nuevas propuestas de mejora para potenciar la sostenibilidad ambiental y la mejora de los ODS.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el tener presentes los ODS de la Agenda 2030, nos acerca y conciencia a todos los grupos de interés sobre la necesidad de dar cumplimiento a todos los ODS; cada uno en la medida que sea posible, creando una cultura en la organización y estableciendo objetivos y planes de mejora alineados con la estrategia del hospital y la Agenda 2030.

LIFE: IMPLICACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN. FOMENTANDO SU EMPODERAMIENTO.

 SEDANO MARTINEZ, ANA ⁽¹⁾ • BAYONA, XAVIER ⁽²⁾ • NADAL ALFORJA, ERNEST ⁽³⁾ • BRAO PEREZ, ISABEL ⁽³⁾ • Gaspar, Bernard ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ UNIÓ CONSORCI FORMACIO • ⁽²⁾ INSTITUT CATALA SALUT • ⁽³⁾ INSTITUT CATALA ONCOLOGIA • ⁽⁴⁾ AEACAP - Asociación española de afectados de cáncer de pulmón

Identificador: 372

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

INTRODUCCIÓN

El objetivo era fortalecer la investigación clínica centrada en el paciente con cáncer de pulmón mediante el empoderamiento a través de su participación activa en los proyectos de investigación. Se visibiliza la ausencia de participación de los pacientes en el desarrollo de los ensayos clínicos y se propone diseñar un marco que facilite la colaboración entre ellos y los profesionales de salud para garantizar que la investigación clínica sea ética, relevante y significativa para las partes involucradas.

MÉTODOS

Se utilizó un método de investigación cualitativa (talleres con técnica Metaplan) con pacientes y profesionales sanitarios del Instituto Catalán de Oncología. El objetivo era explorar los beneficios de la participación de los pacientes en la investigación, abordar sus preocupaciones y las de los profesionales sobre dicha participación, e identificar las habilidades y conocimientos necesarios para que los pacientes participen de manera efectiva.

El primer taller incluyó 8 pacientes (6 mujeres), y el segundo siete profesionales (6 facultativos especialistas y 2 enfermeras expertas) de la Unidad de Cáncer Torácico del ICO.

La fase exploratoria final se concretó en un taller en el que los pacientes, 1 familiar, y los profesionales, revisaron juntos los resultados de los talleres anteriores.

Se finalizó con un ejercicio de priorización para evaluar las propuestas en relación con las habilidades y conocimientos que los pacientes necesitan mejorar. Se centró en la importancia y viabilidad de cada habilidad/competencia, utilizando una matriz de prioridades simple, alineada con el objetivo del proyecto.

RESULTADOS

El estudio identificó con éxito áreas clave de cooperación entre pacientes y profesionales que contribuyen al fortalecimiento de la investigación. Estas áreas incluyen el diseño de la investigación, el consentimiento informado y la difusión de resultados. Las principales preocupaciones incluyen las expectativas de pacientes, las consideraciones éticas y las cuestiones prácticas. El estudio destacó las habilidades con foco en la alfabetización de investigación y la comunicación interpersonal efectiva. Las áreas esenciales en las que se considera necesaria la formación incluyen el conocimiento de la enfermedad, opciones de tratamiento, comprensión de todo el proceso de investigación, habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran el enorme potencial de la participación de los pacientes en la investigación del cáncer de pulmón y el beneficio mutuo de la cooperación entre pacientes y profesionales en los ensayos clínicos. Al incluir a los pacientes de principio a fin, el proyecto permite el desarrollo de estudios clínicos centrados en el paciente más éticos y relevantes. Los resultados dejan entrever la necesidad de un cambio hacia una metodología de investigación más participativa y orientada al paciente en los estudios de cáncer de pulmón y, probablemente, en su práctica asistencial.



DISEÑO DE UN CONJUNTO DE MEJORAS ASISTENCIALES EN PACIENTES DE CIRUGÍA ELECTIVA DE ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA

 Clarambo Semís, Marina • Jiménez Torrado, Marta • Iglesias Villanueva, David • Garcai Gonzalez, Máxim • Lordan Gomis, Joan • De Sande Carmona, Sonia

 Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Identificador: 373

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El hospital participó en un estudio de benchmarking de Patient-Reported Outcome Measures (PROM) en artroplastias de ICHOM. Los PROM mostraron resultados inferiores a los esperados y motivó la realización de un plan de intervención asistencial y seguimiento de la monitorización.

OBJETIVO

Diseñar una intervención de mejora consistente en la realización de un conjunto de actividades en pacientes sometidos a artroplastias primarias de rodilla y cadera.

METODOLOGÍA

Se realiza el proyecto en un centro hospitalario general de referencia comarcal de 295 camas, 2785 intervenciones y 365 artroplastias (rodilla y cadera) anuales en 2023.

1. Revisión bibliográfica: para identificar factores que influyen positivamente en los resultados de salud y calidad de vida PROM en artroplastias.
2. Entrevistas en profundidad: en pacientes y profesionales para identificar áreas de mejora.
3. Grupos focales: con pacientes y profesionales para definir el “patient journey” de la artroplastia, identificando puntos fuertes y débiles, listando y priorizando las posibles mejoras a realizar.
4. Aplicación informática para hacer rehabilitación digital domiciliaria y facilitar un seguimiento más intenso, continuado y personalizado.

RESULTADOS

La intervención de mejora incluye un total de 18 actividades de mejora agrupadas en 3 ámbitos:

1. Información al paciente sobre su proceso clínico:
2. Desarrollo de Material informativo para el paciente.
3. Crear un espacio de información digital.
4. Rediseño de la escuela de prótesis.
5. Control asistencial en la escuela y refuerzo de la información.
6. Medir PROM a 3 y 6 meses incorporándola a la visita de seguimiento.
7. Visita con asistente social.

Mejorar la rehabilitación:

1. Hacer pre-habilitación.
2. Avanzar la programación de la rehabilitación.
3. Definir protocolo de rehabilitación para la artroplastia de cadera.
4. Definir protocolo Rehabilitación ambulatoria vs. Domicilio.
5. Avanzar la rehabilitación post alta hospitalaria.
6. Rehabilitación en planta.
7. Hacer uso de rehabilitación digital.


Mejoras del proceso asistencial ambulatorio y hospitalario:


1. Promover el alta precoz.
2. Alta a domicilio.
3. Visita de seguimiento por parte de enfermería.
4. Garantizar visita de geriatría y hematología en paciente frágil.
5. Validación de la medicación visita telefónica de enfermería.

CONCLUSIONES

Identificadas las actividades que pueden mejorar los resultados en salud de los pacientes, se priorizarán, y aprobarán para su implementación, definiendo protocolos, circuitos, inversiones y cronograma de implementación. Con todo ello se espera un impacto positivo significativo en la experiencia y en los resultados de los pacientes sometidos a artroplastias de rodilla y cadera.

RELACIÓN ENTRE LOS PREM-PROM Y LOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA EN CIRUGÍA ELECTIVA DE ARTROPLASTIAS

 Clarambo Semís, Marina ⁽¹⁾ • Aloy Duch, Andreu ⁽²⁾ • Curz Olive, Enric ⁽¹⁾ • Sabater Raga, Rosa ⁽³⁾ • LaHuerta Valls, Laura ⁽³⁾ • Diaz Cortés, Santiago ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Fundació Privada Hospital Asil de Granollers • ⁽²⁾ Consorci Sanitari del MAresma • ⁽³⁾ Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Identificador: 374

Tipo de comunicació: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Los PREMS (Patient Reported Experience Measures) y PROMS (Patient-Reported Outcome Measures) son indicadores que reflejan la experiencia y resultados reportados directamente por los pacientes. Este estudio busca investigar si existen diferencias significativas entre estos indicadores percibidos por los pacientes y los indicadores clásicos de gestión clínica que miden la eficiencia y seguridad, basados en el CMBDAH y Benchmarking Sanitario 3.0.

OBJETIVOS

El objetivo principal es identificar si existe una correlación entre la calidad percibida por los pacientes, medida a través de PREMS y PROMS, y los resultados clínicos tradicionales de efectividad y seguridad en cirugías electivas de artroplastias.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en un servicio de traumatología de un hospital comarcal, con 295 camas y 2.429 intervenciones anuales, incluyendo 355 artroplastias de rodilla y cadera en 2022. Se analizaron 31 hospitales sobre episodios de artroplastia de rodilla y cadera del primer semestre de 2022. Se utilizaron los cuestionarios HCAHPS (PREMS) y los PROMS de artroplastias del ICHOM para evaluar los resultados reportados por los pacientes. Los datos obtenidos fueron asignados a un rango de 0 a 100 para facilitar la comparación entre los diferentes hospitales. Los indicadores de eficiencia y seguridad clínica se evaluaron utilizando el CMBDAH y el BS 3.0, comparando los resultados con 27 hospitales similares.


RESULTADOS

Indicadores de Eficiencia y Seguridad Clínica:Prótesis de Cadera: Estancia media de 4.58 días (esperado: 4.6), complicaciones del 2.8% (esperado: 3.1%), reingresos del 0.9% (esperado: 1.4%), sin mortalidad intrahospitalaria.Prótesis de Rodilla: Estancia media de 4.19 días (esperado: 3.88), complicaciones del 2.0% (esperado: 1.8%), sin reingresos ni mortalidad.Resultados PREM y PROM:Arthroplastia de Cadera:PREMS: 90.5 (Hospitales intermedios: 87.6) Alta satisfacción (8.06/10), fidelidad (3.94/4), buena percepción de atención (enfermeras 3.81/4, médicos 3.86/4).PROMS: 62.8 (Hospitales intermedios: 71.6). Indicando dificultad moderada en actividades diarias y dolor persistente moderado.Arthroplastia de Rodilla:PREMS: 87.6 (Hospitales intermedios: 88.5). Satisfacción (9.29/10), fidelidad (3.75/4), buena percepción de atención (enfermeras 3.79/4, médicos 3.82/4).PROMS: 64.3 (Hospitales intermedios: 69.2). Indicando dificultad moderada en actividades diarias y dolor persistente bajo.

CONCLUSIONES

Los resultados de los indicadores de eficiencia y seguridad clínica son buenos para ambas artroplastias en comparación con otros hospitales. Sin embargo, los resultados de PREMS y PROMS están por debajo de la media en benchmark de hospitales intermedios. Esto sugiere una posible desconexión entre la calidad asistencial medida tradicionalmente y la percepción del paciente, indicando la necesidad de mejorar la comunicación y la atención centrada en el paciente para alinear ambos tipos de resultados.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO EN LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA 2020-2023

 Clarambo Semís, Marina • Sabater Raga, Rosa • Forné Albó, Maria Rosa • Jiménez Torrada, Marta • Benítez Conejo, Montse • Pérez Pol, Francesca

 Fundació Privada Hospital Asil de Granollers

Identificador: 375

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN:

Desde 2019, la Dirección de Atención a la Ciudadanía sigue una metodología basada en la norma ISO para garantizar la calidad en la gestión y satisfacción de sus servicios.

OBJETIVO

Diseñar y aplicar un sistema de encuestas que permita identificar y evaluar la satisfacción real del cliente interno en los diferentes procesos de la dirección.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en un centro hospitalario con 295 camas con 2000 trabajadores en la Dirección de Atención a la Ciudadanía, compuesta por 150 profesionales, 7 jefes responsables y 14 procesos distintos. Se evalúa la evolución en los resultados de las encuestas de satisfacción del cliente interno en 4 años, debido a un cambio en el modelo de encuestas y el enfoque.

RESULTADOS

Encuesta de Satisfacción 2020: Resultado de una encuesta sobre satisfacción de los procesos y de la dirección y dirigido a profesionales al azar.

- Grado de satisfacción global: 5.75. Tasa de adherencia: 34,12%
- Área de Atención al Usuario: 5.72
- Proyecto Experiencia Paciente: 5.42
- GP Ambulatoria: 6.71
- GP Hospitalización: 6.88
- GP Quirúrgica: 6.75
- GP Urgencias: 6.45

Encuesta de Satisfacción 2021: Resultado de una encuesta sobre satisfacción de los procesos, añadiendo subprocesos a evaluar y dirigido a profesionales al azar.

- Grado de satisfacción global: 5.80 . Tasa de adherencia: 21,57%
- Delegado de Protección de Datos: 5.00
- Oficina de Atención al Usuario: 5.36
- Atención Sanitaria Privada del Hospital: 5.45
- Puntos de Información y Telefonía: 5.83
- Servicio de Documentación Clínica: 5.92

Encuesta de Satisfacción 2022: Resultado de una encuesta sobre satisfacción global de la dirección y dirigido a profesionales al azar. Añadimos nuevas encuestas en subprocesos específicos y dirigida a los profesionales que recibieron el servicio.

- Grado de satisfacción global: 6.67. Tasa de adherencia: 19%
- Proceso de Actividad a Pacientes: 9.2
- Proceso de Acompañamiento a los Profesionales sobre Protección de Datos: 8.62
- Proceso de Asistente Clínico Ámbito: 7.5
- Proceso de Asistente Clínico Especialidad: 8.5

Encuesta de Satisfacción 2023: encuestas en subprocesos específicos y dirigida a los profesionales que recibieron el servicio. EL grado de satisfacción global es el promedio de las encuestas.

- Grado de satisfacción global: 8.8 . Tasa de adherencia: 41%
- Proceso de Actividad a Pacientes DOMUN: 8,61
- Proceso de servicio de análisis de información del CMBD: 8.79
- Proceso referentes de gestión agendas: 9,0
- Proyecto de Experiencia Paciente, “un part per totes” : 8.12



CONCLUSIONES

La satisfacción del cliente interno es mayor cuando se evalúan procesos específicos en vez de servicios generales y se dirige al cliente que recibe el servicio directo. Este enfoque permite obtener una evaluación más precisa y detallada, maximizando el número de respuestas y dirigiendo la mejora continua hacia áreas concretas.

CUIDANDO AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA SANIDAD PRIVADA. ¿ES POSIBLE?

 Ortega Guerrero, Alvaro • Castelló del Pino, Maria Teresa • Hidalgo Fernández, Joaquín • Urda Valcárcel, Tomás • Fernández Gálvez, Rocío • Zaragoza Sánchez, Elena

 Hospital Quironsalud Málaga

Identificador: 376

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se propone acreditar las capacidades de las enfermeras, así como la formación que reciben y el cumplimiento de sus funciones de la actividad diaria en cada una de sus unidades. La acreditación supone un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos considerados necesarios para prestar una atención de calidad por parte de la enfermería que ha emprendido un camino de mejora continua. El Programa de Acreditación de la carrera profesional de nuestro Hospital, ha sido diseñado para reconocer los logros alcanzados por los profesionales en su práctica real y diaria, y como una herramienta para promover el desarrollo profesional y la mejora continua.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Objetivo principal:

Conocer la capacitación enfermera de los trabajadores de nuestro hospital.

Objetivos secundarios:

Valorar la distribución de niveles por unidades.

Conocer el nivel de satisfacción de los profesionales durante el proceso de certificación.

Establecer áreas de mejora en los servicios que tengan menos nivel de desarrollo profesional.

Se hizo un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo.

RESULTADOS

En el proceso de desarrollo profesional solicitaron la participación 107 (50%) enfermeros y enfermeras de los 214 (Head Count) en plantilla en nuestro Hospital, 75 inscritos (70,09%) de los 107 cumplían los requisitos de la convocatoria, de ellos 55 (51,40%) fueron los que comenzaron con la autoevaluación y, por consiguiente, son los que pasaron por todas las fases y obtuvieron un reconocimiento de nivel de desarrollo profesional.

Se analizaron los porcentajes con los que se habían acreditado los profesionales, obteniendo el 47,3% el nivel 0, el 38,2% un nivel 1, el 10,9% un nivel 2, el 1,8% un nivel 3 y el 1,8% un nivel 4.

Valoramos el índice de rotación, se toma un año como muestra iniciando en mayo la toma de datos coincidiendo con el inicio del proyecto de desarrollo profesional, se puede observar que los profesionales que decidieron romper su relación laboral con nuestro Hospital en los meses anteriores a la resolución de los niveles obtenidos de desarrollo profesional, 31 de julio de 2023, fue de 24 profesionales en tres meses, mayo, junio y julio, tras esto fueron 11 profesionales en 9 meses los que abandonaron sus puestos.

Al finalizar el proceso de desarrollo profesional de los empleados presentados se les invitó a responder una encuesta de satisfacción sobre las diferentes fases por las que pasaron. De todos los datos obtenidos, finalmente, el 86,1% se ha sentido cómodo con el proceso en general y el 13,9% se sintió incómodo.

CONCLUSIONES

Al estudiar el nivel de desarrollo profesional, podemos comprobar que en nuestro hospital hay un nivel alto de capacitación de competencias enfermeras.

Los profesionales han decidido permanecer trabajando en nuestro hospital después de el comienzo de esta medida.

En este proyecto los profesionales se han sentido cómodos, lo han percibido como algo positivo.

PROYECTO JOURNEY DEL PROFESIONAL: NUEVAS RUTINAS DE TRABAJO HOSPITALARIO PARA FACILITAR EL DESCANSO DE LOS PACIENTES

 Castelló del Pino, María Teresa • Ortega Guerrero, Alvaro • Fernández Gálvez, Rocío • Urda Valcárcel, Tomás • Zaragoza Sánchez, Elena

 Hospital Quironsalud Málaga

Identificador: 377

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente se suele ver afectada por múltiples factores, no sólo por la percepción de la resolución de su enfermedad, para ello hay múltiples bases de datos que recogen todos estos aspectos, analizarlos con minuciosidad y comprobar como el journey del profesional en su día a día impacta en cada uno de ellos es fundamental.

Creemos que no hay duda de que las mejoras realizadas para la optimización en el journey del profesional impactan en la experiencia de los pacientes y, por tanto, en la elección del hospital que va a elegir el paciente para ser tratado.

En los hospitales es necesario un nuevo diseño en el journey del profesional que incida directamente en la experiencia del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal. Conocer que estrategias van a hacer mejorar la eficiencia y la calidad de la atención a los pacientes y sus familias con respecto al ruido y al descanso.

Objetivos secundarios. Comprobar la relación entre la mejora en el journey del profesional con la satisfacción percibida por los pacientes. Medir el impacto de las intervenciones en la satisfacción del personal, en la experiencia de los pacientes y en la calidad de la atención

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo.

Se determinaron una serie de intervenciones a realizar en las unidades en las que se iban a monitorizar los cambios. El proyecto consta de 14 intervenciones que van desde pactar con el paciente y la familia las entradas a proporcionar tapones, infusiones y/o aromaterapia, cambio en el horario de actividades de enfermería...

RESULTADOS

Se monitorizó con la herramienta de medida NPS (Net Promotor Score) en las unidades donde se implantaron estas medidas, en el primer corte a los 15 días de implantación se observó un crecimiento en la satisfacción con respecto al ruido de 29,55 puntos de NPS en la unidad donde se comenzó con las medidas, obteniendo una tasa de crecimiento del 118,2%, en el segundo corte a los 30 días de la implantación de las medidas el crecimiento fue de 45,45 puntos, obteniendo una tasa de crecimiento del 83,31%

Con respecto al descanso el aumento fue de 30,83 puntos de NPS en la unidad donde se comenzó con las medidas, obteniendo una tasa de crecimiento del 71,90%, en el segundo corte a los 30 días de la implantación de las medidas el crecimiento fue de 26,32 puntos, obteniendo una tasa de crecimiento del 35,72%

Valoramos con el cuestionario proQOLv.IV como son de felices en el trabajo, siendo felices siempre el 25,5% y casi siempre el 52,7%

CONCLUSIONES


Al monitorizar como impactan las medidas destinadas al ruido, hemos podido comprobar que en la unidad donde se implantaron dichas medidas se impacta de una manera muy significativa en la satisfacción de los pacientes.

Así como las medidas destinadas al descanso también nos arrojan datos positivos en la satisfacción de los pacientes.

Pudimos comprobar que nuestros profesionales son más felices en su unidad de hospitalización.



ACCIONES DE MEJORA PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE TALENTO DE PROFESIONALES SANITARIOS POR EL SÍNDROME DE BURN OUT

 Cantos, Ana • González Del Portillo, Elisabet • Estébanez Aldonza, Sara • Lago Martínez, Silvia • Hurtado Leal, Lourdes • More-ra López, Rosa María

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 378

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El término inglés burnout hace referencia a una disfunción psicológica, consecuencia de elevados niveles de tensión laboral, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. El síndrome de burnout es cada vez más frecuente entre el personal sanitario convirtiéndose en riesgo de pérdida de talento si esta situación hace abandonar el puesto de trabajo a los profesionales y disminución de la calidad asistencial.

En enero de 2023 pusimos en marcha actuaciones para conocer el estado de bienestar de todos los profesionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

El objetivo fue analizar el cansancio emocional, las conductas de despersonalización y conocer el grado de realización de todos los profesionales, garantizando la confidencialidad.

Para ello los 60 trabajadores del Servicio completamos una encuesta facilitada por del Departamento de recursos humanos de nuestro hospital. Posteriormente realizamos 2 cursos formativos en desarrollo personal, donde se nos ha dado la oportunidad de exteriorizar los aspectos no deseados de nuestro día a día, las situaciones complejas que pueden llegar a superarnos y a la vez nos han aportado herramientas de comunicación y de gestión de conflictos. Se nos ha estimulado a realizar hábitos o programas saludables que mejorarán nuestro bienestar laboral, y nos han ayudado a conocer nuestra capacidad de adaptación a la carga asistencial y al sistema.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras analizar las respuestas e inquietudes expuestas en la encuesta y cursos de formación de forma cuanti y cualitativa, los resultados obtenidos son:

- Las relaciones interpersonales no son adecuadas
- La relación con los superiores era irregular
- Un alto porcentaje no se sentía valorado a nivel profesional
- En menor cuantía, se ha detectado sentimiento de trato con inferioridad
- En torno al 80% de los profesionales se sentían cansados emocionalmente
- Más del 50% referían falta de realización personal

Detectamos factores estresores: comunicación insuficiente, falta de organización (personal de enfermería), desconocimiento de método de trabajo, la gravedad de los pacientes a tratar, la relación con familiares...

Con el fin de mejorar todos estos ítems, el Equipo de Calidad ha actualizado y dado a conocer:

- perfiles de puesto de trabajo
- instrucciones técnicas
- procedimientos
- sesiones formativas e informativas periódicas a todos los profesionales
- reorganización de labores y turnos de trabajo

Se ha puesto en marcha un plan de acción con la finalidad de mejorar la comunicación y diseñar un cuestionario que valore el estado personal, el equipo de trabajo, los superiores directos y la organización, además, si sienten que su servicio es un buen lugar para trabajar y recibir atención.

IMPACTO EN LA SEGURIDAD TERAPÉUTICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES CORRECTIVAS

 Cantos, Ana • González Del Portillo, Elisabet • Estébanez Aldonza, Sara • Galán Martín, Penelope • Hurtado Leal, Lourdes • Morera López, Rosa María

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 379

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento radioterápico (RT) es un procedimiento complejo en el que intervienen numerosos profesionales de diferentes categorías y Servicios. La notificación, análisis y gestión de las incidencias es una herramienta excelente para mejorar la seguridad terapéutica.

OBJETIVOS METODOLOGIA

El objetivo es dar a conocer el impacto observado en la seguridad del paciente con la puesta en marcha de acciones de mejora generadas tras el análisis de incidencias.

Desde 2018 tenemos habilitado en nuestra Red departamental Mosaiq el registro de incidencias accesible a todos los profesionales. En este apartado se reporta cualquier situación irregular observada durante el proceso radioterápico, de forma sencilla y si se desea de forma anónima. La categoría de incidencias es: equipamiento, radiofísica, personal y miscelánea. Posteriormente son analizadas por el Equipo de Calidad formado por médicos, técnicos especialistas en RT y enfermeras. Las respuestas a las mismas son resoluciones directas y acciones correctivas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde 2018 a abril de 2024 se han reportado aproximadamente 1000 incidencias. Tras el análisis detallado de las mismas se ha puesto en marcha 20 acciones correctivas y más de 200 resoluciones directas. Con las resoluciones directas se ha optimizado el tiempo de resolución de pequeños incidentes que anteriormente ocasionaban pérdida de tiempo eficiente de las unidades de tratamiento. De las 20 acciones correctivas generadas, 5 siguen en marcha y de las 15 anteriores destacamos las mejoras conseguidas al impactar en la seguridad terapéutica y experiencia de nuestros pacientes:

Establecido el mecanismo de transmisión de la información a pacientes en caso de avería de la unidad de tratamiento

Protocolarizado la información a dar vía telefónica a los pacientes y donde reportar la llamada recibida

Protocolarizado la identificación de los sistemas de inmovilización, su almacenaje y su retirada

Optimización del tiempo útil de las unidades de tratamiento

Mejora en la comunicación con Radiofísica para solventar incidencias del día a día

Correcta priorización del tratamiento RT (urgente, preferente, sin prioridad)

Correcta digitalización del consentimiento informado

Protocolarizado el control de temperatura de frigorífico de medicación

Optimizado el control de caducidad de fármacos, su identificación, entrada y salida del Servicio

Optimizado la revisión del carro de paradas

En conclusión, nuestro registro de incidencias es una metodología bien valorada por nuestros profesionales y nos ayuda a reforzar la cultura de seguridad terapéutica. En las entrevistas realizadas a los pacientes observamos una mejora en la experiencia del paciente al haber mejorado la información. Los indicadores de calidad y la continua gestión de incidencias nos objetiva mejora en la calidad asistencial optimizando la seguridad terapéutica.

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL VIH/SIDA EN SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Sánchez Lecona, Joaquín Alejandro • Salas Butrón, María del Carmen • Muñoz Martínez, Lorena • Velasco Lucio, Elisa Janeth • Andino Agurcia, Juana María • Perea Rafael, Raul

 Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

Identificador: 382

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La formación y sensibilización del personal sanitario en relación con el curso de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental para garantizar una atención de calidad y reducir el estigma asociado a estas enfermedades. Este estudio describe los conocimientos, la percepción y las actitudes del personal sanitario en un hospital de tercer nivel, en relación con posibles generadores de barreras de acceso para los pacientes con infección por VIH. Adicionalmente, el estudio pretende identificar áreas que requieran mejoras formativas y de sensibilización en la atención sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Evaluar los conocimientos, actitudes y percepción frente al VIH/SIDA en el personal sanitario y otras ITS, así como identificar las necesidades formativas. Se realizó un estudio transversal como parte del proyecto “Identificación de Barreras de Acceso para Personas con infección por VIH” en un hospital de tercer nivel. La recogida de datos se llevó a cabo a través de la cumplimentación de una encuesta online tipo CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) al personal sanitario (N= 66). Se recogieron datos demográficos, de formación, conocimiento y actitud. Los resultados se analizaron de forma descriptiva obteniendo frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

En la muestra predominan las mujeres (60,6%). Los Médicos MIR representaron el 48,5%, los Facultativos Especialistas de Área el 37,9% y el personal de enfermería el 9,1%. La mayoría (53,1%) tiene más de cinco años de experiencia profesional. El 50% de los encuestados valoró positivamente su formación en ITS, mientras que un 13,6% la calificó negativamente. En cuanto al VIH/SIDA, el 40,9% la consideró buena o muy buena, y un 13,6% deficiente. El 51,5% comprendía correctamente que “indetectable es igual a intransmisible”, pero un 20,3% desconocía que el VIH es una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO). Respecto a la actitud, el 73,9% de los profesionales sanitarios no se sentiría incómodo trabajando con una persona seropositiva, aunque un 4,5% expresó incomodidad. El 71,2% percibe el estigma y la discriminación como barreras para el acceso a la atención médica. El 34,9% ha presenciado estigmatización en el entorno sanitario y el 40,6% cree que el estigma puede conducir a trastornos depresivos en personas con VIH.

CONCLUSIONES

Aunque los profesionales sanitarios muestran un buen nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH, existen importantes carencias en la formación y persistencia de estigmas. Es necesario mejorar y estandarizar los programas formativos en ITS y VIH/SIDA, y promover campañas continuas de sensibilización para erradicar mitos y reducir el estigma. La formación continuada es esencial para asegurar que el profesional sanitario esté preparado para proporcionar una atención adecuada y libre de prejuicios, mejorando así la calidad de vida de las personas con VIH y otras ITS.

EL VALOR DE LAS SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES, MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA

 Castelló del Pino, María Teresa • Ortega Guerrero, Alvaro • Fernández Gálvez, Rocío • León Rodríguez, María José • Zaragoza Sánchez, Elena • Urda Valcarcel, Tomás

 Hospital Quironsalud Málaga

Identificador: 384

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Una sesión clínica es una conferencia conjunta entre profesionales de la sanidad, destinadas a analizar un episodio de cuidados, en un contexto clínico determinado y con finalidad analítica, evaluativa y reflexiva. En definitiva, es una reunión entre profesionales donde se debate y analiza un caso clínico concreto que se ha producido en nuestro entorno.

Todas las categorías profesionales tienen incorporadas las sesiones clínicas en su práctica diaria, como ejemplo las sesiones médicas, sesiones de investigación...

Las sesiones clínicas sirven para actualizar conocimientos, intercambiar experiencias, desarrollar nuevos procedimientos y protocolos que sirvan para mejorar la calidad del cuidado a nuestros pacientes, promueven la detección de las áreas de mejora en la práctica clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Promover una mejor utilización del proceso enfermero y médico. Analizar intervenciones para actuar de una manera más eficaz y efectiva en situaciones próximas. Desarrollar el pensamiento crítico. Contribuir al conocimiento y difusión del trabajo que se realiza en cada servicio a todos los profesionales del hospital. Fomentar y favorecer la relación interservicios.

Durante el año 2023 el Hospital QuironSalud Málaga realizó 8 sesiones clínicas en las que se comenzó siendo sesiones clínicas de enfermería invitando a los compañeros facultativos y finalizando en sesiones construídas e impartidas por el equipo completo constituido por el eje protagonista del cuidado al paciente, médico-enfermera-TCAE.

Se programó una sesión todos los últimos viernes de mes, salvo Agosto y Diciembre. La coordinación de las mismas corresponde a la supervisión del servicio y al jefe de servicio al que corresponda el caso clínico a exponer.

Las fases en las que se dividen las sesiones son: Introducción. Describe por qué se ha elegido el caso que se va a exponer. Presentación del caso. Es el cuerpo de la sesión, aquí se desarrolla todo lo ocurrido con el paciente. Reflexión. Analiza las posibles mejoras sobre el caso expuesto y la correcta actuación o no. Dudas. Se resuelven las dudas que tengan los profesionales que asisten a las sesiones

RESULTADOS

Se hizo un seguimiento de la asistencia de las sesiones, comenzando con 57 personas de manera presencial y en la última hubo un 110 personas de manera presencial, 100 personas en streaming y 890 visualizaciones en plataforma de formación.

El índice de satisfacción de estas sesiones utilizando una escala likert de 1 a 5 donde 1 es nada y 5 es mucho, los profesionales encuestados dijeron que les gustaba mucho al 67,05% (n=285), bastante 14,12% (n=60), algo el 18,83% (n=80) y no valorando nadie como poco o nada. Siendo respuestas similares a la pregunta si les ha resultado útil las sesiones.

CONCLUSIONES

Es tangible el aumento de asistencia de estas sesiones, tanto de manera presencial como virtual de manera síncrona y asíncrona. La satisfacción de los profesionales y la utilidad de las sesiones es de un grado elevado.



CONEXIÓN HUMANA: IMPACTO DEL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS PROFESIONALES EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 Fernández Gálvez, Rocío • Castelló del Pino, María Teresa • Ortega Guerrero, Alvaro

 Hospital Quironsalud Málaga

Identificador: 385

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Contar con un buen estado de ánimo en el trabajo es un atributo extra para cualquier miembro del equipo, ya que le permite destacarse en sus relaciones profesionales. Además, un buen ambiente laboral permite unir a los equipos y aumentar la productividad. El animómetro es una herramienta visual fácil, con la que poder hacer esa valoración de ánimo, de una manera sencilla y divertida. Además de conocer el estado de ánimo del equipo esperamos que nos ayude a gestionar mejor las relaciones entre los miembros del equipo, evitar que estados de ánimo negativos resulten contagiosos y valorar su influencia sobre la experiencia de nuestros pacientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Principal.

Monitorizar el estado de ánimo del personal del Servicio de Urgencias

Secundario.

Analizar si existe correlación entre el estado de ánimo del personal y la valoración de la experiencia del servicio por parte del paciente.

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo.

Se tomó la muestra durante 12 meses, de Enero a Diciembre, participó todo el personal del servicio de urgencias (facultativos, enfermería, TCAE, celadores, administrativos y limpieza), se valoró el estado de ánimo de 0 (sintiéndose desanimado) a 10 (estando muy animado) y se comparó con los resultados obtenidos de satisfacción del paciente mediante la herramienta NPS (Net Promotor Score)

RESULTADOS

Se midieron los resultados del animómetro durante 12 meses y se compararon con el NPS del servicio de Urgencias de nuestro hospital.

- Enero el animómetro tuvo un promedio de 5,1 (n=253) y obtuvo un NPS de 30,71
- Febrero el animómetro tuvo un promedio de 7 (n=333) y obtuvo un NPS de 41,67
- Marzo el animómetro tuvo un promedio de 7,9 (n=240) y obtuvo un NPS de 47,09
- Abril el animómetro tuvo un promedio de 7,4 (n=326) y obtuvo un NPS de 45,08
- Mayo el animómetro tuvo un promedio de 8,4 (n=312) y obtuvo un NPS de 48,67
- Junio el animómetro tuvo un promedio de 8,4 (n=268) y obtuvo un NPS de 48,38
- Julio el animómetro tuvo un promedio de 7,8 (n=225) y obtuvo un NPS de 46,24
- Agosto el animómetro tuvo un promedio de 7,3 (n=279) y obtuvo un NPS de 43,97
- Septiembre el animómetro tuvo un promedio de 9,1 (n=343) y obtuvo un NPS de 54,81
- Octubre el animómetro tuvo un promedio de 7,7 (n=351) y obtuvo un NPS de 46,01
- Noviembre el animómetro tuvo un promedio de 7,2 (n=297) y obtuvo un NPS de 43,58
- Diciembre el animómetro tuvo un promedio de 5,3 (n=255) y obtuvo un NPS de 32,53

CONCLUSIONES

Analizando los datos obtenidos se evidencia una relación directa entre el estado de ánimo de los profesionales con la valoración de la satisfacción percibida de los pacientes.

El estado de ánimo de los profesionales es bueno, salvo los meses de enero y diciembre, en los que se puede observar que hay una caída en la satisfacción de los pacientes.

NORMALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO DE NEUMOLOGÍA.

 NOYA CASTRO, CARMEN • Bravo Esteban, Ana María • Rocha Gancedo, Lidia • Vizoso Román, María José • Martin Carpi, Teresa • Cabrera Pimentel, Luisa Margarita

 Hospital Universitario Miguel Servet

Identificador: 386

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACION

Los trastornos respiratorios durante el sueño, constituyen un grupo de alteraciones que abarcan desde la roncopatía crónica hasta la apnea más severa. Todos ellos, suponen un problema sanitario de alta prevalencia, complejidad diagnóstica y consecuencias sociosanitarias importantes, debido al aumento de la morbilidad que llevan asociada, como hipertensión, enfermedad coronaria, ictus, accidentes de tráfico y disminución en la calidad de vida.

Nuestro servicio de Neumología dispone de una unidad, funcional, multiprofesional, que permite dar una atención especializada de alto nivel a los pacientes con este tipo de alteraciones. Las enfermeras en esta unidad, tienen un papel relevante en el apoyo diagnóstico, realizando estudios del sueño simples y complejos y en la educación, entrenamiento inicial y seguimiento del paciente con terapias respiratorias para el control de su adherencia y resolución de complicaciones.

En este sentido es crucial contar con enfermeras capacitadas, con conocimientos avanzados en esta materia, para poder responder con un excelente desempeño profesional. Esta capacitación puede ser técnica y teórica, formal o informal, y se puede llevar a cabo a través de diversos medios como cursos y talleres.. así como a través de la normalización de la práctica asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Con la normalización de la práctica enfermera se pretende:

Unificar criterios de actuación en pro de una mayor efectividad, eficiencia y seguridad en el trabajo

Detectar precozmente posibles complicaciones derivadas de los procedimientos

Facilitar la incorporación de nuevos profesionales a la Unidad del Sueño

Para ello se creó un grupo de mejora multiprofesional que realizó un análisis de situación, detectando importantes áreas de mejora en la normalización de la práctica enfermera y llevó a cabo la normalización documental y la protocolización de todos los procedimientos y cuidados a llevar a cabo en cada una de las áreas de la unidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha normalizado y protocolizado:

Un manual de acogida para la incorporación de nuevos profesionales

Todos los procedimientos y estudios domiciliarios que se realizan en la unidad (Poligrafía cardiorespiratoria, oximetría, capnografía, estudios de AUTOCPAP)

La atención enfermera en la poligrafía cardiorespiratoria vigilada y titulación manual

La atención en la consulta de enfermería tanto presencial como telefónica, para el seguimiento de pacientes con CPAP/ BIPAP.

Este proyecto nos ha permitido, sistematizar los cuidados enfermeros que se deben proporcionar a los pacientes en la unidad del sueño, así como conocer las funciones a desempeñar en cada uno de los puestos existentes y realizarlas con seguridad y eficacia en el menor tiempo posible.

EVENTOS ADVERSOS DE SEVERIDAD MEDIA-ALTA. ¿QUÉ HACEMOS CON LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS?

 Cuevas Ortega, Francisco Javier • García López, Sergio

 SCIAS Hospital de Barcelona

Identificador: 387

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Cuando hablamos de eventos adversos (EA) una de las primeras cosas que nos suelen venir a la cabeza son el paciente y su familia, las primeras víctimas, pero ¿qué pasa con los profesionales y las instituciones implicadas (las segundas y terceras víctimas de un EA)? Una segunda víctima es “un profesional que se ve involucrado en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia” (Albert Wu, Johns Hopkins University). Por ello no podemos obviar la importancia de ofrecer un buen soporte al personal sanitario implicado.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue la creación de un protocolo para la detección, atención y seguimiento a las segundas víctimas de un EA de forma temprana tras la sucesión del hecho. En una primera fase se diseñó una encuesta para poder conocer la relación de los profesionales con los EA además del soporte recibido tras haberse visto involucrado en alguno. Los datos fueron segregados según edad, género, categoría y experiencia profesional. La encuesta fue distribuida a personal asistencial y facultativo tras su validación. Posteriormente se diseñó un protocolo de atención a segundas víctimas que incluye un algoritmo de atención que se inicia tras la detección del EA, así como la creación de un equipo de atención a segundas víctimas que dé una respuesta adecuada y temprana a los profesionales involucrados en un EA de severidad media-alta.

RESULTADOS

De las 208 respuestas recibidas en un 73,56% los profesionales se han visto involucrados en un EA en los últimos 5 años, recibiendo un mayor soporte por parte de sus compañeros más cercanos. En cuanto a la afectación psicológica de los profesionales se encuentra presente con una puntuación ≥ 7 sobre 10 en el 43,13%. El perfil profesional con mayor afectación psicológica se correspondió con el de mujer, entre 25 y 35 años, profesional de medicina y con menos de cinco años de experiencia. Los sentimientos que más se repitieron fueron preocupación, impotencia y culpabilidad. Todo ello sirvió para la creación del algoritmo de actuación y la creación de un equipo de atención a segundas víctimas donde se incluye el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y un especialista en salud mental (psicóloga).

CONCLUSIONES

Los EA pueden ser inevitables y la afectación psicológica de los profesionales puede rozar casi la mitad de ellos, por lo que se hace imprescindible dar una respuesta adecuada y de forma temprana tanto al paciente y su familia como al profesional sanitario involucrado en el evento. Los resultados arrojados de la encuesta no hicieron más que confirmar esta necesidad.

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN AGUDA URGENTE

 DIAZ GUIASADO, JAVIER ⁽¹⁾ • AMIGO VUELTA, ANGEL ⁽²⁾ • VALLÈS MASABEU, ESTER ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRONSAÚDE • ⁽³⁾ HOSPITAL GENERAL DE CATALUÑA

Identificador: 388

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, los Servicios de Urgencias se encuentran en muchas ocasiones saturados por un gran número de pacientes que acuden buscando respuesta a consultas no urgentes o urgencias menores. Esos motivos de consulta podrían ser atendidos en otro nivel asistencial pero los usuarios encuentran limitaciones y dificultades para responder sus demandas. Aunque los procesos urgentes son atendidos por facultativos médicos hasta el 9,7%, están ligados a intervenciones de enfermería y podrían ser resueltos mediante atención de enfermería protocolizada.

OBJETIVOS

Reducir el tiempo de primera atención y permanencia
Estandarizar la práctica clínica
Incrementar el NPS global

METODOLOGÍA

Cuando el paciente llega al servicio de urgencias, es recepcionado y en triaje enfermería esclarece el motivo de consulta, otorga una prioridad y selecciona el circuito más apropiado para la atención. Si el paciente acude por un motivo de baja complejidad será atendido en el "Circuito de Enfermería" por una enfermera experta que sustentará sus actuaciones en protocolos estandarizados. Finalizada la atención de enfermería, el paciente podrá ser dado de alta sin seguimiento, o con Seguimiento No Presencial, CCEE o con Atención Programada Urgente.

RESULTADOS

En 2023 la atención urgente experimentó un incremento del 11.5% con respecto al año anterior. Del total de atenciones urgentes más del 73% de los pacientes acudieron por motivos de baja complejidad, clasificados con niveles 4 y 5 de prioridad según el sistema de triaje Manchester (MTS). Se han identificado motivos de consulta que clasificados con niveles 4 y 5 podrían resolverse con atención de enfermería protocolizada y son: mordeduras, abscesos, uña encarnada, quemadura, picadura, retención aguda de orina, herida, arrancamiento de sonda, disuria, problemas derivados de yesos y vendajes y complicación de herida quirúrgica. Todos ellos representan un 9,7% del total de episodios urgentes.

CONCLUSIONES

Incorporar EPAs en los servicios de urgencias resolviendo procesos de baja complejidad tiene un impacto positivo. Desde la perspectiva asistencial, permite alcanzar un mayor nivel de seguridad en la atención ya que sus intervenciones están estandarizadas minimizándose la variabilidad en la práctica clínica y se reduciendo errores. Valorando la experiencia del paciente, asignarles a un circuito específico para baja complejidad permite dar una respuesta rápida a la demanda mejorando tanto el tiempo de primera atención como el de permanencia total en el servicio. En términos de eficiencia, facilita la reasignación de roles, permitiendo que profesionales médicos concentren sus esfuerzos en responder precozmente cuestiones más urgentes.



REVISIÓN DE SOLICITUDES PRESENTADAS DESDE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA EUTANASIA EN UNA COMUNIDAD DEL SNS

 *García Zorrilla, Yolanda • Santisteban Herrera, Martin • Pereda García, Maria Angeles • Oro Fernandez, Maria • Fernandez Iglesias, Susana • Diaz Gómez, Paula*

 *Servicio Cántabro de Salud*

Identificador: 389

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia supuso la inclusión en Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud de una nueva prestación financiada públicamente que puede prestarse en centros sanitarios públicos, privados, centros sociosanitarios o el domicilio del solicitante.

OBJETIVO

Describir la gestión de las solicitudes de eutanasia presentadas en la Comunidad Autónoma desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica, el 25 de junio de 2021, hasta el 31 de mayo de 2024.

METODOLOGÍA

Revisión del total de solicitudes presentadas en la comunidad durante el periodo estudiado, diferenciadas por edad y sexo, patología por la que se presentó la solicitud, lugar de realización de la prestación así como el motivo de finalización del procedimiento (realización de la prestación, denegación, fallecimiento antes de la prestación y desistimiento por parte del solicitante).

RESULTADOS

El número de solicitudes presentadas fue de 46, solo una en la sanidad privada. Del total de solicitudes 22 han sido presentadas por mujeres y 24 por hombres, el rango de edad entre los 60 y los 69 años es el que más solicitudes presento (15 solicitudes) seguido del rango de 80 y más años (11 solicitudes), por debajo de los 30 años no se ha presentado ninguna solicitud.

Las patologías por las cuales se presentaron las solicitudes mayoritariamente son las oncológicas con 24 solicitudes seguidas de las enfermedades neuromusculares con 10 solicitudes, patologías psiquiátricas con 6 solicitudes y otras causas con 6 solicitudes.

Las causas de finalización del procedimiento de las solicitudes presentadas han sido: 11 prestaciones realizadas (5 en el domicilio del solicitante, 3 en el hospital y 3 en centros sociosanitarios), 8 solicitudes denegadas (una de ellas por el contencioso administrativo), 4 solicitantes han desistido en su solicitud y 21 de los solicitantes han fallecido antes de poderse realizar la prestación a causa de la patología por la que presentaron la solicitud o por complicaciones de la misma.

Existen dos peticiones que a fecha del cierre de la presente revisión están valorándose por parte de los profesionales implicados.

CONCLUSIONES

La mayoría de las prestaciones se han realizado en el domicilio (los centros sociosanitarios los consideramos el domicilio de los solicitantes), por sexo apenas hay diferencia entre los solicitantes, siendo los mayores de 60 años los que más solicitudes han realizado y no existiendo ninguna por debajo de los 30 años.

Las solicitudes realizadas por una patología oncológica son las más numerosas seguidas de las patologías neuromusculares.

Casi la mitad de los solicitantes fallecieron antes de poderse realizar la prestación de ayuda para morir a causa de la patología por la que presentaron dicha solicitud o por complicaciones de la misma.



SUPERANDO DESAFÍOS CON UN MÓDULO INFORMÁTICO DE NOTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES E INCIDENCIAS EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

 *González Lao, Elisabet • Varó Albalà, Carme • Tost Valls, Josep • García González, Laura • López Castells, Jaume • Urrutia Casado, Beatriz*

 *Consorci Sanitari de Terrassa*

Identificador: 391

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Los bloques quirúrgicos requieren colaboración multidisciplinar para funcionar adecuadamente, siendo la cirugía segura crucial para la seguridad del paciente, lo que implica la notificación de complicaciones, incidentes e incidencias inherentes al proceso quirúrgico.

En 2021, se identificaron obstáculos para registrar estos eventos debido a la confusión terminológica, desconocimiento del sistema de notificación y la falta de tiempo. Para abordar estos desafíos, se implementaron sesiones trimestrales para el personal sanitario, enseñando la diferenciación de términos, identificación y notificación de incidentes. Se propuso el diseño de un módulo informático de registro parametrizado integrado en el sistema hospitalario para facilitar la notificación dentro del programa de trabajo del Bloque Quirúrgico.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Nuestro objetivo fue mejorar la gestión de la seguridad en el bloque quirúrgico mediante el aumento de la cultura de seguridad, el registro de complicaciones, incidentes e incidencias, y la monitorización con indicadores de calidad.

En el primer trimestre de 2022, se presentó un módulo informático de registro de complicaciones e incidencias entre el personal quirúrgico. Desarrollado por un equipo multidisciplinar, este módulo permite registrar las complicaciones e incidencias quirúrgicas y notifica al Departamento de Calidad, permitiendo un análisis exhaustivo y propuestas de mejora. Integrado en el sistema hospitalario, facilita un análisis detallado para mejorar el proceso quirúrgico.

RESULTADOS

Se ha observado un incremento en la participación del personal sanitario en la notificación de complicaciones e incidencias. Durante el año 2022, se registraron 414 incidencias y 147 complicaciones, mientras que en 2023 estas cifras aumentaron a 609 incidencias y 172 complicaciones.

El análisis de las complicaciones identificó 21 incidentes en 2022 y 68 en 2023. En ambos años, las cinco incidencias más frecuentes incluían “otras causas referentes al paciente”, asociadas con la preparación inadecuada del paciente para intervenciones quirúrgicas, lo que llevó a la implementación de un grupo de “lectura fácil” en el centro. Otra incidencia común fue la “falta de camas”, lo que impulsó el análisis del proceso quirúrgico y de hospitalización mediante la metodología Lean.

CONCLUSIONES

Contar con un registro transversal y multidisciplinario de complicaciones quirúrgicas en el sistema informático hospitalario implica una mayor notificación e implicación del personal del bloque quirúrgico.


La automatización del envío de información al Departamento de Calidad agiliza el análisis de las complicaciones.

Los datos obtenidos permiten mejorar los procesos y concienciar al personal.

La implementación diversifica las fuentes de notificación, enriqueciendo los datos disponibles y permitiendo el avance en la gestión de datos de calidad, lo que justifica la continuación del proyecto para optimizar la calidad de la atención.

¿SALUD DIGITAL O ALUD DIGITAL? NO TE DEJES ARRASTRAR

 *Mallada Viana, M^o Pilar* ⁽¹⁾ • *Murillo Blasco, María* ⁽²⁾ • *de Pablo Elvira, Ana Cristina* ⁽³⁾ • *Maestro Perdices, Luisa* ⁽⁴⁾ • *Paricio García, Dulce M^o Cristina* ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ *Pediatra de AP, Centro de Salud Reboletería. Sector Zaragoza II* • ⁽²⁾ *MIR MFyC. Centro de Salud Reboletería. Sector Zaragoza II.* • ⁽³⁾ *Psicóloga clínica USMIJ Sagasta. Sector Zaragoza II.* • ⁽⁴⁾ *Psicóloga clínica en USMIJ Sagasta. Sector Zaragoza II* • ⁽⁵⁾ *Enfermera de Salud Mental. Sector Zaragoza II*

Identificador: 392

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El incesante aumento de dificultades de desarrollo observadas en los niños y niñas de entre 0 y 6 años en las consultas de pediatría, de psicología y en las escuelas asociadas al uso prematuro de pantallas (smartphone, tablet, ordenador...) nos lleva a plantear un programa de prevención y promoción de salud en el ámbito comunitario.

El interés es generar un cambio de actitud en familias y profesionales para revertir los efectos nocivos en el proceso evolutivo de los menores.

Para ello contamos con un equipo multiprofesional (psicólogas clínicas, pediatra, enfermera de Salud mental) que diseña y ejecuta una serie de actividades (talleres, formación, diseño de materiales en forma de póster y trípticos ...) que se inician en agosto del 2022 hasta el presente.

Presentamos en esta comunicación la trayectoria de esta experiencia y los materiales creados para ello.

OBJETIVOS

Informar y capacitar a los profesionales sobre las posibles consecuencias del uso inapropiado de pantallas en el desarrollo infantil, tanto a nivel físico como psicoevolutivo en los niños de 0 a 6 años.

Ofrecer orientaciones para una crianza adecuada en la edad temprana.

Conectar con la importancia que tiene para las familias la salud de sus menores y el establecimiento de normas en la edad temprana.

Dar a conocer programas y herramientas que pueden utilizar en la consulta o en el aula para promover un uso responsable de las pantallas y prevenir problemas asociados.

Instruir sobre los activos de salud de la comunidad y las herramientas de la Estrategia de Atención Comunitaria como recursos y actividades de ocio alternativas al uso de pantallas.

MATERIAL

Póster “Que no te sustituya una pantalla”

Trípticos “Pequeñ@s y pantallas” “Niñ@s y pantallas”

Juego “La oca de las pantallas”.

MÉTODO

Presentación y difusión del póster “Que no te sustituya una pantalla”

Realización de talleres de formación dirigido a profesionales de la salud (pediatras, enfermeros/as, matronas, psicólogos/as), y profesionales de la enseñanza (guarderías y educación infantil) que trabajan con la Infancia, como mediadores ante grupos de usuarios.

Contenido de los talleres

Cómo se forma y estimula el cerebro humano.

Anatomía y neurotransmisores implicados en el placer y la gratificación. Circuito de recompensa cerebral.

Desarrollo evolutivo de niño desde el nacimiento hasta los 6 años

Conceptos básicos

Cómo afecta el uso de pantallas en los menores en:

El apego

El lenguaje

La psicomotricidad

El aprendizaje

El juego

Papel de la familia en una crianza saludable

EVALUACION Y RESULTADOS

Mediremos con un test-pretest conocimientos previos y adquiridos tras el taller



Índice de cobertura: Medido en número de sesiones y usuarios asistentes.

CONCLUSIONES


Sorpresa por como se desarrolla el cerebro y como influyen las pantallas.

Se aprecia un cambio de visión de los profesionales que les incita a promover una actitud crítica en las familias ante el uso de las pantallas.





ENVEJECIMIENTO ACTIVO: PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO “VIVIFRAIL” EN EL CENTRO DE SALUD

 Murillo Blasco, María • Alfaro Vicente, María • López Lorente, Ana • Casaus Mairal, Marta • Giner Ruiz, Sara • Hernandez Santos, Luisa

 M.I.R. Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud Rebolería. Sector Zaragoza II

Identificador: 393

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La fragilidad es un estado de los pacientes previo a la dependencia, y que se caracteriza por la elevada posibilidad de deterioro y dependencia en un corto periodo de tiempo. El proyecto Vivifrail es un programa de promoción de la salud, que pretende disminuir la fragilidad a través de una evaluación integral y de la actividad física adaptada.

OBJETIVOS

El programa de ejercicio físico multicomponente, Vivifrail, tiene los siguientes objetivos en personas mayores de 70 años pertenecientes al área de salud del centro de salud de Rebolería en Zaragoza:- Disminuir caídas- Disminuir la fragilidad (escala SPPB)- Mejorar la funcionalidad y calidad de vida- Mejorar relación médico-paciente

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental con tipo antes/después, a través de una intervención educativa de actividad física a lo largo de 6 meses en total, tras una evaluación inicial del estado basal del paciente. Con acompañamiento y seguimiento estrecho quincenalmente los 3 primeros meses y trimestralmente los últimos 3 meses. Incluye una evaluación al inicio, a los 3 meses y a los 6 meses del programa. Selección de pacientes mediante captación activa en consulta y derivación. Criterios de inclusión: persona mayor de 70 años. Los criterios de exclusión incluyen la presencia de patología descompensada, aguda, grave o que impida la realización de actividad física. Programa estadístico empleado: “Jamovi”.

RESULTADOS

Prueba piloto de intervención educativa a través del ejercicio físico realizada desde octubre de 2023 hasta marzo de 2024, propuesta a 10 participantes, aceptada por 8 participantes y finalizada por 6 participantes. El grupo se compuso de 2 hombres (33%) y 4 mujeres (66%) cuya edad media fue de 82 años. Al inicio, según escala de fragilidad SPPB, 1 paciente (16%) presentaba limitación moderada, 2 pacientes (33%) presentaban limitación leve y 3 pacientes (50%) presentaban limitación mínima. Al finalizar, 1 paciente (16%) presentaba limitación moderada y 5 pacientes (83%) presentaban limitación mínima. La mejoría media muestral fue de 1,5 puntos. El 100% de la muestra describió mejora subjetiva de su calidad de vida y funcionalidad diaria. En cuanto a la variación de nivel en la escala de Vivifrail, 3 pacientes (50%) acabaron el estudio con una escala superior, 2 pacientes (33%) se mantuvieron en su escala inicial y 1 paciente (16%) disminuyó de escala. Se objetivó una mejoría media del total de la muestra en el test de velocidad de la marcha en 6 metros de 0,17 m/s.

CONCLUSIONES

La realización de ejercicio físico multicomponente en nuestra muestra mejoró la percepción subjetiva de calidad de vida y funcionalidad, así como mostró mejoras objetivas en la escala de fragilidad SPPB y velocidad de la marcha. Estos resultados se aproximan a los revisados en la bibliografía existente.





EXPERIENCIA SOBRE LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS EN UN GRUPO CON OBESIDAD: PROGRAMA PILOTO

 Murillo Blasco, María • García Lanzón, Celeste • García Velarte, María • Maestre Miralles, Alejandro • Belanche Bartolomé, Paula • Braulio Comas, Sandra

 MIR MFyC. Centro de Salud Rebojería. Sector Zaragoza II

Identificador: 394

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

RESUMEN

La obesidad es definida como la acumulación de grasa. El índice de masa corporal (IMC): peso (kg)/estatura² (m²) mayor a 30 nos diagnóstica en muchos de los casos una obesidad. Según la OMS, desde 1990, la obesidad se ha duplicado con creces entre los adultos de todo el mundo, y se ha cuatriplicado entre los adolescentes. En el 2022 1 de cada 8 personas eran obesas.

OBJETIVOS

Principal: promover la inclusión de hábitos saludables y su mantenimiento en el tiempo.

Específicos: facilitar la pérdida de un 5% del peso inicial mediante el cambio de hábitos. Fomentar la práctica de ejercicio físico. Sensibilizar sobre la importancia de los hábitos dietéticos.

MÉTODO

Estudio cuasi experimental de una intervención educativa dirigida a pacientes con obesidad con un IMC mayor a 30 kg/m². Mediante búsqueda bibliográfica se estimó que los pacientes con obesidad se beneficiaban de un programa de cambio de hábitos con visión holística. En la misma línea, en varios de los estudios que se consultaron se observaron mejoras con tan sólo una pérdida de peso del 5%. Por ello, junto a un equipo multidisciplinar se comenzó el desarrollo de un programa piloto con intervenciones educativas individuales y grupales. La duración fue de 6 meses.

Al inicio y final del mismo se realizó una recogida de datos antropométricos y se valoró mediante escalas validadas los hábitos higiénico-dietéticos.

RESULTADOS


A grandes rasgos el 60% han conseguido el objetivo del 5% de pérdida de peso total. Todo el grupo perdió un total de kilos (68.8kg). Las sensaciones del grupo fueron positivas logrando una gran adherencia al seguimiento, fomentando el trabajo en equipo y valorando la experiencia como positiva.

CONCLUSIONES

La obesidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo está comenzando a ser, sino lo es ya, una epidemia. Esta condición afecta a toda la esfera biopsicosocial de la persona. Desde nuestro Centro de Salud hemos querido abordar este problema trabajando juntos profesionales de la Medicina, Enfermería, Fisioterapia y, colaborando con Psicología como recurso externo al centro.



APRENDIENDO DE NOSOTROS: VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA DE UNA CAPACITACIÓN PARA ENFERMERÍA

 Herrero López, Selma • García Ugarte, Miren Lorea • Díez Hernández, Ana • González Menéndez, Faustino • Fernández Carral, Genoveva

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 395

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la formación es de vital importancia para garantizar la calidad de las acciones formativas (AF), logrando detectar los efectos de las mismas, los rendimientos de la inversión y la optimización de la formación futura. Aunque y principalmente, la evaluación se realiza en el proceso de enseñanza-aprendizaje (progreso del alumno, transferencia e impacto), en el contexto de una AF de capacitación se considera necesario el corroborar si los instrumentos de evaluación incluidos cumplen unos criterios mínimos de calidad.

OBJETIVO

Determinar la calidad de los instrumentos de la evaluación formativa de la actividad “Capacitación en la implantación ecoguiada de accesos vasculares”.

Metodología: Estudio descriptivo sobre la calidad de los tres instrumentos incluidos en la evaluación formativa de la AF de capacitación realizada durante los años 2022 y 2023.

RESULTADOS

Instrumento 1: cuestionario de conocimientos pre/post AF. Se valora cuanti y cualitativamente con el índice de calidad de Galofré e índice de Rivera, respectivamente. Existe correlación entre ambos índices, siendo necesaria la reformulación de 6/10 preguntas. En Galofré se obtiene una puntuación <3 en dichas preguntas lo que implica la revisión (media total 2,1); mientras que, para Rivera, la modificación se realiza ante un único fallo (media total: 3,8). Instrumento 2: Lista de cotejo de habilidades. Se crea una herramienta ad hoc según los patrones establecidos para este tipo de valoraciones, formada por 8 ítems. Se obtiene respuesta afirmativa en 4 de ellos, lo que implica un nivel de calidad bajo, siendo necesaria una revisión del instrumento (nivel óptimo: 6 puntos; nivel alto: 7-8 puntos). Instrumento 3: rúbrica de calificación del acceso vascular periférico guiado por ecografía (propuesta de Primdahl et al). Se realiza una valoración doble: 1) expertos en evaluación educativa y 2) expertos en accesos vasculares ecoguiados. En el primer caso, se detectan errores en la relación entre descriptores y niveles competenciales (5 puntos para 3 ítems), además de lenguaje no objetivo (“parcialmente”). En el segundo caso, se detecta incoherencias de indicadores acordes a la realidad del procedimiento y escasez en la descripción de dichos indicadores.

CONCLUSIONES


Creación de un grupo de mejora que sea responsable de la revisión de las preguntas de opción múltiple, además de encargarse de la formación de los profesionales docentes para la formulación de las mismas.

Elaboración de índices de calidad específicos para los diferentes instrumentos de evaluación existentes, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Creación de una rúbrica española de valoración del acceso vascular ecoguiado mediante estudio multicéntrico con hospitales que disponga de una unidad EIAV (equipo de infusión y acceso vascular).

Creación de AF básicas en metodología didáctica y evaluación para docentes, asegurando la calidad de la formación, fomentado el valor que aporta ésta a una organización.

PREPARÁNDONOS PARA LLEGAR A LOS PEQUEÑOS CORAZONES: PROGRAMA FORMATIVO DE ECMO PEDIÁTRICO

 **MARÍN YAGO, ANA • MONTOSA GARCÍA, RAQUEL • PEREDA MAS, ARTURO • PEÑALVER MANZANO, ALBERTO • BLANCO MORILLO, JUAN • BETETA FERNÁNDEZ, DOLORES**

 **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA**

Identificador: 396

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La existencia de un programa de soporte de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, por sus siglas en inglés) pediátrico permite la realización de cirugías cardíacas complejas neonatales y pediátricas, al ser una solución viable para aquellos pacientes que no responden a acciones médico-quirúrgicas habituales tras la cirugía.

Nuestro hospital es un hospital de tercer nivel, referencia en algunos servicios para una población de más de 2 millones de habitantes y cuenta con un programa ECMO de adulto con más de 12 años de andadura.

La UCI Pediátrica es de referencia regional, pero no cuenta con terapias extracorpóreas en su cartera de servicios.

De este modo, la implantación de un programa ECMO pediátrico en la Región permitiría aumentar la supervivencia de pacientes pediátricos en estado crítico y se podría dar solución a patologías cardíacas complejas sin tener que trasladar niños a otras Comunidades que sí cuentan con esta herramienta en su cartera de servicios.

OBJETIVOS

Formación científico-técnica de los profesionales que compondrán el Equipo ECMO pediátrico. Creación de Equipo ECMO Pediátrico

METODOLOGÍA

Siguiendo recomendaciones de la Organización de Soporte Vital Extracorpóreo (ELSO por sus siglas en inglés), se brinda una formación avanzada en Cuidados a Paciente en ECMO a personal de la UCI Pediátrica.

Se divide en dos fases:

Fase 1: Teórica, centrada en la base fisiopatológica de la terapia ECMO y simulación básica (zona 0), identificación de los componentes y materiales. Participan pediatras intensivistas, cirujanos cardíacos infantiles, enfermeros de UCI General con experiencia en ECMO y enfermeros perfusionistas.

Fase 2: "Itinerario formativo en terapia ECMO".

Teoría: Tratamiento y Cuidados diarios del paciente en ECMO.

Simulación de alta fidelidad tratando de dar solución de manera multidisciplinar a las diferentes situaciones reales.

Siguiendo recomendaciones ELSO, se programan sesiones de simulación de alta fidelidad trimestrales para garantizar la respuesta segura a complicaciones potencialmente letales para el paciente.

De manera paralela, se programan dos sesiones generales al año para todo el personal de UCIP y se programa incluir de forma progresiva a más profesionales en próximos itinerarios formativos

RESULTADOS

Se ha formado a 3 pediatras intensivistas y 10 enfermeras, dos por turno (el 40% de la plantilla), asegurando así la cobertura de la terapia en caso de implantación.

CONCLUSIONES

El avance en los tratamientos y la implantación de nuevas terapias es fundamental en el crecimiento y desarrollo de una UCI Pediátrica de un Hospital de Tercer nivel. Es necesario proporcionar las herramientas necesarias al personal de la Unidad para adquirir los conocimientos necesarios que otorguen la destreza en su aplicación y se garantice la seguridad del paciente.



INNOVACIÓN EN LA ORGANIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE EMERGENCIA

 *Rodriguez Sanso, Maria Isabel • Da Silva Martins, Victor Flavio • Perez Llarena, Raico • Castelao González, Florencio*

 *Vithas Las Palmas*

Identificador: 397

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Los carros de parada cardiorrespiratoria, también conocido como carros de emergencia o carros de reanimación, son equipos esenciales en cualquier entorno clínico, especialmente en las unidades asistenciales de cualquier hospital donde la respuesta inmediata y efectiva ante emergencias médicas es crucial. Estos carros deberán estar meticulosamente diseñados para contener todos los instrumentos, fármacos específicos y dispositivos de monitorización necesarios para responder rápidamente a situaciones de paro cardiorrespiratorio u otras emergencias médicas críticas. Los artículos de un carro de emergencia deberán estar clasificados y almacenados según el nivel de prioridad, considerándose la medicación para actuar ante una parada cardiorrespiratoria como artículo esencial, pues deben estar disponibles en el momento inmediato a la PCR.

OBJETIVOS

- Optimizar la seguridad del paciente mediante la implementación de medidas adicionales en el carro de emergencia
- Garantizar una correcta organización e identificación de los fármacos.
- Estandarizar y homogeneizar el contenido y la organización de la medicación del carro de parada cardiorrespiratoria en todas las unidades asistenciales.
- Simplificar y agilizar la revisión del carro de emergencia para el personal de enfermería.

METODOLOGÍA

El AMFE se ha implementado como primera fase de nuestra metodología para abordar la gestión de la medicación en nuestro hospital. Una vez completado el AMFE, se procede a la formación de un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por supervisores de enfermería, enfermeras de diferentes áreas asistenciales, farmacéutico, médico responsables de la UCI, el jefe de calidad y la dirección asistencia. Este grupo de trabajo se reúne con el objetivo de analizar en detalle los fallos identificados en el AMFE y definir un plan de trabajo para desarrollar estrategias efectivas para solventar esos fallos. Definidas las soluciones propuestas por el grupo de trabajo, se llevó a cabo una demostración del organizador de mediación en un carro de emergencia en una unidad asistencial para evaluar su pertinencia y adaptabilidad a diversos contextos y necesidades. Posteriormente, se recopiló feedback de los profesionales para identificar posibles áreas de mejora.

RESULTADOS

- El 100% de los profesionales entrevistados que han utilizado la demostración del organizador de mediación reportan una mejora en la gestión de la medicación en el carro de emergencia.
 - Después de la implantación del organizador de medicación, se ha observado una reducción del 36% el stock de medicación del carro de emergencia.
 - Tras la implementación del nuevo sistema, se ha observado una reducción de hasta un 50% en los tiempos dedicados por enfermería a la revisión de los fármacos existentes y la verificación de las fechas de caducidad.
 - Se ha logrado una identificación del 100% de la medicación de alto riesgo de manera correcta y fácilmente localizable ante situación de emergencia.
-



ANÁLISIS DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD EN LAS UNIDADES DE CRÍTICOS

 Campos Oubel, Eva • Oliveira Lorenzo, Clara • Sayáns Queiruga, Olalla • Vilela Santiago, Oscar

 Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

Identificador: 398

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La sobrecarga de trabajo durante la pandemia contribuyeron a una disminución en la cultura de seguridad entre el personal de la UCI (unidad de cuidados intensivos). La atención se centró en la gestión inmediata de los pacientes con COVID-19, lo que derivó en una disminución notable en la adherencia a las medidas establecidas dentro de los proyectos Zero. Esto se tradujo en un declive en la recogida de datos que proporcionarían información de la situación real y que permitiera hacer comparaciones. Era imperativo restaurar y mejorar los estándares de seguridad, por lo que tras un análisis global se decidió incorporar las rondas de seguridad como una estrategia clave para reactivar y fortalecer las iniciativas de los proyectos Zero.

OBJETIVOS

1. Restaurar y mejorar la seguridad del paciente en las unidades de críticos.
2. Reducir las tasas de infecciones y otros eventos adversos a niveles pre-pandemia o mejores.
3. Proporcionar retroalimentación y formación continuada al personal de la UCI.
4. Documentar y analizar las tendencias de seguridad a lo largo del tiempo.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo retrospectivo de las rondas de seguridad internas mensuales realizadas desde mayo 2023 hasta mayo 2024. Las rondas de seguridad se realizaron en todas las unidades de críticos y reanimación. Fueron realizadas por un grupo multidisciplinar compuesto por facultativos y mandos intermedios de las unidades de cuidados críticos y personal del área de calidad. La recogida de datos se realizó mediante una lista de verificación de seguridad, observación directa de prácticas clínicas y del entorno, así como entrevistas breves con el personal para identificar problemas y áreas de mejora.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 12 rondas a partir de las cuales se analizó cada uno de los ítems por separado.

CONCLUSIONES

- Las rondas de seguridad han mostrado ser una herramienta efectiva para mejorar la seguridad del paciente en las UCI.
- La implementación sistemática de estas rondas ha permitido una revisión continua de los datos con un ajuste focalizado de la estrategia y la retroalimentación constante al personal sobre el progreso y las áreas de mejora.

LÍNEAS FUTURAS

- Ampliar el alcance de las rondas de seguridad a otras áreas críticas del hospital.
- Investigar la efectividad a largo plazo de las rondas de seguridad en la mejora de los resultados de salud de los pacientes.
- Evaluar el impacto económico de las rondas de seguridad en la reducción de costos asociados a los eventos adversos.





CUADROS DE MANDOS INTELIGENTES

 Oliveira Lorenzo, Clara • Campos Oubel, Eva • Vidal Carariego, Alfonso • Sayáns Queiruga, Olalla

 Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

Identificador: 399

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

En entornos complejos como los hospitales, es crucial contar con herramientas que permitan el monitoreo eficiente y en tiempo real de diversos indicadores de calidad, y que permitan la toma de decisiones informadas basadas en datos actualizados y precisos. Los cuadros de mandos inteligentes (CDMI) integran datos procedentes de múltiples fuentes y los presentan de manera visualmente accesible, lo que facilita la comprensión y el análisis por parte de todos los niveles de gestión. Además permite un incremento sustancial de la eficiencia operativa del sistema de gestión de calidad, ya que permite una automatización en la recopilación y análisis de datos, liberando al personal clínico para enfocarse en la atención al paciente.

OBJETIVOS

Implementar un cuadro de mandos inteligente que integre datos directamente de la historia clínica para mejorar la gestión de calidad en una unidad de nutrición certificada con la norma UNE-EN ISO 9001:2015.

Específicos:

- Facilitar la identificación y selección de indicadores clave de desempeño.
- Facilitar toma de decisiones rápidas y basadas en datos actualizados.
- Mejorar la comunicación y la transparencia entre los equipos de trabajo y la alta dirección.
- Reducir el tiempo dedicado a la recopilación y entrada manual de datos.

Metodología

Proyecto de implementación tecnológica con análisis descriptivo. Desde la aprobación del proyecto, la duración fue de 12 meses. Se seleccionó el sistema Inteligente de Monitorización (SIMON) que permitió la importación automatizada de datos de la historia clínica y la exportación de la información en fichero compatible con Excel.

RESULTADOS

- Mejora en la Gestión de Calidad.
- Mejora en el monitoreo continuo y en tiempo real de los indicadores seleccionados.
- Mejoras en la toma de decisiones gracias a la disponibilidad de datos relevantes y actualizados.

CONCLUSIONES

El cuadro de mandos inteligente ha demostrado ser una herramienta efectiva para la selección y monitoreo de indicadores clave en la gestión de calidad. Facilita la integración y visualización de datos relevantes, mejorando la toma de decisiones y la respuesta ante problemas.

LÍNEAS FUTURAS

- Expandir el uso del CDMI a otras áreas del hospital y a otros hospitales dentro del área sanitaria.
- Continuar con la capacitación del personal para maximizar el uso y el beneficio del sistema.
- Realizar evaluaciones periódicas del impacto del CDMI en la calidad de la atención y ajustar los indicadores y visualizaciones según sea necesario



¿A COGEMOS ADECUADAMENTE AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN?

 Sayáns Queiruga, Olalla • Campos Oubel, Eva • Pose Dourado, Sonia • Amboage Valino, Minia

 Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

Identificador: 400

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Los manuales de acogida ayudan a los nuevos profesionales a integrarse más rápidamente en su entorno de trabajo, familiarizándose con las políticas, procedimientos y cultura del área sanitaria. Garantizan que todos los nuevos profesionales reciban la misma información esencial, lo que estandariza la formación inicial y reduce las variaciones en la calidad del cuidado. Además, proporcionan una referencia clara y accesible sobre los protocolos y procedimientos, disminuyendo la probabilidad de errores debido a la falta de información. Por lo tanto, un proceso de acogida bien estructurado aumenta la satisfacción y retención del personal, al hacer que los nuevos profesionales se sientan valorados y apoyados desde el principio.

OBJETIVOS

- Ayudar a los nuevos profesionales a adaptarse rápida y eficientemente a sus roles y responsabilidades en las áreas de hospitalización.
- Incorporar la elaboración de los manuales como objetivos anuales acordados entre la dirección de enfermería y los mandos intermedios de las unidades de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se identificaron las necesidades de los profesionales de contratación temporal a través de la información facilitada por los mandos intermedios de las unidades de hospitalización. Desde el área de calidad se elaboró un diseño del manual (portada, índice, tipo de letra...) y también una plantilla en la que se introdujo el contenido mínimo requerido. La implantación se realizó de manera escalonada en dos fases diferenciadas: *Fase Piloto y Expansión Gradual*.

RESULTADOS

Todos los nuevos profesionales recibieron la misma información esencial sobre los cuidados a realizar, estandarizando la calidad del cuidado. Reducción en el tiempo de adaptación: evaluada a través de la observación y feedback de los mandos intermedios sobre el personal de nueva incorporación.

CONCLUSIONES

Implementar manuales de acogida en las unidades de hospitalización es una estrategia eficaz para mejorar la integración y formación del personal de enfermería. Este proceso no solo estandariza la información y reduce errores, sino que también mejora la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes y aumenta la satisfacción del personal. La implementación escalonada permite realizar ajustes basados en feedback real, asegurando que el manual sea relevante y útil para todos los miembros del equipo de enfermería. La evaluación continua y la actualización del contenido son cruciales para mantener la efectividad del manual a largo plazo.

LÍNEAS FUTURAS

- Evaluación de la satisfacción a través de encuesta.
- Sugerir modificaciones o adiciones al manual basadas en la retroalimentación recibida y los resultados obtenidos.
- Planificar cómo mantener y actualizar el manual para asegurar su relevancia continua.





WALKING ROUND Y DEBRIEFING SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Campos Oubel, Eva • Sayáns Queiruga, Olalla • Oliveira Lorenzo, Clara

 Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (CHUAC)

Identificador: 401

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Establecer rondas anuales de seguridad junto con rondas informativas en todas las unidades del hospital han demostrado ser efectivas para mejorar la seguridad del paciente y la calidad del cuidado en las instituciones de salud. Estos recorridos anuales, permiten una evaluación directa y sistemática de los procesos y entornos de trabajo, así como una interacción valiosa en un entorno más informal con el personal de primera línea. Además, demuestran un compromiso de la institución con la seguridad, y permiten impulsar la cultura del cambio relacionado con la seguridad del paciente, al identificar oportunidades para mejorar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

- Reducir el riesgo de errores y eventos adversos mediante la identificación y resolución de problemas en el lugar de trabajo.
- Crear canales efectivos de comunicación entre el personal de primera línea y el área de calidad.
- Mejorar el entorno de trabajo y el apoyo percibido por el personal, lo que puede aumentar su satisfacción y retención.

METODOLOGÍA

Las rondas de seguridad e informativas fueron lideradas por personal de enfermería del área de calidad. Se estableció un cronograma que aseguraba la cobertura de todas las unidades de hospitalización y críticos. Se diseñó una lista de verificación que incluyó la revisión de los carros y parada, fechas de vencimiento del material y el estado de funcionamiento del desfibrilador/DESA. Se realizaron entrevistas a los mandos intermedios de las unidades para identificar preocupaciones, sugerencias y áreas de mejora estructuradas en cinco categorías:

1. Gestión del fungible (caducidades/aprovisionamiento-sistema KANBAN).
2. Eventos y circunstancias potencialmente perjudiciales para los pacientes - sistema notificación SINASP.
3. Cartelería de la unidad, Indicadores de cuidados.
4. Estandarización de la documentación de la unidad: protocolos/procedimientos, manuales de acogida.

RESULTADOS


Se presentó un informe sobre la adecuación de los carros de parada en la Comisión de núcleo de seguridad. Se identificaron varias áreas de mejora, como la necesidad de mejor control de caducidades y la uniformidad en el aprovisionamiento de materiales.

CONCLUSIONES

Las rondas de seguridad e informativas anuales han demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la colaboración entre unidades. La revisión sistemática de los carros de parada y la evaluación de otros aspectos críticos permitió identificar y abordar áreas de mejora. Estas rondas no solo mejoraron la adecuación de los carros de parada y la comunicación entre los mandos intermedios y el área de calidad, sino que también aumentaron la visibilidad del trabajo realizado por el área de calidad y fomentaron la creación de sinergias.



EL VIAJE DEL PACIENTE CON CON CARIDIOPATÍA ISQUÉMICA

 *Léon Téllez, Marta*⁽¹⁾ • *Arribas Arribas, Patricio*⁽¹⁾ • *Jimenez Callejo, Elena*⁽¹⁾ • *Pérez Recio, Abilia Milagros*⁽¹⁾ • *Casas Martín, Ana Isabel*⁽²⁾ • *Álvarez Ruiz, Mónica*⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Complejo Asistencial Universitario de Soria* • ⁽²⁾ *Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Atención Primaria*

Identificador: 402

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de nuestro ámbito sanitario caracterizado por una dispersión geográfica que dificulta el acceso a los servicios de salud, surge la necesidad de abordar la falta de equidad mediante una estrategia integrada para la atención de pacientes con Cardiopatía Isquémica (CI).

OBJETIVOS

Reducir la mortalidad por CI.

Prevenir la recurrencia de eventos cardiovasculares, hospitalizaciones y carga asistencial en Urgencias.

Asegurar la continuidad asistencial que fomente la confianza del paciente en el sistema sanitario, disminuir el riesgo durante las transiciones de atención y mejorar su experiencia.

Impulsar, promover y empoderar el papel fundamental del equipo de Atención Primaria (AP) en la prevención secundaria de la CI.

Mejorar los estilos de vida, adherencia terapéutica, concienciación y potenciar el empoderamiento de los pacientes.

Garantizar una comunicación constante entre los niveles asistenciales y designar un profesional como responsable del proceso tanto en Atención Primaria como en Cardiología.

Establecer alianzas con entidades locales, instituciones educativas y otras organizaciones relevantes para fortalecer la respuesta comunitaria frente a la CI; coordinando acciones para promover la salud y prevenir enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA

La Metodología Lean Healthcare, ha sido empleada como marco analítico para identificar puntos críticos en el recorrido del paciente con CI, logrando la conceptualización y desarrollo del Proceso Asistencial Integral

La combinación de modalidades de trabajo presenciales y virtuales ha permitido la participación de diversos actores del sistema de salud, incluyendo distintas categorías profesionales sanitarias y no sanitarias, con una perspectiva centrada en el paciente.

RESULTADOS

Establecimiento de comunicación directa entre AP y Hospitalaria considerando al paciente en el centro. Superación de barreras de falta de interoperabilidad de sistemas de registro de datos clínicos entre los diferentes niveles y categorías profesionales. Unificación del manejo del paciente con sospecha de enfermedad coronaria tanto en el primer contacto con Atención Primaria como posteriormente con otros servicios como Emergencias, Urgencias, Medicina Interna, Cardiología, Cuidados intensivos, etc.

Elaboración de petición de pruebas complementarias específicas adaptadas a los valores requeridos por la Sociedad Española de Cardiología como estándares de manejo y seguimiento. Edición de información adaptada a los pacientes consistente en contenidos explicativos de la propia enfermedad y del curso de la misma además de las implicaciones en cuanto a tratamiento y seguimiento.

CONCLUSIONES

La culminación de este proyecto representa mucho más que la implementación de un proceso asistencial integral. Es el fruto de un viaje marcado por la dedicación y el compromiso de un grupo de profesionales que han puesto su energía en cada paso dado con un propósito común: mejorar la calidad de vida de los pacientes con CI



MEJORAR LA ADHERENCIA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO DEL H.PYLORI CON UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA NIC 5618

 Villar Arnal, María Teresa

 CME Ramón y Cajal

Identificador: 403

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se detectó una falta de adherencia de los pacientes al tratamiento pautado, debido a su complejidad y por tanto fallo en la erradicación del HP.

OBJETIVO

1. Incrementar el número de pacientes que consiguen terminar el tratamiento.
2. Disminuir la aparición de efectos secundarios.
3. Mejorar la satisfacción del paciente con la atención recibida.

Metodología: El tratamiento actual de la infección gástrica por *Helicobacter Pylori* (HP), se realiza con dos pautas de tratamiento (Pylera y/o OCAM) durante 10 y 14 días respectivamente. Se observó que un porcentaje significativo de pacientes abandonaba el tratamiento antes de concluirlo por diversos motivos, entre ellos falta de tolerancia y la aparición de efectos secundarios, debidos en parte, a una información deficiente en el momento de la pauta.

Hipótesis: Realizar una intervención enfermera NIC:5618: Enseñanza del procedimiento y/o tratamiento, previa al inicio del mismo, mejora la adherencia y tolerancia del paciente facilitando la erradicación del HP.

Para comprobar y cuantificar la efectividad de dicha intervención se diseñó un estudio longitudinal, prospectivo tipo cuasiexperimental con los pacientes que acudían a la consulta de Digestivo del CME Ramón y Cajal de Zaragoza, a los que se pautó tratamiento Pylera u OCAM para erradicar el HP. El método consistió en aplicar la intervención enfermera (NIC: 5618) de acuerdo con el especialista prescriptor. Una vez pautado el tratamiento, la misma enfermera explicaba al paciente detalladamente la posología, sobre un folleto con pictograma elaborado para este propósito y en una consulta diferente. También se informaba sobre precauciones y posibles efectos secundarios, así como las recomendaciones higiénico-dietéticas para evitarlos. Todo ello reflejado por escrito en el folleto que se entregaba al paciente una vez concluida la intervención enfermera..

Los pacientes se escogieron de forma consecutiva y alternativamente se realizaba la Intervención (I) y Sin Intervención (SI)

RESULTADOS


El estudio se realizó durante 9 meses con un total de 98 pacientes (n=98) : 51 (NIC:5618) y 47 (SI). De los 51, 49 terminaron el tratamiento (96%) y a los 47 que no se realizó Intervención enfermera (SI), tan sólo concluyeron el tratamiento 18 (38%).

CONCLUSIÓN

Realizar una Intervención enfermera de enseñanza sobre un tratamiento complejo, mejora la adherencia y la satisfacción del paciente con la atención recibida.



ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS EN UCI POLIVALENTE

 Guerrero Fernandez de Alba, Inmaculada • Valero Ubierna, Carmen • Salguero Cano, Victoria • Gutierrez Linares, Soledad • Baca Hidalgo, Javier • PAdilla Matas, Raquel

 Hucsc

Identificador: 404

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos es la práctica más importante, barata y eficaz en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Evaluar el cumplimiento de esta práctica permite identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias efectivas para aumentar la adherencia del personal sanitario a las normas establecidas. Esta práctica es una de las medidas del bundle del proyecto Manos Seguras 3.0.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es analizar la evolución del cumplimiento de la higiene de manos en la UCI Polivalente del Hospital Universitario San Cecilio desde septiembre 2023 hasta mayo 2024. Se realizaron observaciones mensuales siguiendo los cinco momentos de higiene de manos definidos por la Organización Mundial de la Salud. Los datos se recolectaron a través de observaciones directas realizadas por el equipo de Medicina Preventiva y Salud Pública. Se llevaron a cabo sesiones de formación personalizadas para abordar las áreas de menor cumplimiento identificadas durante las observaciones.

RESULTADOS

El cumplimiento global de la higiene de manos mostró una tendencia variable a lo largo del periodo analizado. En septiembre 2023, el cumplimiento global fue del 75%, mientras que en octubre disminuyó a 64%. En los meses siguientes, se observó un cumplimiento fluctuante: enero 2024 (63.33%), febrero (49.25%), marzo (74.19%), abril (58.44%) y mayo (67.90%).

Los datos desglosados por momentos revelaron mejoras significativas en algunos aspectos específicos. El cumplimiento después de tocar al paciente (momento 4) mejoró notablemente, alcanzando un 82.61% en diciembre y 85% en marzo. Sin embargo, el momento 2 (antes de realizar una tarea limpia/aséptica) presentó consistentemente bajos niveles de cumplimiento.


Se identificaron varios motivos para la no adherencia, siendo el uso de guantes sin realizar higiene de manos una de las principales razones.


CONCLUSIONES

A lo largo del periodo analizado, se observó una mejora global en el cumplimiento de la higiene de manos en la UCI Polivalente, destacándose especialmente el cumplimiento después de tocar al paciente. Las sesiones de formación personalizadas, enfocadas en los momentos con menor adherencia, demostraron ser efectivas para mejorar el cumplimiento en esos puntos críticos. Sin embargo, se debe continuar reforzando la formación, especialmente en el momento 2, y concienciar sobre la importancia de la higiene de manos incluso cuando se utilizan guantes. Además, se requiere un mayor enfoque en la otra medida del bundle del proyecto Manos Seguras 3.0, que es el uso adecuado de guantes. La implementación continua de estas estrategias es crucial para mantener y mejorar la adherencia a las prácticas de higiene de manos, reduciendo así el riesgo de IRAS.



EVALUACIÓN Y MEJORA EN EL USO DE GUANTES EN UCI: PROYECTO MANOS SEGURAS 3.0

 Guerrero Fernandez de Alba, Inmaculada • Salguero Cano, Victoria • Valero Ubierna, Carmen • Gutierrez Linares, Soledad • Baca Hidalgo, Javier • Padilla Matas, Raquel

 ⁽¹⁾ HUCSC

Identificador: 405

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso correcto de guantes es crucial para prevenir las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). Durante la pandemia COVID 19 se detectó un uso excesivo de guantes, lo cual puede contribuir al aumento de las IRAS. Este estudio es parte del proyecto “Manos Seguras 3.0”, que sigue la guía de la OMS sobre el uso adecuado de guantes en unidades de cuidados intensivos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue evaluar el cumplimiento del uso adecuado de guantes en UCI. Se utilizaron observaciones mensuales para diferenciar situaciones con y sin indicación de uso de guantes, seguidas de sesiones formativas basadas en las deficiencias identificadas.

RESULTADOS

Se observaron 177 oportunidades, con un cumplimiento global del 71,91%. El cumplimiento cuando el uso de guantes estaba indicado alcanzó el 94,55%, mientras que fue del 35,29% cuando no estaba indicado. Durante el periodo de estudio, se destacó un incremento notable en el cumplimiento de uso adecuado de guantes durante la manipulación de sangre y fluidos biológicos, alcanzando un 100% de cumplimiento en marzo de 2024. Sin embargo, el cumplimiento fue bajo en enero de 2024 para el cambio de guantes en un mismo paciente entre zonas contaminadas y limpias, con solo un 54,84% de cumplimiento. Entre los momentos sin indicación de uso de guantes, hubo mejoras significativas en mayo de 2024 para situaciones como la administración de medicamentos vía oral, donde el cumplimiento aumentó a 42,86%. La mejora más notable se observó en mayo de 2024, con un cumplimiento del 91,43%, tras sesiones de formación dirigidas.

CONCLUSIONES

Las intervenciones formativas específicas han resultado ser efectivas para mejorar significativamente el uso adecuado de guantes, contribuyendo a la reducción potencial de IRAS. Desde diciembre de 2024, no se han registrado brotes de microorganismos en la UCI. El éxito de las intervenciones no se limita a medidas aisladas. Estrategias como las intervenciones multimodales, implementadas en el marco del proyecto Manos Seguras 3.0., han demostrado ser particularmente eficaces. Este bundle de medidas abarca no solo el uso de guantes, sino también una serie de prácticas que aseguran una higiene de manos consistente y el cuidado de la piel de los profesionales sanitarios. Un componente crítico para maximizar la eficacia de dichas intervenciones es la implementación de un sistema de feedback rápido. La capacidad de proporcionar retroalimentación inmediata a los equipos de la UCI sobre los resultados de las observaciones mensuales es esencial. Este enfoque permite la rápida detección de áreas de mejora, facilitando una intervención oportuna que es crucial para rectificar las deficiencias antes de que se conviertan en problemas más graves. En conclusión, la integración de entrenamientos específicos, estrategias multimodales y sistemas de feedback eficientes son fundamentales para avanzar hacia una práctica clínica más segura y libre de IRAS.

ADECUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL “BUNDLE” DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO. PROGRAMA VINCAT

 Aloy-Duch, Andreu • Vidal Díez, Elena ⁽²⁾ • Torres Gaspar, Manuela • Pujol Alcantara, Roser • Hidalgo Grau, Luis Antonio • Giro Sanabria, Ivet

 Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró

Identificador: 408

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de paquetes de medidas de prevención en los distintos procedimientos quirúrgicos o “bundle” en inglés (“paquete”, en español) han demostrado ser un método eficaz para reducir la infección del sitio quirúrgico (ISQ). Las recomendaciones del programa de vigilancia PREVINQ-CAT (Cataluña) están basados en las guías de prevención de la infección quirúrgica y consensuadas por grupos de expertos. Existe una clara evidencia científica demostrada entre el cumplimiento real de los bundles y la presencia de ISQ. En este centro, desde 2018, se empezaron a aplicar este tipo de medidas.

OBJETIVOS

Conocer la adecuación del cumplimiento de los dos bundles, general y específico, para la prevención de la ISQ en cirugía colorrectal, y su correlación con la ISQ.

METODOLOGÍA

Se describen los datos de cumplimiento 2022-2023 de las medidas preventivas de los bundle del programa de PREVINQ-CAT. Del bundle general quirúrgico se analizaron 4 medidas (clorhexidina alcohólica al 2%, calentamiento, control de la glicemia capilar, y normotermia), y del bundle específico de colon-recto 4 medidas más (antibiótico oral previo, preparación mecánica del colon, laparoscopia, protector de plástico de doble anillo, y con una 5ª medida cuando el tiempo de la cirugía >180 min., que debe administrarse una 2ª dosis de cefuroxima.

El registro del cumplimiento del bundle se realizó en base al dato real numérico descrito en la hoja quirúrgica, en lugar de la respuesta dicotómica “cumple o no cumple” en el check-list” oficial.

Paralelamente, se evaluó la ISQ desde 2022 a 2023.

RESULTADOS

Bundle general de colon. De los 185 procedimientos entre los 2 años, el total de 3-4 medidas cumplidas fue del 84%. Y en el bundle específico para colon, el total de 3-4 medidas cumplidas fue del 99%.

Bundle general de recto. De los 58 procedimientos entre los 2 años, el total de 3-4 medidas cumplidas fue del 86%. Y en el bundle específico para colon, de los 175 procedimientos el total de 3-4 medidas cumplidas fue del 100%.

Individualmente la glucemia postintervención era la medida más baja cumplida con un 27,1%.

Además, de los 65 pacientes de colon-recto que tenían criterio de administrar una segunda dosis de cefuroxima, el cumplimiento fue del 67,7%.


La ISQ en 2022-2023 fue del 6,3% y 5,6% para colon, y del 12,5% y 23,1% para el recto.


No se apreció una correlación entre el nivel de cumplimiento de los bundle, y la ISQ disparada del recto en el año 2023. El análisis posterior demostró como posible factor coadyuvante el cambio de técnica en la intervención del recto.

CONCLUSIÓN

Si bien el cumplimiento de 3-4 medidas generales es > 80%, aún existen medidas a mejorar como el control de la glicemia capilar después de la intervención; así como se debería mejorar el registro de la 2ª dosis antibiótica, pues con los registros que disponemos actualmente no podemos determinar si no se ha administrado o no se ha registrado.

CARRUSEL FORMATIVO DE ENFERMERÍA: ORIENTACION DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EXCELENCIA EN LA ASISTENCIA.

 *Chamarro Rubio, Sonia María • Fernández Fernández, Rosa María • Quevedo Rivera, Julia • del Puerto Claros, Almudena • Medrano Sanz, Silvia • Maldonado Flores, Alba*

 *Dirección asistencial Este*

Identificador: 409

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La formación continuada es uno de los pilares fundamentales de toda institución sanitaria. Supone una herramienta clave de política de recursos humanos y estrategias de seguridad y calidad. Su objetivo prioritario es el mantenimiento o la mejora de conocimientos, habilidades y actitudes. Las características principales son su orientación a la competencia profesional. Un plan formativo está encaminado a la consecución de los objetivos de excelencia en la asistencia sanitaria. Los planes de formación requieren de estructuras participativas y de planteamientos orientados a satisfacer las necesidades de la Organización y profesionales y no es posible plantear criterios de buena práctica para orientar y mejorar las acciones formativas sin el conocimiento previo de la situación. Se planteó el proyecto de actualización de conocimientos de los profesionales de enfermería basado en el conocimiento previo de sus necesidades y detectar el Banco de Talento disponible para integrarlo dentro del proyecto formativo.

OBJETIVOS

Planificar un proyecto formativo que dé respuesta a las necesidades formativas de los enfermeros. Detectar necesidades formativas. Identificar Banco de Talento. Reevaluar el proyecto formativo tras procesos selectivos por cambio en las plantillas y desarrollar de nuevo un plan actualizado y dinámico.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal realizado de 2022 a 2024 a profesionales de enfermería. Reunión informativa. Correo con texto explicativo del proyecto, dos encuestas: necesidades en técnicas y gestión de procesos asistenciales, priorización formación. Segunda encuesta: banco de talento. Agrupación, análisis respuestas, planificación formación interna y externa. Reevaluación plan formativo tras incorporaciones por procesos selectivos.

RESULTADOS

Primera fase: 38% respuestas. 15 Temas: 21,77% sesión formativa; 73,6% formación gestión demanda 5 temas y 78% rotación unidades especializadas.

- Banco de talento: 6 profesionales en 7 áreas.
- Priorización: tres niveles 1 y 2.

Segunda fase: respuesta 100% centros, 25 temas, 61,4% sesión formativa 66,65% formación procesos agudos: 20 temas y 23% rotación externa.


- Banco de talento: 35 profesionales en 18 áreas.
- Formación interna: 9 píldoras formativas y planificación 4 formaciones priorizadas. 5 Talleres colaborativos. Formación externa 3 hospitales: 6 sesiones acreditadas, 5 sesiones pendientes y planificación de rotaciones.

CONCLUSIONES

El "Carrusel Formativo" ha supuesto un impacto directo en la práctica asistencial, habilidades, seguridad, calidad y grado de satisfacción de discentes y docentes. Ha considerado el cambio en la estabilización de las plantillas, necesidades e inquietudes formativas de nuevos profesionales y de líneas estratégicas. Se debe comprobar coincidencia de líneas estratégicas formativas con preferencias de profesionales, reevaluar y modificar oferta formativa. Valorar como influye en el aprendizaje la incorporación de nuevas metodologías educativas y tecnologías informáticas.

GESTDOC:PROYECTO DE COLABORACION DE FORMACIÓN DE RESIDENTES DE ENFERMERÍA.INVIRTIENDO EN FUTURAS GENERACIONES.

 Chamarro Rubio, Sonia María ⁽¹⁾ • Villalba López, Sara ⁽¹⁾ • Sánchez Niño, Verónica ⁽¹⁾ • Fernández Fernández, Rosa María ⁽¹⁾ • Santamaría García, Jose María ⁽²⁾ • Losada Novo, Mercedes ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Dirección asistencial Este • ⁽²⁾ unidad Docente Multidisciplinar

Identificador: 410

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La formación de enfermeros residentes como futuro capital humano de las organizaciones debe contemplarse no sólo en aspectos académicos,sino también integrar la visión y formación real en actuaciones de gestión operativa y de calidad para líneas de prevención y promoción de la salud.Se estableció un acuerdo de colaboración en la ruta formativa de residentes(R2),desarrollandose un Plan de Rotación Formativo de gestión en Prevención y Promoción de Salud,Inmunización,vacunación,Salud Comunitaria(SC) y Educación para la Salud(Eps).

OBJETIVOS

Elaborar y desarrollar Plan de rotación formativo residentes R2.Contenido:sistemas información para unificación de datos de salud con enfoque de Salud Pública y Comunitaria,estructuras coordinación para participación comunitaria,herramientas historia digital para manejo operativo de recursos salud comunitarios,principios de prevención secundaria en inmunización,mecanismos coordinación y gestión para desarrollo de estrategia inmunización y vacunación,Estrategia de Seguridad del Paciente,sistemas de notificación,Recomendaciones de Seguridad generalizables y Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo.

METODOLOGÍA

Reunión con Unidad Docente. Reunion Responsable de Calidad, Seguridad,Vacunas,SC y Enfermera de Prevención y Promoción definición objetivos,contenido formativo,responsables áreas,cronograma descriptivo y documentos de soporte:ficha individual y documentos evaluación.Metodología teórico-práctica:sesiones con coordinadores,participación en actividades formativas,sesiones clínicas,práctica autónoma y demostración competencial.Rotación:jornadas de trabajo con Enfermera de Preve/Promoción y Responsables de Seguridad, Vacunas,Salud Comunitaria y farmacéuticos.Participación en Comisiones de Seguridad,Vida Saludable y de Información e Innovación tecnológica.

RESULTADOS

Realizadas 3 rotaciones individualizadas.Evaluaciones positivas alumno,Coordinadores,Tutor y Unidad Docente.Dificultades para mantener cronograma de rotación establecido.Realizadas todas las actividades incluidas en el listado de verificación.Las evaluaciones intermedias y finales han servido para implementar mejoras continuas.

CONCLUSIONES

Constituye un proyecto pionero de mejora dentro de los programas formativos.La integración de la rotación de R2 en formación en Unidades de gestión sanitaria para consecución de objetivos docentes y ampliación de conocimientos en gestión y coordinación es una actividad complementaria del programa universitario establecido.Posibilita la adquisición de una visión y habilidades competenciales novedosas.Facilita la comprensión y optimización de sistemas de gestión de recursos.Mejora habilidades prácticas en planificación y desarrollo de actividades Eps y SC,instituciones,asociaciones y redes salud colaboradoras.Nueva visión y desarrollo futuro del ámbito laboral.Inversión generación Banco de Talento en ámbito de gestión asistencial.Integrable en formación posgrado de Expertía y Master. Práctica exportable.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN LA CONSULTA DE OSTOMÍAS. APORTANDO CALIDAD AL PROCESO ASISTENCIAL

 BENITEZ SANTANA, LETICIA MARIA • CABRERA ORTIZ, DAVINIA • HERNANDEZ MENDOZA, ENRIQUE NARCISO • LOPEZ AFAN, CRISTINA • GARCIA ALMEIDA, ADAY • ALEMAN SEGURA, MARIA DESIREE

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Identificador: 411

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Los métodos de derivación de pacientes a la consulta de ostomías se basan en contacto telefónico o papel del facultativo a la enfermera, impidiendo que algunos pacientes reciban atención pre y postoperatoria por deficiencias en el circuito.

El formulario de ostomías de la Historia Clínica Electrónica (HCE) no recoge toda la atención prestada a los pacientes en consulta. No se dispone de registro de datos estructurados ni cuadros de mando para evaluar los indicadores relacionados con la actividad realizada.

Los pacientes con movilidad reducida ocasionalmente no acuden a las visitas sucesivas, no pudiendo garantizar la continuidad de cuidados.

OBJETIVOS

General:

Implementar las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la consulta de ostomías con el fin de prestar una atención integral y de calidad a la persona ostomizada.

Específicos:

- Crear el circuito de interconsulta
- Detallar las mejoras informáticas introducidas en la HCE
- Normalizar las prestaciones de agenda y crear cuadros de mando
- Describir la puesta en marcha de la teleconsulta garantizando la continuidad asistencial
- Evaluar los costes sanitarios directos, indirectos e intangibles tras la implementación de las TIC
- Valorar la satisfacción del paciente con el servicio de telesalud prestado

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis DAFO, identificando áreas de mejora y oportunidades.

Las enfermeras estomaterapeutas conformamos grupos de trabajo con los funcionales de la HCE, ingeniería, informática, enfermeras de salud mental, jefes de servicio de cirugía general y urología, líderes del proyecto BPSO y la Subdirección de Enfermería de nuestro hospital para iniciar estas mejoras tecnológicas. Se dotó de los medios ofimáticos necesarios.

Posteriormente se realizó una formación específica técnica y socioemocional a las enfermeras de la consulta. Se formó a los pacientes interesados en recibir atención a través de teleconsultas. Se evaluaron los costes y se valoró la satisfacción mediante encuestas.

RESULTADOS

Sin pérdidas de valoración y seguimiento de pacientes tras instaurar la interconsulta.

Incorporación de nuevos indicadores al formulario de ostomías, (resultados cuestionario de calidad de vida, imágenes de la ostomía).

Explotación y evaluación mensual de todos los datos relacionados con la atención realizada.

Creación de correo corporativo y dotación de móvil corporativo para la consulta.

62 teleconsultas realizadas con reducción de costes directos derivados de la detección precoz de complicaciones, costes indirectos por ahorro en desplazamientos propios/ambulancia y costes intangibles reflejados por los encuestados.

Aumento de satisfacción de pacientes con las teleconsultas realizadas.

CONCLUSIONES

El empleo de las TIC facilita el manejo de datos en la consulta de ostomías y permite proporcionar una atención integral y de calidad. La teleconsulta es útil, simple y accesible para los pacientes y estomaterapeutas y contribuye a mejorar la continuidad asistencial.



USO DE LA TELEMEDICINA EN SALUD MENTAL. ¿PIENSAN LO MISMO PACIENTES Y PROFESIONALES?

 Pascual Cuadras, Rita ⁽¹⁾ • Pérez Llorca, María Isabel ⁽¹⁾ • Selles Dick, Ana Verónica ⁽¹⁾ • Mantilla Reyes, María Fernanda ⁽¹⁾ • Serfaty Soler, Juan Carlos ⁽¹⁾ • Guilabert Mora, Mercedes ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ MC Mutual • ⁽²⁾ UHM

Identificador: 414

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El uso de la Telemedicina en el contexto de la salud mental se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años. En MC Mutual el aumento del uso de la teleconsulta en el tratamiento psicológico y psiquiátrico de pacientes también ha tenido un incremento muy pronunciado, y se está consolidado como una forma de atención. Pero, ¿cómo se percibe por pacientes y profesionales esta nueva forma de atención?

OBJETIVO

Conocer la percepción de los profesionales y pacientes sobre el contacto sanitario a través de la telemedicina en Salud Mental.

METODOLOGÍA

Se selecciona una muestra aleatoria de pacientes y una selección a conveniencia de profesionales de psicología, psiquiatría, enfermería y medicina ambulatoria.

Se elaboran dos formularios basados en encuestas validadas (Universidad Miguel Hernández), una para pacientes y otra para profesionales con tres partes diferenciadas. La primera, con un formato de 12 preguntas valoradas según la escala Likert que mide el grado de acuerdo o desacuerdo, consultando a pacientes sobre aspectos vinculados a su experiencia y a los profesionales sobre la adecuación de la práctica asistencial. La segunda es una pregunta directa a ambos protagonistas sobre si seguirían utilizando la Telemedicina. La tercera, con un formato de encuesta cualitativa, propone conocer cuáles son las ventajas y desventajas del uso de la telemedicina en Salud Mental.

RESULTADOS

Han participado en el estudio un total de 12 pacientes y 11 profesionales.

Los profesionales están totalmente de acuerdo (81%) que a través de la telemedicina se facilita el proceso diagnóstico y ayuda a concretar el tratamiento más adecuado. El 27% cree que debe mejorar la tecnología empleada y las instalaciones y el 27% no cree los pacientes sientan que la calidad recibida sea comparable al contacto presencial.

El 83% de pacientes opina que su privacidad ha estado bien protegida, el 75% se ha sentido bien al hablar con el sanitario y un 25% se ha sentido algo estresado. Un 10% cree que el profesional debe explicar mejor los resultados de salud.

El 66% del total de encuestados afirma que seguiría utilizando la herramienta de la misma manera y el 24% con mejoras.

Tanto pacientes como profesionales consideran que el uso de la teleconsulta es una ventaja ya que permite el acceso al servicio sin necesidad de desplazamiento. Los profesionales ven falta de contacto personal con el paciente y difícil la coordinación de agendas.

CONCLUSIONES

La percepción de ambos protagonistas nos da información de aspectos que deben ajustarse, tanto en mejorar la orientación a los pacientes aportando el valor que ellos definen, como en facilitar el uso de la tecnología por parte de los profesionales de los centros y clínicas de la mutua y avanzar en la medición del proceso de curación. Esto es evaluar desde la perspectiva de los cuatro grandes objetivos de esta experiencia: satisfacción del paciente, satisfacción del profesional, mejorar la eficiencia y la efectividad.



UNIDAD DE CALIDAD EXPERIENCIA DE UN MODELO INTEGRADO

 VILLÁN GARCÍA, JULIO UWALDO

 COMPLEJO HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA DE CANDELARIA

Identificador: 415

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud, una atención sanitaria de calidad es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

OBJETIVO

Presentar el modelo organizativo multidisciplinar integrado, de nuestra Unidad de Calidad(UC) y Seguridad del Paciente creada hace 25 años, el alcance de las actividades que realiza y las áreas de interés.

METODOLOGÍA

Se describe como fueron los inicios en el año 1999 con la puesta en marcha de un Programa de Mejora de la Calidad con 16 objetivos priorizados y la evolución hasta el modelo organizativo actual, tras la puesta en marcha del Proyecto Candelaria Camino hacia la Excelencia en el año 2006 y difundir la cultura de la calidad, utilizando las herramientas de gestión como motor del cambio.

RESULTADOS

Los logros obtenidos en un hospital que actualmente cuenta con 1145 camas instaladas y 7134 trabajadores, tras el cambio de modelo en el periodo 2006-2024, fueron: EFQM sello+400(no renovado), la certificación de 34 servicios en el Sistema de Gestión de Calidad(SGC) con la norma ISO 9001:2015, Unidad trasplante hepático UNE 179008:2016, Nutrición Clínica-Dietética adultos UNE 17909:2018. La certificación del primer Banco de Leche Humana Donada de Canarias, dentro del alcance de la unidad de Neonatología, el Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2016 y certificación del inventario emisiones de gases efecto invernadero (huella de carbono), según ISO 14064:2018.

CONCLUSIONES

Nuestro modelo organizativo de U. Calidad, multidisciplinar del equipo técnico,(enfermeros,médicos, biólogo y administrativos) que la integran, aportan visiones y enfoques enriquecedores, es replicable y ha demostrado su alta rentabilidad en estos 18 años: 222 Procesos SGC implantados; 579 indicadores; 2512 acciones de mejora y 1367 objetivos de calidad desarrollados.



NOS VAMOS AL QUIRÓFANO

 *Reyes Perera, Eliana*

 *HQS Tenerife*

Identificador: 416

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

!Nos vamos al quirófano! Es un proyecto que surge para aportar una mayor calidad asistencial y seguridad al paciente a la hora de realizarse procedimientos invasivos en áreas del hospital para ellos desconocidas.

OBJETIVOS

Con el fin de reducir la ansiedad, el nerviosismo y todo lo que se deriva, fisiológicamente hablando, hemos creado un circuito de recorrido quirúrgico para los pacientes que cumplen criterios de inclusión en el programa. Además los pacientes tendrán la oportunidad de preguntar dudas y reconocer el espacio donde serán intervenidos. Hacer una simulación del recorrido del día quirúrgico da tranquilidad al paciente a la hora de optimizar el tiempo de las gestiones previas a la cirugía.

METODOLOGÍA

El circuito comienza con un desayuno de bienvenida, posterior a la analítica preoperatoria, donde se explica la finalidad del mismo, comenzamos desde la puerta de entrada explicando el proceso de admisión, luego les acompañamos a las salas de espera correspondientes donde sus familiares serán informados. Posteriormente, hacemos entrada al área quirúrgica sin sobrepasar el área estéril principalmente para preservar la intimidad de los pacientes que están siendo atendidos en ese momento. Se les explica tiempo medio de hospitalización, la preparación de vestuario y se realiza una presentación del celador que será el encargado del acompañamiento hasta la puerta del quirófano el día de la intervención.

Los criterios de inclusión realizados son personas de mínimo 18 años con una capacidad de comprensión y movilidad adecuada. Hemos comenzado por los pacientes que serán intervenidos de PTR (Prótesis total de rodilla) y PTC (Prótesis total de cadera).

Se realiza la resolución de preguntas y dudas con una evaluación final para cuantificar la satisfacción y poder realizar una mejora continua del programa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Avalándonos en numerosos estudios este tipo de circuitos acompañados por personal directamente implicado en el área quirúrgica favorece la reducción de la ansiedad preoperatoria y aumenta la satisfacción del paciente.



EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTANCIAS FORMATIVAS HOSPITALARIAS DE MÉDICOS DE CENTROS AMBULATORIOS

 Serfaty Soler, Juan Carlos • Lázaro Amorós, Alexandre • Cabot Mota, Luísa • Peinado Bueno, Laia • Larrea Olleta, Jose Antonio • Sacristán Nieto, Rosa

 MC Mutual

Identificador: 417

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Formación Continuada contempla incorporar estancias hospitalarias con especialistas propios de clínicas de MC Mutual para médicos ambulatorios, mejorando el conocimiento de las patologías más prevalentes de los accidentes laborales y acercando clínicas y Centros ambulatorios (CCAA). En 2024, se inicia una prueba piloto de estancias y un sistema para evaluarlas.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de las estancias formativas en clínicas MC Mutual, tanto a nivel de las clínicas, como de los médicos ambulatorios y de los CCAA.

METODOLOGÍA

Se trata de formación altamente especializada, donde los profesionales tienen acceso a la actividad hospitalaria y técnicas específicas, bajo la supervisión del responsable asistencial del servicio.

Se definen dos perfiles médicos para realizar estancias formativas en clínicas MC Mutual. Uno orientado a profesionales de nueva incorporación, que lleven al menos 6 meses en la mutua, con la finalidad de aprendizaje clínico y fidelización del profesional. Y otro, de médico experimentado, que lleva años en la mutua, para actualizar el conocimiento clínico y que sirva como motivación. Las estancias, de 3 días de duración, incluyen asistencia a urgencias, consultas de traumatología y de rehabilitación, formación en biomecánica, asistencia a quirófano y a las sesiones clínicas diarias.

Al finalizar la estancia, se realiza una encuesta de valoración con preguntas que miden la satisfacción del itinerario formativo tanto del profesional formado como del tutor. Además, se incorpora un análisis cualitativo de su estancia. También se valora el impacto formativo de dicha formación a través de una encuesta al responsable asistencial. En este caso se evalúa el grado de aplicabilidad del conocimiento adquirido a la actividad diaria del médico.

RESULTADOS


Se han realizado 9 estancias formativas de médicos ambulatorios y los resultados preliminares son muy positivos. Las encuestas de satisfacción muestran muy buena acogida por parte del médico, de las clínicas y del centro asistencial.

Se ha visto mejora en la capacitación técnica del médico, lo que produce menos desplazamientos de pacientes a clínica. También ayuda a acercar el territorio a las clínicas, favorece la comunicación, fideliza y motiva a los médicos asistenciales, produciendo una mejora asistencia de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Planificar dentro del Plan de formación anual de la mutua estancias formativas hospitalarias, además de un proceso formativo innovador, permite desarrollar un aprendizaje desde la experiencia, que los estudios previos dicen que impactan positivamente en la generación de conocimiento clínico y de los circuitos de la organización. También pone en valor el trabajo de profesionales de centros y clínicas y puede constituir una propuesta atractiva de desarrollo profesional en personas de experiencia y una estrategia de fidelización en profesionales de nueva incorporación.

EL IMPULSO DE LA FORMACIÓN PARA APLICAR EL ENFOQUE COMUNITARIO.

 Jimenez Hervas, Juan ⁽¹⁾ • Fernandez Diaz, Maria Carmen ⁽¹⁾ • Del Rey Granado, Yolanda ⁽¹⁾ • Onecha Gonzalez, Elena ⁽²⁾ • Hernandez Hernandez, Eva ⁽³⁾ • Jimenez Rescalvo, Maria ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Dirección Asistencial Noroeste • ⁽³⁾ Dirección Asistencial Centro • ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Sureste

Identificador: 419

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En el marco de una Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de Atención Primaria (AP) de una CCAA se tiene como objetivo potenciar y fortalecer los tres niveles del enfoque comunitario:

- Nivel 1: Individual prescribiendo activos de salud.
- 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 participando 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 tiene como objetivo garantizar que el mayor número de profesionales de Atención Primaria (AP) estén formados en cómo aplicar este enfoque comunitario (EC). En el marco de la ESC se pone en marcha un plan formativo específico en el año 2023.

OBJETIVO

Garantizar que exista el mayor número de profesionales de AP formados sobre el abordaje biopsicosocial desde la aplicación del enfoque comunitario en los tres niveles.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo del plan formativo con EC tras la implementación de la ESC. Ámbito: AP de una CCAA. Fuente: Aplicación informática de Formación AP. Población diana: Profesionales de AP. Variables de estudio: N° de profesionales formados. Grado de satisfacción de los discentes. N° de cursos con enfoque comunitario. N° de cursos por cada nivel. N° horas. N° docentes expertos. Temporalidad de análisis: 12 meses.

RESULTADOS


El número de profesionales formados en 2023 ha sido un total de 1650 profesionales que representan todas las categorías profesionales. El grado de satisfacción global de estos cursos ha sido el de un 8,7/10, con un grado de recomendación del 96,21%/100%. Se han llevado a cabo un total de 56 actividades formativas durante el 2023, correspondiendo al nivel 1: 19 actividades, al nivel 2: 29 actividades y al nivel 3: 8 actividades formativas. Han sido un total 346 horas formativas impartidas por un total de 39 docentes expertos en salud comunitaria.

CONCLUSIONES

La implantación del plan formativo del 2023 de la ESC ha supuesto un aumento del número de profesionales formados y de horas en Salud Comunitaria, así como del n° de cursos ofertados dirigido a los tres niveles del enfoque comunitario con un alto grado de satisfacción. Se ha recogido la demanda por parte de los profesionales de más formación relacionada con la salud comunitaria y se va a incluir una plataforma digital específica para dar cobertura a las necesidades de formación de los responsables de salud comunitaria de los centros de salud.



EMPODERAMIENTO ENFERMERA EN LA CURA COMPLICADA DE UN ABSCESO ISQUIORECTAL REFRACTARIA A TRATAMIENTOS ESTANDARIZADOS

 Jiménez-Masero, Gema • De Sande-Pérez, Sonia • Molero-Hernández, Lourdes • García García, Sonia • Vilar-Fontarnau, Elisabet • Ruda-Resina, Eloida

 Fundación Privada Hospital-Asil de Granollers

Identificador: 420

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se realiza el estudio de un caso para poder aplicar la evidencia científica enfermera en las curas en la cicatrización de un absceso isquiorectal y fisura anal posterior, desbridada quirúrgicamente. Se realiza revisión bibliográfica y se decide aplicar un tratamiento no habitual en estos procesos. Se aplica el mismo producto que en otro caso anterior en que fue un éxito. No se pueden aplicar las curas de terapia de presión negativa ni reconstrucción quirúrgica. Dada la confianza en las enfermeras quirúrgicas, se decide que las curas sean llevadas por estas.

OBJETIVOS

obtener la curación del absceso y mejorar la calidad de vida de la persona en este proceso.

Metodología: Se trataba de una señora de 83 años sin antecedentes importantes con un absceso isquiorectal izquierdo infectado y encubierto. Tras el primer desbridamiento quirúrgico se establece que las curas las realicen las enfermeras quirúrgicas, y así empoderarlas en sus competencias. Para medir se utilizaba la observación mediante fotografías en cada cura, tras el consentimiento de la señora; no pudiéndose realizar medida con regla por la irregularidad de la lesión. Se aplicaba de manera metódica en un orden estricto establecido los productos. La cura se llevó a cabo de febrero a junio de 2024 por las enfermeras referentes. Se procedía a una valoración según el TIME en cada cura, un lavado aséptico, fomentos de hipoclorito de sodio diluido e hidrocoloide en polvo. Se dejaba un apósito secundario para proteger los bordes y la presión. Se educó a la señora y su cuidadora en las últimas fases para que siguieran la cura en domicilio. Dos veces por semana se realizaban curas en consultas de curas de enfermería con solo hipoclorito de sodio en aerosol.

RESULTADOS

Tras la obtención objetiva de las fotografías diarias de las curas durante todo el tiempo que duró el proceso en hospitalización y en curas de enfermería ambulatoria, se observó una cicatrización por segunda intención, sin presencia de infección y óptima aproximación de los bordes. Día tras días se podía detectar un aumento de la autoestima y calidad de la señora, promoviendo la seguridad de la cura y de ella misma. Demostramos la capacidad enfermera para poder resolver con éxito una cura compleja cuando la cura estandarizada no se puede llevar a cabo; y empoderar también a la señora. Muestra una mejoría anímica y es capaz de seguir las curas por ella misma en domicilio e ir al hospital a realizarse la revisión dos veces por semana. La curación ha tenido una duración de 4 meses, quedando solo epitelizar la zona central en junio de 2024.

CONCLUSIONES

teniendo en cuenta la evidencia enfermera se puede mejorar la calidad de las personas con curas complejas, cuando solo el acto quirúrgico no es suficiente. Este segundo caso nos lleva a pensar en crear un estudio de casos con estos productos cuando la cura convencional no es posible y obtener mayor evidencia científica. No hay conflictos de intereses.





PIDE ATENCIÓN DIRECTA: SISTEMA DE GESTIÓN DE SOLICITUDES Y COMUNICACIÓN DE PACIENTES CON SU HOSPITAL.

 Gómez Jemes, Lola • Jimenez Almida, Remedios • Míguez Sánchez, Carlos • Herrerías Esteban, Juan Manuel

 Hospital Universitario Virgen Macarena

Identificador: 421

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Se detecta en nuestro hospital la necesidad de simplificar, agilizar y mejorar la comunicación de la ciudadanía con el centro. Por parte del Servicio de Informática se propone una solución, PIDE Atención Directa, para ayudar a mejorar el servicio prestado a la ciudadanía, garantizando la actuación de la Unidad correspondiente y la respuesta a la persona.

OBJETIVOS

Mejorar la eficiencia de los procesos asistenciales prestados
Tener trazabilidad de las actuaciones y los actores implicados
Analizar los datos registrados para medir resultados e indicadores de calidad.

METODOLOGÍA

PIDE es un gestor de procesos genérico desarrollado por el equipo provincial TIC de la provincia. Desde el servicio de Informática, se realizó un análisis de requisitos para uso profesional y atención a usuarios, modelando un flujo específico para atención directa:

1. Las solicitudes son recibidas por cualquier canal (teléfono, formulario web, ventanilla...) y se registran en PIDE.
2. Se asignan a la UGC correspondiente.
3. Resuelven la solicitud e informan al solicitante.
4. La solicitud finaliza.

El proceso es transparente para todos los profesionales con trazabilidad total en tiempo real. El formulario tiene campos obligatorios y desplegables para facilitar el registro, como motivos de consulta frecuentes: gestiones sobre citas, transporte sanitario, tratamientos, etc

Se impartió formación acreditada a los profesionales implicados y se le dio difusión a la aplicación tanto interna como externamente (folletos informativos, anuncios en las pantallas del hospital, etc).

RESULTADOS

El proyecto se implantó el 12 de junio de 2023. Desde esa fecha hasta el 10 de junio de 2024, se han registrado 75.749 peticiones. El 70% de las solicitudes recibidas se resuelven en menos de 5 días.

Gracias a esta iniciativa, se han eliminado las esperas al teléfono y en puntos de información, permitiendo resolver cualquier trámite y gestión desde casa 24 X 7, cualquier día a cualquier hora.

Las solicitudes son recibidas principalmente a través de teléfono y formulario web, lo que evita desplazamientos innecesarios al centro y permite a los usuarios realizar sus gestiones de manera más cómoda y eficiente desde cualquier lugar. Esta modalidad no solo ahorra tiempo a los ciudadanos, sino que también reduce la carga de trabajo en los puntos de atención presenciales, mejorando así la calidad del servicio ofrecido.

Los datos recogidos por la aplicación son utilizados para la gestión del centro, contribuyendo a mejorar la calidad y eficiencia de la atención prestada a la ciudadanía.

CONCLUSIONES


Se ha implantado una solución que cubre las necesidades detectadas haciendo más eficiente la gestión, mejorando la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención y respuesta.


Se sigue trabajando para optimizar los procesos, involucrar nuevos actores y automatizar procesos, basándonos en el análisis de los datos.





DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN NUEVO MODELO PARA EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

 Conejos Miquel, María Dolores ⁽¹⁾ • Egocheaga Cabello, Isabel ⁽²⁾ • Alcaraz Norrajo, Marta ⁽³⁾ • Alcázar Arroyo, Roberto ⁽⁴⁾ • Artola Menéndez, Sara ⁽⁵⁾ • Bennouna Dalero, Tayeb ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid • ⁽²⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria. CS Isla de Oza. Médico familia • ⁽³⁾ Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Farmacéutica • ⁽⁴⁾ Hospital U. Puerta de Hierro. Nefrólogo • ⁽⁵⁾ Gerencia Asistencial Atención Primaria. CS José Marv. Médico Familia • ⁽⁶⁾ Hospital U. Ramón y Cajal. Residente preventiva

Identificador: 422

Tipo de comunicación: Oral Breve

rea temática: gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública creciente, con una prevalencia en la población adulta que ha aumentado del 10% al 15% desde 2015. Nuestra C.A. ha reconocido la necesidad de un enfoque integral y coordinado para mejorar la detección precoz, diagnóstico y manejo de la ERC. Este proyecto aborda la implementación de un nuevo modelo que se basa en la actualización de protocolos y la integración de diversas disciplinas y tecnologías para mejorar la atención a los pacientes con ERC.

OBJETIVO

Visibilizar la priorización de la ERC en nuestra C.A. y los cambios clave que han facilitado esta evolución

Compartir los proyectos desarrollados y futuros y su impacto en el manejo de la ERC

Describir las mejoras esperadas en el cribado, diagnóstico y seguimiento de la ERC a través de nuevas recomendaciones y herramientas de gestión

METODOLOGÍA

En 2014, un grupo de nefrólogos, médicos de familia y bioquímicos clínicos desarrollaron un documento de recomendaciones clínicas relacionadas con el abordaje de la ERC dirigidas a profesionales basadas en consensos científicos. A pesar de su implementación en 2015, su impacto inicial fue limitado. En 2024, se revisan y actualizan estas recomendaciones pero incorporando nuevas estrategias más integradoras, aprovechando el impulso de iniciativas nacionales que involucran a varias CCAA. Fruto de este plan se refuerza la colaboración entre Atención Primaria y Especializada, se incluyen mejoras en los sistemas de información y registro, se elaboran indicadores de calidad y se incorporan nuevas prácticas de cribado y de atención a la ERC en la cartera de servicios de AP.

RESULTADOS

El nuevo modelo permite que se produzcan avances en varios frentes clave:

Mayor sensibilidad y compromiso institucional con la ERC.

Mejora en la detección precoz gracias a la introducción de cribados sistemáticos

Mejor clasificación y seguimiento de los pacientes a través de un sistema de registro más completo y algoritmos de cribado avanzados.


Incorporación de una atención integral y multidisciplinar que incluye recomendaciones no farmacológicas, nutricionales y farmacéuticas, así como la utilización de la eConsulta para agilizar decisiones clínicas.


Aumento del diagnóstico en estadios tempranos y mejor pronóstico gracias a la detección oportuna y seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES

El desarrollo e implementación de este nuevo modelo permite avanzar en la gestión de la ERC, con un enfoque más integral y coordinado. La actualización de recomendaciones y la introducción de herramientas tecnológicas y colaborativas facilita la detección precoz y el manejo de la enfermedad, posicionando a la C.A. como un referente en el abordaje de la ERC. La continuación de estos esfuerzos, junto con la evaluación constante de los resultados, garantizar una mejora sostenida en la atención a los pacientes con ERC.

HEMODIÁLISIS EN CENTRO EXTRAHOSPITALARIO: CREANDO VALOR A TRAVÉS DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA

 FERNANDEZ IGLESIAS, SUSANA ⁽¹⁾ • ORO FERNANDEZ, MARIA ⁽²⁾ • GARCIA ZORRILLA, YOLANDA ⁽¹⁾ • MAMOLAR YUSTA, ANGEL DONATO ⁽³⁾ • RUIZ SAN MILLÁN, JUAN CARLOS ⁽⁴⁾ • PEREDA GARCIA, MARIA ANGELES ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD • ⁽²⁾ SUBDIRECCIÓN DE CUIDADOS, FORMACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIA SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD • ⁽³⁾ SUBDIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD • ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA • ⁽⁵⁾ SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Identificador: 423

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El concepto de atención basada en valor, junto con los pasos estratégicos necesarios para implementarlo, incluye medición de los resultados en salud que importan al paciente, costes, diseño del proceso asistencial para generar valor e incorporación del valor a la provisión de asistencia sanitaria.

La teoría no deja dudas sobre los beneficios del modelo, sin embargo, su aplicación en los procedimientos de contratación no está exento de complejidad. Pero ¿no se pueden dar pasos con una visión más estratégica? En absoluto, se pueden ir incorporando mejoras progresivamente en la configuración de las licitaciones que, sin constituir una transformación radical, permita sumarse al modelo.

Nuestra organización no es ajena a estas dificultades. Con la visión de aprender e incorporar progresivamente los resultados en salud y su evaluación hemos configurado la provisión del servicio de hemodiálisis en centro extrahospitalario.

OBJETIVOS

Introducir los resultados en salud y el pago por resultados en la provisión de hemodiálisis en centro extrahospitalario.

METODOLOGÍA

1. Formación de equipo multidisciplinar como gestor del proyecto y responsable de tareas, con personal clínico de nefrología y personal técnico y económico de servicios centrales.
2. Definición de objetivos del contrato. Dirigir las condiciones a que el proveedor incorpore en su oferta mejoras con impacto en resultados en salud e incluirlo en la relación contractual.
3. Diseño de las prescripciones. Incluir requisitos de calidad con capacidad de excluir propuestas:
 - Certificaciones y guías de calidad de la SEN.
 - Integración de sistemas de información.
 - Protocolos estandarizados definidos para los distintos procedimientos clínicos. Coordinación asistencial con incorporación de pacientes.
 - Medidas de resultados clínicos y satisfacción del paciente.
 - Criterios de valoración de las ofertas:
 - Criterios de calidad 73% de la puntuación. Entre otros, gestión medioambiental, evaluación de la satisfacción del usuario y abierto a propuestas en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente.
 - Oferta económica 16% de la puntuación.

La financiación se vinculó a la evaluación de resultados como penalidad, con un 5% de descuento.

RESULTADOS


Modelo de servicio digitalizado y orientado al paciente, plan de cuidados personalizado y plan de mejora de la calidad de la unidad. Basado en estandarización de la práctica clínica; sistema de gestión informatizada; monitorización de resultados de salud clínicos por paciente, PROMS específicos estandarizados y PREMS; adquisición de innovación y benchmarking.

CONCLUSIONES

La aplicación de elementos de valor a la contratación y la experiencia de los proveedores en resultados en salud ha permitido una prestación de hemodiálisis en centro extrahospitalario de calidad orientado al paciente y sostenible económicamente. Así mismo, ha servido de aprendizaje para impulsar la atención basada en valor en nuestra organización.



PROYECTO EXPADERM: INCORPORANDO LA EXPERIENCIA DE PACIENTE PARA MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL EN DERMATOLOGÍA

 *Ibáñez Romaguera, Josep Maria* ⁽¹⁾ • *Tapia Martínez, Javier* ⁽²⁾ • *Carrascosa Carrillo, José Manuel* ⁽¹⁾ • *Capdevila Aguilera, Cristina* ⁽²⁾ • *Estrada Cuxart, Oriol* ⁽¹⁾ • *Álvarez Soto, Ana Belén* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol* • ⁽²⁾ *Hospital Universitari de Bellvitge*

Identificador: 424

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

ExPaDerm es un proyecto innovador, colaborativo y multidisciplinar que involucra al paciente afecto de dermatitis atópica y psoriasis en el rediseño de su proceso asistencial que se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario de Bellvitge y en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y ha contado con la participación activa de pacientes y profesionales sanitarios, proponiendo soluciones innovadoras a los retos identificados.

OBJETIVOS

ExPaDerm es un proyecto pionero que incorpora la experiencia, expectativas, necesidades y emociones de los pacientes dermatológicos con dermatitis atópica y psoriasis en el diseño de un sistema de atención dirigido a mejorar sus resultados de salud. Se ha utilizado una metodología ágil y ha reportado información para la transformación del proceso asistencial.

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología de Investigación Acción Participativa (PAR) con pacientes y profesionales conjuntamente, para generar cambios en la atención sanitaria utilizando la experiencia del paciente como palanca y que permite a los pacientes convertirse en sujetos y agentes de investigación, innovación y cambio utilizando herramientas específicas. En un primer taller se llevó a cabo una investigación cualitativa sobre la experiencia de los pacientes. A continuación, la metodología permitió identificar barreras y oportunidades que se transformaron en proyectos utilizando metodologías de design-thinking y planificación operativa.

RESULTADOS

Hubo una participación global de más de 40 profesionales y pacientes.

El Hospital de Bellvitge centró las soluciones propuestas en la digitalización y ante los problemas de salud mental reportados por los pacientes dermatológicos, se propuso un programa de apoyo psicológico grupal.


El Hospital Germans Trias i Pujol identificó el apoyo emocional y el acompañamiento como una necesidad clave. La solución se materializó en un “Punto de Encuentro con Pacientes”, un espacio para intercambiar experiencias, resolver inquietudes y brindar apoyo emocional junto a los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

El Proyecto ExPaDerm ha reportado conclusiones positivas para una mejor humanización de la prestación de atención médica a través de su enfoque innovador, metodología participativa y resultados tangibles en ambos hospitales. Se reportaron necesidades en los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes, así como las consecuencias sobre su calidad de vida, cuestiones no abordadas y muchas veces subestimadas en Dermatología. Todo ello ha generado un cambio significativo en la experiencia del paciente al incorporar su perspectiva y participación activa en el diseño y mejora de los procesos asistenciales, fortaleciendo la relación paciente-profesional y empoderando a los pacientes en la toma de decisiones.



DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN CUADRO DE MANDO PARA EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

 *Eziolaza Sainz Trapaga, Jon* ⁽¹⁾ • *LÓPEZ ARBELLOA, GONZALO* ⁽²⁾ • *INCHAUSTI ARTESERO, EDUARDO CARLOS* ⁽²⁾ • *ROMO SOLER, MARIBEL* ⁽²⁾ • *Santano García, Dabi* ⁽²⁾ • *APARICIO GUERRA, EMILIO JESÚS* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA • ⁽²⁾ OSAKIDETZA

Identificador: 425

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La gestión eficaz de los programas de salud infantil requiere herramientas que permitan el seguimiento y la evaluación de múltiples indicadores de manera ágil y precisa. El cuadro de mando desarrollado para dicho programa ofrece una solución integral para monitorizar datos críticos sobre recién nacidos, la cumplimentación de formularios y diversos indicadores de proceso y resultado. Este sistema facilita la toma de decisiones basadas en datos y mejora la calidad asistencial en pediatría.

OBJETIVO

1. Desarrollar un cuadro de mando que integre datos relevantes del Programa de Salud Infantil.
2. Facilitar el seguimiento de indicadores clave relacionados con la salud de los recién nacidos.
3. Mejorar la calidad asistencial mediante el análisis y la visualización de datos.

METODOLOGÍA

El desarrollo del cuadro de mando se llevó a cabo en varias fases:

- **Identificación de necesidades:** Se realizaron reuniones con los profesionales de salud infantil para determinar los datos y formularios esenciales que debían incluirse.
- **Diseño del Cuadro de Mando:** Se eligió la herramienta informática más adecuadas para la integración y visualización de datos. Se optó por una aplicación basada en BI (Business Intelligence).
- **Recopilación de datos:** Se recogieron datos sobre recién nacidos y grado de cumplimentación de formularios y se crearon indicadores que dieran respuesta a las necesidades planteadas: indicadores de proceso (por ejemplo, cumplimentación Historia Neonatal) y de resultado (por ejemplo, relacionados con el tabaquismo).
- **Análisis y Visualización:** Se implementaron técnicas de BI para generar gráficos e informes interactivos que permitan a los técnicos extraer los datos de una manera ágil, aportando una comprensión rápida y precisa de la información.
- **Validación y actualización:** El cuadro de mando fue probado y validado con usuarios finales para asegurar su efectividad y facilidad de uso, aplicando las correcciones pertinentes.

RESULTADOS

El cuadro de mando ha permitido:


- **Mejor seguimiento:** Un monitoreo continuo y actualizado de la salud de los recién nacidos.
- **Cumplimentación de formularios:** Un aumento significativo en la cumplimentación de formularios.
- **Indicadores claros:** La visualización clara de indicadores de proceso y de resultado.
- **Mejora en la toma de decisiones:** Información accesible y en tiempo real que ha mejorado la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

El desarrollo y la implementación del cuadro de mando para el Programa de Salud Infantil ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad asistencial. La integración de datos clave y la visualización interactiva han facilitado un seguimiento exhaustivo, mejorando los resultados clínicos. Este modelo puede servir de referencia para otros programas de salud pública, destacando la importancia de la tecnología en la mejora continua de la calidad asistencial.



CUADRO DE MANDO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA NUEVA OFERTA PREFERENTE

 *Santano García, Dabi* ⁽¹⁾ • *EZIOLAZA SAINZ TRAPAGA, JON* ⁽²⁾ • *LÓPEZ ARBELOA, GONZALO* ⁽²⁾ • *INCHAUSTI ARTESERO, EDUARDO CARLOS* ⁽²⁾ • *TUTOR ERCILLA, JOSUNE* ⁽²⁾ • *BASTERRECHEA PEÑA, FRANCISCO JAVIER* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA • ⁽²⁾ OSAKIDETZA

Identificador: 426

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de información deben facilitar al clínico toda aquella información que sea relevante para realizar sus tareas diarias y poder medir la calidad asistencial.

Desde Atención Primaria demandaban tener más información sobre las personas que atienden a lo largo del tiempo.

Este cuadro de mando pretende ampliar la información al profesional sobre su práctica asistencial de los pacientes de su cupo.

OBJETIVOS

Desarrollar un cuadro de mando ágil accesible desde la propia historia clínica.

- Proporcionar información de los y las pacientes de cada cupo.
- Presentar indicadores de resultados en salud basados en la nueva Oferta Preferente.

METODOLOGÍA

Para el diseño del cuadro de mando se siguieron los siguientes pasos:

- Creación de un grupo multidisciplinar.
- Revisión de indicadores de la Oferta Preferente.
- Diseño del cuadro de mando
- Análisis y visualización de los datos
- Validación y corrección de la información.
- Creación de objetivos.

RESULTADOS

Actualmente estamos terminando de validar los indicadores para comenzar con la implantación del mismo.

Dado que es una demanda que surge desde Atención Primaria, esperamos que la información sea de utilidad y ayude al clínico a tener una visión global de su práctica asistencial sobre las personas de su cupo.

CONCLUSIONES

La acogida entre las personas a las que se les ha presentado está siendo muy buena y estamos pendientes de finalizar la validación para poder abrirlo de forma general.

EVALUACIÓN DEL USO DE TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

 MARTINEZ LAX, ANA MARIA • CARRILLO LOPEZ, LAURA • MARTINEZ GALERA, CRISTINA • JODAR REVERTE, MARÍA • CONESA CARRILLO, MIGUEL ÁNGEL • SANCHEZ NANCLARES, GORKA

 SERVICIO MURCIANO DE SALUD • ⁽²⁾ SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Identificador: 427

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Nuestro modelo sanitario, reactivo y presencial, compromete la sostenibilidad del sistema público de salud a causa del imparable envejecimiento de la población. Mediante el uso de las nuevas tecnologías hemos intentado demostrar que se puede mejorar la vida de nuestros mayores. Nuestro proyecto, se dirige a pacientes mayores de 55 años con insuficiencia cardiaca crónica (ICC), dada su alta prevalencia, morbimortalidad y coste. Sin embargo, la brecha digital en pacientes mayores puede ser un obstáculo para aplicar una nueva forma de atención.

OBJETIVO

Evaluar la usabilidad de diferentes tecnologías para crear un nuevo modelo de asistencia sanitaria, que denominamos “atención líquida”, en pacientes con (ICC), con el fin de conocer la factibilidad de las nuevas tecnologías en pacientes mayores.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo que se centra en recoger las percepciones de los pacientes sobre la usabilidad de ciertas tecnologías orientadas al cuidado de su salud. Durante 12 meses, 150 usuarios mayores de 55 años con (icc) participan en este proyecto, orientado a fomentar un envejecimiento activo a través de las nuevas tecnologías. Para ello, se utiliza una aplicación móvil (app) y otros dispositivos que controlan su estado de salud, todo ello conectado remotamente con un call center, formado por cinco enfermeras especialistas en atención familiar y comunitaria. Además de las tecnologías propias del proyecto, se han probado diferentes dispositivos durante el mismo, a través de una “open call”, siendo un electrocardiograma (cardionow) y un smartwatch con asistente de voz. Tanto a la entrega como a la retirada de dichas tecnologías se pidió a los pacientes que completaran el cuestionario SUS (System Usability Scale), ya que es la escala clásica validada para dicho fin. El SUS indica que el promedio >68 es un resultado aceptable, <68 indica que hay aspectos a corregir.

RESULTADOS

CardioNow Promedio Inicial (P1): 82.76 y Promedio final (P2): 81.05 Mediana Inicial (M1): 90.00 y mediana final (M2): 82.50 Nexus P1: 90.50 Y P2: 88.21 M1: 85.00 y M2: 90.00 A PPP1: 73.04 y P2: 88.65 M1: 75.00 y M2: 90.00

CONCLUSIÓN

Estabilidad y Mejora en CardioNow: A pesar de una ligera disminución en los puntajes finales, CardioNow se mantuvo como una tecnología bien recibida por los usuarios, con un buen nivel de usabilidad. Alta Aceptación de Nexus: Las altas puntuaciones indican que los usuarios encontraron útil y fácil de usar esta tecnología, lo que sugiere que cumple bien con su propósito de mejorar la salud y lo hábitos de vida a través de la interacción por voz. Mejora Notable en la (APP): La (APP) para la recolección de datos mostró la mejora más significativa en términos de percepción de usabilidad. Esto indica que las tres tecnologías evaluadas son percibidas positivamente en términos de usabilidad. La aceptación general y la mejora en las puntuaciones sugieren que estas tecnologías tienen un gran potencial para ser integradas en prácticas de salud cotidianas



BUSCANDO LA EXCELENCIA, DANDO VOZ A LOS PACIENTES

 RUBIO PAEZ, SANDRA

 CST CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. HOSPITAL UNIVERISTARI

Identificador: 428

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

INTRODUCCIÓN

La experiencia del paciente es un eje primordial en las estrategias de los centros sanitarios con el objetivo de implicar a las personas en las decisiones y resultados de salud, así como en el proceso de atención sanitaria. Nuestra Unidad está certificada con la Norma UNE-ES 9001:2015 de un hospital de cuarto nivel.

Las unidades de Diálisis necesitan disponer de la valoración de sus pacientes para mejorar los circuitos de atención al paciente y diseñar acciones de mejora.

OBJETIVO

Evaluar los aspectos de mejora derivados de estudio de satisfacción de los pacientes de nuestra unidad de Diálisis en tratamiento sustitutivo renal (TSR) de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

MATERIAL I MÉTODOS

Estudio prospectivo anual realizado en el primer trimestre del 2024, mediante un cuestionario estructurado ad-hoc. Las preguntas del cuestionario son tipo test y se estructuran según las siguientes dimensiones: trato, espacio, transporte, intimidad, información y decisiones compartidas. Además, grado de satisfacción global y si pudiesen escoger, si volverían a escoger nuestro centro para recibir los cuidados.

Además, un apartado abierto para comentarios que se recogerán de manera cualitativa.

La encuesta se ha realizado en formato papel con opción voluntaria de colocarla en una urna de forma anónima. Los datos se han enviado a Microsoft Forms para su registro y análisis.

RESULTADOS

La participación en el proceso de evaluación de la satisfacción ha sido la siguiente

Hemodiálisis: 77%

Diálisis Peritoneal: 92%

En cuanto a la disposición del profesional para la escucha tienen entre perfecta y muy buena en el 90 % de los pacientes en HD y en DP en 100% responden que la disposición es perfecta.

En HD, el 89.78% responden que la unidad se adecua perfectamente a sus necesidades. Ningún paciente responde que no se adecua, o se adecúa mal. Y en DP que se adecua perfectamente.

Por lo que respecta a la intimidad, en HD el 49% responde que bastante y un 6% responde que no. En DP, 83% refiere que si se respeta.

Sobre el transporte en HD, el 42.85% responde que mal, y el resto entre regular y bien.

EL 96% volvería a escoger nuestro centro para su tratamiento dialítico y el resto no o no lo tienen claro. EL DP el 100% están satisfecho y volverían a escoger nuestro centro de nuevo.

El resume de nuestro Net Promote Score (NPS) es de 57%, con 29 promotores, 19 pasivos y 1 detractor.

A nivel cualitativo, hay opiniones de agradecimiento y cariño hacia los profesionales, y opiniones negativas sobre el transporte.

CONCLUSIONES

Tanto en Hemodiálisis como en Diálisis Peritoneal, el aspecto mejor valorado fue la disposición del personal y que volverían a escoger nuestro centro.

El peor valorado es el transporte sanitario, incluso en los comentarios cualitativos, exponían sus quejas por el personal de las ambulancias.

Se considera necesario continuar realizando estas encuestas para evaluar y conocer las necesidades de los pacientes de nuestra unidad.

ADECUACIÓN DE LA TERAPIA INHALADA PARA LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE

 *Pastor García, Gemma María • García Carro, Miriam • Adami Teppa, Pedro José • Calle Rubio, Myrian • Martínez Millán, Juan Francisco*

 *Hospital Clínico San Carlos*

Identificador: 429

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Los propelentes hidrofluorocarbonados (HFC) que contienen los actuales inhaladores de cartucho presurizado (pMDI) contribuyen al calentamiento global como gases de efecto invernadero con un potencial de calentamiento global entre 1.300 y 3.320 superior al CO₂. Las sociedades científicas recomiendan en la elección del dispositivo de inhalación valorar las necesidades clínicas, pero también con responsabilidad por su impacto en el medio ambiente. Estudios realizados han puesto de manifiesto que entre el 60-70% de los usuarios de una terapia inhalada no la utilizan de forma apropiada, lo cual ha demostrado aumentar el uso de inhaladores de rescate que en su mayoría son pMDI con efecto invernadero y aumentar el uso de recursos sanitarios por descompensaciones que precisan visitas a urgencias y hospitalización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Mejorar el uso de la terapia inhalada en nuestra área de referencia

Fase 1

- Analizar la práctica terapéutica en la prescripción y uso de inhaladores en pacientes atendidos. Formación de los profesionales de la salud en la terapia inhalada para la salud y su impacto en el medio ambiente, para una correcta prescripción y elección del dispositivo, y un adecuado adiestramiento acorde a las necesidades clínicas, y con responsabilidad por su impacto en el medio ambiente.
- Potenciar los autocuidados en el paciente que permitan un mayor conocimiento del uso de los inhaladores y del control de la enfermedad.

Fase 2

- Sensibilización a los profesionales, pacientes y público sobre impacto en el medio ambiente.
- Promover el reciclaje de inhaladores.
- Elaborar protocolos de uso de inhaladores, con pop up informáticos de ayuda en la prescripción de un tratamiento inhalado.

Fase 3

- Evaluar nivel de conocimiento de los profesionales y pacientes sobre el impacto ambiental y el reciclado (antes y después de las acciones formativas y divulgativas).
- Cuantificar huella de carbono por inhaladores utilizados (antes y después de las acciones formativas y divulgativas).
- Reevaluar cambios en la práctica clínica en terapia inhalada en salas de hospitalización mediante estudio evaluativo para valorar cambios.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES


- Mantener un correcto uso del inhalador es un aspecto clave para conseguir los objetivos terapéuticos. Se ha demostrado que una tasa de adherencia más alta y un menor número de errores se asocia fuertemente y de forma significativa con un menor número de hospitalizaciones por exacerbación de EPOC y un menor riesgo de mortalidad.
- Simplificar el tratamiento inhalado es una necesidad ya que se asocia fuertemente y de forma significativa con un menor número de agudizaciones, visitas a urgencias y mayor control de la enfermedad.
- Reducir huella de carbono asociada al sobreuso de pMDI.

El proyecto agrupa un conjunto de actuaciones que son implementables y pueden ser replicables en otras áreas de salud, ya que no requiere de equipamientos específicos.



IMPLANTACIÓN DE UN MODELO AUDITORÍAS INTERNAS CSUR

 Rapela Freire, Alba • Pichardo Galán, Francisco Javier • Rojas Chicote, Carmen • Almendro Martínez, Isabel • Ruiz Tornero, Ana • Rodríguez Quirós, Alejandro

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 430

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El proceso de designación de una unidad como Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) es complejo y cuenta con gran exigencia en cuanto a estándares de seguridad del paciente.

La auditoría interna es un instrumento que sirve para detectar áreas de mejora sobre las que una unidad debe actuar para mejorar su desempeño y enfrentarse a los estándares requeridos para ser un centro de referencia.

OBJETIVO

El objetivo principal del proyecto fue implementar un modelo de auditorías internas sobre los estándares del CSUR para favorecer la cultura de seguridad entre los profesionales y asegurar que la organización cumple con los criterios y estándares necesarios.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo basado en la implementación de un modelo de auditorías internas durante el año 2023. El equipo auditor estaba formado por profesionales de la sección de calidad. Para las auditorías internas se seleccionaron de manera aleatoria profesionales de las unidades candidatas y se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Elaboración de un guion propio de auditoría

Formación y capacitación del personal en los estándares requeridos y en el uso de las herramientas de auditoría

Auditoría piloto para ajustar el guion y metodología antes de la implementación completa

Auditorías Internas formales en las unidades candidatas a CSUR. Cada auditoría incluyó revisión de documentación, observación directa de procedimientos y entrevistas con el personal

Análisis de Resultados: Se identificaron fortalezas y debilidades en el cumplimiento de los estándares. Se elaboraron informes detallados para cada unidad auditada con recomendaciones específicas

Se estableció un sistema de seguimiento y evaluación para asegurar la implementación efectiva de las mejoras propuestas

RESULTADO

Se realizaron un total de 6 auditorías internas en el periodo de estudio. Tras las mismas se observó una mejora en el cumplimiento de estándares CSUR y mayor seguridad de los profesionales para enfrentarse a la auditoría externa.

Se mejoró el registro y trazabilidad de sesiones clínicas, los resultados relacionados con identificación inequívoca y con la cumplimiento del listado de verificación quirúrgica. La notificación de incidentes de seguridad aumentó tras la implementación de auditorías internas. Además, las auditorías promovieron la difusión y adherencia a protocolos.


Por último, permitieron diseñar un plan de mejora continua con acciones correctivas, preventivas y hacer un seguimiento periódico.


CONCLUSIÓN

La implementación del sistema de auditorías internas demostró ser una herramienta eficaz para identificar y corregir deficiencias. La experiencia en nuestro hospital sugiere que este enfoque puede ser altamente beneficioso para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad y mejorar los resultados clínicos.

Gracias al sistema de auditorías internas, el hospital se encuentra mejor preparado para enfrentar el proceso de acreditación como CSUR.

DATOS SANITARIOS MACRO DE LAS MUTUAS LABORALES EN ESPAÑA: UN BISMARCK EN LA CORTE DEL REY BEVERIDGE

 Manzanera López, Rafael ⁽¹⁾ • Torres Magán, Marta ⁽²⁾ • Moya Alcocer, Diego ⁽²⁾ • Crespo Sanz, Javier ⁽²⁾ • Vázquez Quintas, Manuel ⁽³⁾ • Mira Solves, Jose Joaquin ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Universidad Pompeu Fabra • ⁽²⁾ MC Mutual • ⁽³⁾ Asepeyo • ⁽⁴⁾ UHM

Identificador: 431

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS) nacen con la segunda revolución industrial. A partir de los gremios y cofradías, grupos homogéneos de trabajadores de distintos sectores productivos, se crean entidades mixtas, aseguradoras y asistenciales, que dan respuesta a la responsabilidad de los empresarios para proteger a sus trabajadores frente a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, produciéndose la consolidación de un sistema propio, las MCSS en su acepción actual. A día de hoy no existen apenas estudios sobre su actividad sanitaria y la naturaleza médica de la incapacidad, no obstante, los equipos de Fernando Benavides, Jordi Delclós y Consol Serra (CISAL) y José Manuel Vicente Pardo (INSS), han iniciado esta línea de investigación.

OBJETIVO

Aportar los principales parámetros sanitarios macro de las MCSS a partir de los datos obtenidos de las publicaciones oficiales del año 2022.

METODOLOGÍA

Se consultan tablas de población protegida, volumen económico, pacientes atendidos de forma ambulatoria y hospitalaria, sus indicadores asistenciales y de coste en las siguientes fuentes oficiales (públicas y disponibles en Internet) del ejercicio 2022: Memoria económico-financiera de MCSS de la DGOSS, informes de AMAT y Memorias de las 18 MCSS y los 2 hospitales intermutuales.

RESULTADOS

En 2022, las MCSS protegieron a 18.971.500 trabajadores. Se recaudaron 16.405 millones de € a través de cuotas de la Seguridad Social, representando el 88,5% de los ingresos corrientes totales. Hubo 630.384 accidentes de trabajo con baja (99% leves, 0,7% graves, 0,3% mortales) y 22.130 enfermedades profesionales (43% con baja). Las MCSS contaron con 10.668 sanitarios de 21.293 profesionales totales, 1.058 centros ambulatorios, 1.234 camas hospitalarias y 76 quirófanos. Atendieron a 2.915.680 pacientes ambulatorios, con un coste medio de 238,88€ por paciente. Hospitalizaron a 75.122 pacientes, de los cuales 46.111 fueron tratados con medios propios (39% de ocupación y estancia media de 3,2 días) y 29.011 con medios ajenos (128.074 estancias y estancia media de 4,4 días). El coste medio por estancia hospitalaria fue de 1.661€.

CONCLUSIONES

Dos indicadores de la dimensión de este sector son la población protegida y los recursos económicos gestionados, sin embargo, la información sanitaria disponible es escasa e irregular, a pesar de que la actividad sanitaria está vinculada a la evaluación, con el objetivo de retornar al trabajador a su vida cotidiana y laboral. En cuanto al gasto público en sanidad en 2022, España representó el 7,3% del PIB (92.072 millones de €), y el gasto sanitario privado un 2,5 % del PIB (32.140 millones de €). Según los datos consultados de actividad y coste por paciente de las MCSS, se ha estimado que han destinado en torno a un 5-10% a la atención sanitaria y evaluadora. Hay que profundizar en este tipo de estudios sanitarios en las MCSS, para complementar la escasa bibliografía existente.

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA “ATENCIÓN LÍQUIDA”.

 MARTÍNEZ GALERA, CRISTINA • MARTÍNEZ LAX, ANA MARÍA • CARRILLO LÓPEZ, LAURA • SANCHEZ NANCLARES, GORKA • CONESA CARRILLO, MIGUEL ÁNGEL • JODAR REVERTE, MARÍA

 SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Identificador: 432

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro actual modelo sanitario, reactivo y presencial, compromete la sostenibilidad del sistema público de salud. Este proyecto pretende mejorar la vida de nuestros mayores a través de las nuevas tecnologías. Nos dirigimos a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC), planteando la “atención líquida” como posible mejora, un modelo de atención proactivo y personalizado, basado en signos objetivos y predictivos de complicaciones.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo del presente trabajo fue evaluar cómo la “atención líquida” mejoró la calidad de la asistencia sanitaria en pacientes con ICC mediante un ensayo clínico no aleatorizado controlado. Durante 14 meses, 130 usuarios mayores de 55 años con ICC participaron en este piloto. Tuvieron acceso a una aplicación móvil (app) vinculada con un centro de teleasistencia (call-center) conformado por cinco enfermeros especialistas en atención familiar y comunitaria. A través de esta herramienta se recopilaba información sobre las condiciones sociosanitarias de cada paciente, así como mediciones objetivas de signos vitales. El call-center analizaba estos datos diariamente, identificando de manera temprana cualquier desviación en el estado de salud y en función de las necesidades detectadas, se intervenía de forma temprana. El periodo analizado fue desde el 1 de marzo de 2023 al 30 de abril de 2024.


RESULTADOS


Se realizaron 1251 llamadas, de éstas, 897 (71,70 %) fueron de seguimiento de la patología, 225 (17,98%) se realizaron tras haber recibido alarmas generadas por el estado de salud y 129 (10,31 %) por incidencias o dudas relacionadas con las tecnologías. Además, se realizaron 129 visitas domiciliarias a los pacientes cuya situación les impedía desplazarse, para formarlos en el proyecto y evaluar sus necesidades. Estos contactos generaron 256 intervenciones a causa del estado de salud o social de los pacientes. De las cuales, 184 incidencias (71,87%) fueron resueltas directamente por el call-center, mientras que en 59 ocasiones (23,04%) fue preciso la derivación a atención primaria. Solo en 5 (1,95 %) ocasiones se derivó a urgencias y en 8 ocasiones (3,12 %) a servicios sociales. Además, se realizaron 36 talleres grupales formativos sobre “empoderamiento en insuficiencia cardíaca”, “actividad y ejercicio”, “relajación” y “alimentación saludable”.

CONCLUSIONES

El 71,87 % de las incidencias fueron directamente resueltas por el call-center, mejorando la accesibilidad y actuando de forma temprana ante posibles complicaciones en el estado de salud. Además, los pacientes han adquirido conocimientos sobre su enfermedad y sobre estilos de vida saludables. Este nuevo modelo sanitario pretende facilitar un sistema de cuidados proactivo, más eficiente y justo, mediante la capacitación personalizada del paciente, garantizando la atención a quienes más la necesitan y no sólo a quienes la reclaman, evitando que nuestro sistema caiga en la desigualdad de la ley de cuidados inversos.

ADECUACIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE PARÁMETROS EN EL CRIBADO DE HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL DEL PRIMER TRIMESTRE.

 Romero Real, M^o del Valle • Pascual Ramírez de Arellano, Mónica • Melgares de Aguilar Marco, Raquel Victoria • Cabanes Madrid, Jesus • Parraga García, Daniel • López Jiménez, Ana Elena

 H.U 12 de Octubre • H.U. 12 de Octubre

Identificador: 434

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las diferentes sociedades científicas han propuesto diferentes puntos de cortes a lo largo del tiempo para valorar el rango de normalidad del perfil tiroideo durante la gestación. Entre ellas, la guía ATA (American Thyroid Association) redefinió los valores normales de TSH en el primer trimestre que, hasta 2011 establecían un corte superior de normalidad de 2,5 mUI/mL, a un nuevo punto de corte más conservador (4,0 mUI/mL) apoyado por numerosos estudios epidemiológicos, como consecuencia del sobrediagnóstico y sobretratamiento encontrado.

En nuestro centro, si bien los rangos de normalidad para TSH en el primer trimestre son de 0,08 a 4,28 mUI/mL, se ejecuta una regla de ampliación automática incorporada en el SIL para la determinación de T4L y anticuerpos antiperoxidasa (ATPO) a partir de un valor de TSH igual o superior a 2,5 mUI/mL.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se establece como objetivo evaluar el rendimiento diagnóstico de la ampliación de estas pruebas en el rango 2,5-4,0 mUI/mL de TSH con el fin de adecuar su ampliación en relación a las guías ATA.

Para ello, se llevó a cabo la revisión del conjunto de analíticas correspondientes al cribado tiroideo del primer trimestre, llevado a cabo entre la semana 9-11 de gestación, del pasado año 2023 de nuestro hospital. Del total de 3923 peticiones, se filtraron aquellas con un valor de TSH comprendido entre 2,5-4,0, rango objetivo de estudio, y se analizaron los parámetros ampliados de T4L y ATPO, así como el historial tiroideo y tratamiento recibido en cada una de las gestantes.

RESULTADOS


Del total de peticiones del cribado tiroideo (3923): 2637 (67,2%) presentaban TSH <2,5 mUI/mL y 403 (10,3%) una TSH >4,0 mUI/mL y, por tanto, con indicación terapéutica. En nuestro rango de interés (2,5-4,0) encontramos 883 gestantes (22,5%), a todas las cuales se les realizó la ampliación de T4L y ATPO, resultando de ellas 783 ATPO negativo y 100 ATPO positivos. Para este último grupo, se realizó una revisión de su historial clínico (hipotiroidismo previo e indicación de tratamiento). De estas 100, 20 presentaban diagnóstico previo de hipotiroidismo con tratamiento sustitutivo; mientras que de las 80 restantes: 45 recibieron indicación terapéutica, aunque sólo 4 presentaban T4L por debajo del límite inferior de normalidad, en 31 se recomendó únicamente control del perfil tiroideo en los consecutivos trimestres y 4 sufrieron abortos diferidos. De este modo, de las 783 peticiones ampliadas tan sólo el 10,2% fueron potenciales nuevos diagnósticos de hipotiroidismo gestacional, con criterios de actuación no uniformes.


CONCLUSIONES

La ampliación de T4L y ATPO en gestantes de primer trimestre con TSH entre 2,5-4,0 permitió identificar un 2% de posibles nuevos casos de hipotiroidismo gestacional del total de embarazadas cribadas. El bajo rendimiento diagnóstico unido a la heterogeneidad en el seguimiento y tratamiento hace razonable incorporar los criterios ATA y adecuar esas 1766 pruebas ampliadas.



PROYECTO SOBRE EL IMPACTO DEL MEDIOAMBIENTE, INCLUIDO EL CAMBIO CLIMÁTICO, EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN HOSPITAL

 *Abad Revilla, Ángel* ⁽¹⁾ • *Martín Sánchez, Fernando* ⁽¹⁾ • *Gómez Galindo, Ana* ⁽¹⁾ • *Díaz Jiménez, Julio* ⁽²⁾ • *Linares Gil, Cristina* ⁽²⁾ • *Torres Santos-Olmo, Rosario* ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital La Paz • ⁽²⁾ ISCIII • ⁽³⁾ Hospital la Paz

Identificador: 435

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

La salud, y la enfermedad, es el resultado de la compleja interacción entre factores biológicos, sociales y ambientales. Las exposiciones ambientales de un individuo en un momento dado impactan en su salud. La OMS estima que el 23% de la mortalidad mundial se debe a factores medioambientales. En España se estima que alrededor del 16-19%.

OBJETIVO

El objetivo es desarrollar, en nuestro hospital, un modelo epidemiológico explicativo y predictivo que permita conocer el impacto de los factores de riesgo medioambientales de la zona geográfica de influencia del hospital, en la demanda de atención a pacientes en el servicio de urgencias y hospitalización.

METODOLOGÍA

Se obtendrán datos ambientales (temperatura, contaminación, ruido, polen) a partir de datos abiertos de sensores públicos y datos clínicos a través del análisis y extracción de datos de los sistemas de información clínica del hospital (CMBD, historia clínica electrónica, atención primaria).

Los modelos predictivos se integrarán en el cuadro de mando del hospital, para mejorar la gestión y planificación de recursos. El conocimiento adquirido o generado revertirá en los pacientes. El modelo predictivo se desarrollará con IA (Inteligencia Artificial)

El modelo (algoritmo) deberá incluir

como problemas de salud:

- problemas de salud respiratorios (Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE 10, de los códigos J00 al J99)
- problemas de salud circulatorios (Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE 10, de los códigos I00 al I99)
- Enfermedad de Parkinson (CIE 10, G20)
- Enfermedad de Alzheimer (CIE 10, G30)
- Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-29)
- Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos (CIE 10, F30-39)
- Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (CIE 10, F40-49)

Como variables medioambientales:

- Contaminación atmosférica:
 - Partículas de diámetro inferior a 2,5 µm (PM 2,5)
 - Partículas de diámetro inferior a 10 µm (PM 10)
 - Dióxido de nitrógeno (NO2)
 - Ozono (O3)
 - Dióxido de azufre (SO2)
- Temperaturas:
 - Temperatura máxima diaria
 - Temperatura mínima diaria
- Polen
- Ruido

RESULTADOS


Se ha creado una alianza entre el hospital, el Instituto de Salud Carlos III y el Instituto de Empresa para la elaboración del algoritmo. En el momento actual se están extrayendo los datos clínicos.

CONCLUSIONES

Incorporar los determinantes medioambientales en la práctica clínica es fundamental para poder conocer el impacto y por tanto planificar la protección y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en cualquier nivel. Es pasar de lo poblacional a lo individual.



EL CUADRO DE MANDO DE VIOLENCIA DE GÉNERO COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS

 *Rodríguez Lara, M^o Del Pilar • Medina Duque, M^o Teresa • Lazcano González, M^o Carmen • Díaz Pérez, Aurora • Quintero Solís, M^o Luisa • Jiménez Estrada, M^o del Carmen*

 *Hospital San Juan De Dios del Aljarafe*

Identificador: 436

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Es fácil encontrar en la literatura información referente a Cuadros de Mando Integrales que recogen una serie de indicadores clínicos del funcionamiento del hospital y de sus servicios, que constituyen una herramienta útil para su gestión clínica. Sin embargo, es raro que contengan indicadores relacionados con la violencia de género. La violencia de género supone una vulneración de los derechos humanos y es también, como reconoce la propia OMS, un grave problema de salud pública atendiendo a su prevalencia, a su impacto en la salud y a la respuesta que exige por parte de los servicios sanitarios. Por todo ello, vimos la necesidad de implementar un cuadro de mando hospitalario.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es definir un Cuadro de Mando con indicadores extraídos de las estrategias y objetivos marcados, que sirvan para mejorar el abordaje de la violencia contra la mujer en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA

Tomando como base la última versión del Protocolo andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, se identifican aquellos indicadores a medir para cada actuación en los que se detecte cualquier forma de violencia contra las mujeres de la manera más efectiva y normalizada posible incidiendo en la detección precoz.

Difundiendo entre los profesionales la forma de registrar y los campos a cumplimentar por cada profesional.

Proporcionando herramientas que facilitaran el registro

Desarrollando actuaciones para la detección de violencia de género en aquellos casos que no se verbalizan durante su estancia en el servicio de cuidados críticos y urgencias.

Los indicadores se clasifican en: N^o de casos atendidos, Accesibilidad, Seguridad, Coordinación, Continuidad de cuidados, valoraciones

RESULTADOS

Desde la Comisión interdisciplinar ante la violencia de género, se ha implantado un sistema de información que recoge los datos de los registros de la historia clínica. La extracción de los datos de forma mensual ha permitido obtener información a tiempo real para identificar áreas de mejoras, emitir informes y hacer auditorías mensualmente.

CONCLUSIONES

El cuadro de mano no es una plantilla estándar, sino que cada unidad debe adaptarlo a los requisitos particulares de sus estrategias y objetivos.

Un CM bien gestionado se convierte en una herramienta muy útil para comunicar e informar a todos los profesionales que atienden a estas mujeres sobre su trayectoria actual y futura.

Es muy importante la obtención de medidores adecuados, ya que de ellos va a depender en gran medida el éxito de la puesta en marcha del CM.



COMPARACIÓN ENCUESTA ADMINISTRADA MEDIANTE SMS VERSUS ENCUESTA TELEFÓNICA EN UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD

 CALLE URRA, JOSÉ EDUARDO • MÁS CASTILLO, ADELIA • NIETO MARTÍNEZ, PILAR • SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, INÉS • ALMELA BERNAL, JOAQUÍN • ARENAS DÍAZ, CARLOS ALBERTO

 SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN

Identificador: 437

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La disponibilidad de encuestas por sms (mensaje corto a móvil) permite disponer de los resultados de calidad percibida a tiempo real, a diferencia de las encuestas telefónicas actualmente utilizadas en nuestro Servicio Regional de Salud. Presentan sin embargo algunos problemas, como la menor accesibilidad para las personas de edad avanzada, bajo nivel cultural o sin teléfono móvil.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Comparar la metodología utilizada y los resultados obtenidos en las encuestas por sms con los de las encuestas telefónicas a pacientes adultos hospitalizados, para valorar las ventajas e inconvenientes de las mismas, así como la estrategia futura a seguir para medir la calidad percibida: seguir en exclusiva con las encuestas telefónicas, cambio a encuestas por sms, o uso combinado de las mismas.

En cuanto a los aspectos metodológicos se comparó el nº y tipo de preguntas de cada encuesta, la consistencia de la información, el tamaño muestral utilizado, el grado de cumplimentación de las preguntas abiertas y la existencia de sesgo de recuerdo.

Se compararon además los resultados obtenidos en 10 indicadores evaluados, del 17 de abril al 21 de mayo y del 4 de septiembre al 8 de octubre de 2023, en ambos tipos de encuesta: información, identificación del personal, trato del personal sanitario, comodidad de la habitación, servicio y calidad de la comida, pregunta sobre si tenía dolor, utilización de medios para quitar el dolor, sensación de seguridad, satisfacción global e intención de recomendar.

RESULTADOS

El nº de preguntas de las encuestas sms es menor, y deben ser cortas y sencillas. La consistencia de la información es también menor al no poseer una serie histórica de datos. El tamaño muestral alcanzado en las encuestas sms es mayor pero con un menor porcentaje de cumplimentación de las preguntas abiertas. El sesgo de recuerdo es similar en ambas encuestas.

Cinco de las diez preguntas valoradas presentaban diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de cumplimiento alcanzados en ambas encuestas: identificación del personal sanitario (91,7% encuesta telefónica vs 87,6% en sms), trato del personal sanitario (96,8% vs 92,9%), comodidad de la habitación (76,8% vs 85,9%), utilización de medios para quitar el dolor (95,6% vs 85,6%) y sensación de seguridad (91,4% vs 87,2%). En cuatro de estas preguntas los porcentajes de cumplimiento eran superiores en las encuestas telefónicas.

CONCLUSIONES

Tanto las diferencias metodológicas comentadas como los resultados obtenidos aconsejan seguir utilizando las encuestas telefónicas, así como el uso complementario de los cuestionarios sms para recoger información más desagregada en áreas como las consultas externas y en aquellas parcelas de actividad no contempladas en las telefónicas.





OFICINA KAIZEN COMO MOTOR DE LA MEJORA CONTINUA Y LA OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

 MARTINEZ DE MIGUEL, BARBARA • COBAS GAMALLO, JAVIER

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 439

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACION

En un mundo donde la atención médica es fundamental para la calidad de vida de las personas, la eficiencia en la prestación de servicios médicos se vuelve un factor crítico. La optimización de procesos impacta en la eficacia de la atención y juega un papel crucial en la seguridad de los pacientes, la satisfacción del personal médico y la gestión de los recursos hospitalarios. La metodología Lean es una poderosa herramienta altamente efectiva diseñada para maximizar la eficiencia, eliminar desperdicios y mejorar la calidad en los procesos.

OBJETIVOS

Adoptar Lean como decisión clave y estratégica del hospital para la optimización de procesos asistenciales y para la transformación de la gestión a una gestión por procesos.

METODOLOGÍA

Se ha creado una Oficina Kaizen, como equipo lean, líder del cambio para la mejora de los procesos. Este grupo de trabajo tiene las siguientes funciones: Articular y alinear los diferentes proyectos emergentes con la visión del hospital, formar a los profesionales, articular la participación de los pacientes en los diferentes proyectos, promover la cultura de mejora continua, buscar la implicación y participación de los profesionales en los procesos de mejora, identificar las áreas susceptibles de mejora, y el seguimiento y acompañamiento en el desarrollo del proyecto y en la implantación de acciones de mejora. El equipo Lean comenzó el aprendizaje con pequeñas mejoras para poder afrontar retos mayores con el conocimiento adquirido, se realizó con el acompañamiento del sector industrial que nos ayudaron a aplicar el pensamiento lean. Su acompañamiento nos ayudó a progresar en el proceso de aprendizaje. Posteriormente ampliamos nuestra visión y empezamos a visualizar los procesos sin tener en cuenta como estamos organizados estructuralmente.

RESULTADOS


La oficina Kaizen está formada por 13 miembros, liderados por la subgerencia del hospital y coordinadora por la coordinadora de calidad, en el que están representadas todas las áreas del hospital, área de críticos, área médica, área quirúrgica, servicios centrales, urgencias, gestión, farmacia, admisión, informática, pediatría y enfermería. Desde la creación de la Oficina Kaizen, hace tres años, ésta ha liderado varios proyectos: Cardiología Infantil, esclerosis Múltiple, urgencias, transporte Sanitario No urgente, alta precoz, recuperación vascular, vacunación paciente inmunocomprometido, oncocardiología y proceso quirúrgico.

CONCLUSION

La creación de la oficina Kaizen como equipo multidisciplinar, ha sido fundamental para el éxito del proyecto. Este equipo lean cuenta con una clara apuesta de la dirección del hospital, quienes han demostrado su total apoyo e implicación. Los directivos y mandos intermedios están comprometidos y reconocen el valor de la metodología Lean y la filosofía Kaizen en la mejora continua del hospital. El salto al Lean exige que todo el personal, empezando por el gerente sea capaz de cambiar la forma de pensar y priorizar.



COMO MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA FRACTURA DE CADERA: ANÁLISIS Y MEJORAS

 Ruiz Ruiz, Ana María • Rubio Lorenzo, Mónica • Velilla Díez, Guillermo • Pena Pardo, María de los Ángeles • Sánchez Salmón, María Aida • Fariñas Álvarez, María Concepción

 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Identificador: 441

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La fractura de cadera es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en la población anciana. Hay diversos factores que influyen en la evolución, entre ellos la edad, género, la existencia de síndromes geriátricos, tiempo de espera hasta la cirugía e institucionalización. Su atención hospitalaria requiere de un equipo integrado por Traumatólogos, Geriatras, Rehabilitación con fisioterapeutas y terapia ocupacional, enfermería, TCAE y celadores.

OBJETIVOS

Revisar y analizar la vía clínica de atención a los pacientes con fractura de cadera que ingresan en un hospital de tercer nivel y precisan de cirugía.

METODOLOGÍA

Desde la Comisión de Evaluación de Tecnologías del centro, se creó un grupo de trabajo incluyendo a Traumatólogos y Geriatras para revisar de forma retrospectiva una muestra de 64 casos de fracturas de cadera intervenidas en 2022.

Se creó un listado de verificación desde la vía clínica existente y se verificó su cumplimiento.

RESULTADOS

Se revisaron 64 casos, con una edad media de 83 años (42-101), 75% mujeres, con una duración media de ingreso de 14 días (3-57), 41 casos (66%) tenían valoración por Geriatría, 22 (36%) fueron operados en las primeras 48 horas, se consiguió la sedestación a las 24 horas y la marcha a las 48 horas en un 73% y 54% de los pacientes, con cambio de servicio a Geriatría en el 66% de los casos, una tasa de complicaciones de herida quirúrgica del 7%, seguimiento por Traumatología en 81% y geriatría 53% y funcionalmente un 76% con recuperación total y parcial. Mortalidad hospitalaria y al mes del 20%.

Partiendo de estos resultados se desplegaron varias acciones de mejora: revisión del retraso de tiempo hasta cirugía, incluyendo anticoagulación, antiagregación y día de la semana, registro detallado de las complicaciones postoperatorias no relacionadas con herida quirúrgica, eEstablecer los criterios de seguimiento en consultas externas y análisis de la procedencia previa.


CONCLUSIONES

La revisión sistemática de vías clínicas ya establecidas es una fuente para encontrar puntos de mejora. Realizando esta revisión de forma multidisciplinar, con la participación de las comisiones clínicas y la unidad de calidad, mejora la comunicación entre los diferentes profesionales implicados.



LA FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES, UN PILAR EN EL CAMBIO DEL PARADIGMA DEL ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO

 Secades Muñiz, Carmen ⁽¹⁾ • Bonis Domingo, Lucía ⁽²⁾ • Fernández Vega, Jorge ⁽³⁾ • Fraguas Bravo, Ignacio ⁽⁴⁾ • Martín Sanz, Sara ⁽⁵⁾ • Villareal Álvarez, Jaione ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud • ⁽²⁾ C.S. Camargo Costa. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽³⁾ C.S. Solares. Gerencia Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽⁴⁾ C.S. Colindres. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽⁵⁾ C.S. Solares-Liérganes. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud • ⁽⁶⁾ C.S. Astillero. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud

Identificador: 442

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico afecta a un 20% de la población en países desarrollados, impactando negativamente su calidad de vida. El abordaje, tradicionalmente farmacológico, ha demostrado ser insuficiente y, en muchos casos, conlleva efectos secundarios adversos. La formación en métodos no farmacológicos para el manejo del dolor crónico es crucial para implementar estrategias más efectivas y seguras en la práctica clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de esta comunicación es destacar la importancia de la formación de los profesionales de salud en el manejo no farmacológico del dolor crónico. Se realizó un programa de formación multiprofesional destinado a profesionales de Atención Primaria. La efectividad del programa se evaluó mediante encuestas pre y post formación, así como la satisfacción y la información cualitativa de los resultados en los participantes mediante preguntas abiertas.

RESULTADOS

Los resultados mostraron un cambio significativo en el conocimiento y las actitudes de los profesionales respecto al manejo del dolor crónico. Antes de la formación, solo el 68.42% de los participantes reconocían la efectividad de las estrategias no farmacológicas. Posteriormente, este porcentaje aumentó al 92.31%. Además, la actividad fue valorada con un 4,9/5 de forma global y los profesionales compartieron su entusiasmo por este cambio de perspectiva y su interés por el desarrollo e implantación de nuevas intervenciones y programas basadas en este enfoque.

Los resultados de esta iniciativa formativa resaltan la necesidad de integrar estos enfoques en la práctica clínica diaria y fomentar la educación continua de los profesionales de salud en esta área.



CONDICIONES DE ENTREGA DE MATERIAL QUIRÚRGICO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

 Vaquero Lázaro, Noelia • Millan Lopez, Carolina

 Hospital universitario Miguel Servet

Identificador: 443

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACION

Desde la central de esterilización, hace años que se registran incidencias de recepción de material procedente del servicio de quirófano.

La evidencia de los hechos motivó las ganas de querer llevar a cabo una serie de prácticas para aumentar el conocimiento de las condiciones de entrega de material y darlas a conocer, con idea de reducir su incidencia.

OBJETIVOS

- Dar a conocer las condiciones de envío óptimas.
- Evitar el deterioro de instrumental quirúrgico por un mal tratamiento.
- Mejorar la comunicación entre Central de Esterilización y Quirófano.
- Mejorar el flujo de trabajo.
- Agilizar los procesos de tratamiento de material.

METODOLOGIA:

- Programa de sesiones formativas
- Elaboración de un póster visual

RESULTADOS


- Cuestionarios pre y post sesión, para comprobar la asimilación de información. (abril y mayo) con mejoría de aciertos en el cuestionario postsesión.
- La acogida de estas sesiones ha sido positiva, comprobado verbalmente por los asistentes y la valoración de las sesiones en el cuestionario de satisfacción.
- Registro de incidencias de dos meses en los cuales se ve una ligera disminución del número de incidencias.

CONCLUSIONES

- Aunque esta en proceso de aplicación estamos viendo que van disminuyendo el número de incidencias, permitiendo una mejor fluidez en los procesos de limpieza de material.
 - El póster, además de estar ya implantado, a futuro servirá de material de consulta y guía para nuevas incorporaciones de personal.
-



EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD EN EL ORDEN Y LIMPIEZA DEL BOX DEL PACIENTE CRÍTICO ADULTO EN EL HCUVA

 Baeza Mirete, Manuel ⁽¹⁾ • García Corbalan, Maria Isabel ⁽¹⁾ • Iniesta Alcazar, Javier ⁽¹⁾ • Iniesta Cortés, Paloma ⁽²⁾ • Beteta Fernandez, Maria Dolores ⁽¹⁾ • Alloza Vicente, Beatriz Carmen ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca • ⁽²⁾ Universidad Católica de Murcia

Identificador: 445

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El orden y la limpieza del área de trabajo en un paciente crítico es fundamental para evitar riesgos mayores que pueden derivar en consecuencias fatales para nuestros pacientes, ya sean por problemas relacionados directamente por la higiene ambiental o por la mala praxis relacionada con el desorden de los profesionales que atienden a estos pacientes. Se ha detectado un problema relacionado con el orden y la limpieza de los boxes de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos en relación a la acumulación de material u otros dispositivos que no son necesarios, impidiendo estos una limpieza adecuada del espacio.

OBJETIVO

Encontrar las causas que llevan a este problema.

Implementar medidas de mejora en el orden y limpieza de los boxes.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un plan de mejora sobre el orden y la limpieza del box del paciente crítico mediante un análisis de las causas que llevan a tener un déficit en el orden y limpieza que pueden dar un posible aumento de los efectos adversos sobre el paciente. Una vez realizado este análisis se han priorizados las acciones correctivas necesarias para mejorar los ítems que han sido evaluados y de esta forma aumentar la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se ha evaluado cinco criterios sobre el orden y limpieza del box del paciente crítico:

No existencia de material en las repisas de las ventanas.No acumulación de material sobre las mesas de soporte informático.El material de higiene del paciente debe estar colocado en la estantería existente para tal efecto.Estantería de monitorización libre de material.Orden lo carros de curas. Durante la primera evaluación se detectó una frecuencia relativa de incumplimientos que oscilaba entre el 17-22%.

Se aplicaron medidas correctoras sobre estos ítems mediante la implantación de un listado de material que debe haber en los almacenes y no en el box. Se implantó una hora de registro de orden al alta del paciente y se compraron nuevos carros de curas y parada para una mejor organización.

Tras una segunda evaluación se detectaron mejoras significativas en cuatro de los cinco criterios evaluados arrojando una significación estadística de $p < 0,001$ en los cuatro últimos criterios y una $p = 0,012$ en el primero de ellos.

La formación específica de los profesionales en este ámbito, la concienciación de las posibles consecuencias sobre el desorden y la implantación de nuevos registros, así como la adquisición de nuevo material ha llevado a una mejora importante en el aspecto que nos ocupa, así como, un aumento en la seguridad de los pacientes.



EVALUACIÓN DE LA TRANSFERENCIA EN LA FORMACIÓN CONTINUADA: DESARROLLO DE UN MARCO EVOLUTIVO

 Hernández Yáñez, María del Carmen ⁽¹⁾ • Corujo Fontes, Sergio José ⁽¹⁾ • Rodríguez, María del Mar ⁽²⁾ • Cabrera Rodríguez, Xenia ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de Formación • ⁽²⁾ Cáceres • ⁽³⁾ Unidad de Apoyo a la Investigación

Identificador: 446

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la transferencia permite conocer el grado de aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas a través de la formación continuada. Para llegar a conocer la huella que estas acciones pueden dejar en el lugar de trabajo y en la propia organización, deben darse numerosas condiciones encadenadas e interdependientes que deben ser evaluadas. Paradójicamente, siendo la evaluación de la transferencia más útil para la organización, sólo hemos venido valorando el grado de satisfacción de las personas empleadas con la actividad formativa. Informes de auditoría externa señalan, como mejora en este ámbito, evaluar la eficacia de la formación continuada entendida en términos de medición de los beneficios asociados a la misma. Este trabajo es el resultado del documento marco que regirá nuestras futuras evaluaciones de transferencia de la formación.

OBJETIVOS

General

- Evaluar el grado en el que las personas participantes en acciones formativas han aplicado o trasladado al puesto de trabajo los conocimientos, habilidades o actitudes adquiridas con la formación continuada.

Específicos

- Adecuar las acciones formativas a las necesidades reales, manifiestas por las personas responsables de la organización.
- Conocer los factores de la organización y del contexto que dificulten o imposibiliten los efectos de las acciones formativas.
- Fomentar la implicación de las personas responsables de la organización en la formación continuada y permitir que sus propuestas de formación contribuyan a mejorar y/o actualizar las aptitudes requeridas en el puesto de trabajo.

METODOLOGÍA

La elaboración del documento se ha desarrollado con una metodología estructurada en varias fases.

Diagnóstico: Identificación de las necesidades, perfil de las actividades a medir y establecimiento de objetivos. Diseño: Elaboración de las herramientas de evaluación y del informe de análisis de los resultados. Integración: incorporación de las encuestas de evaluación en la aplicación para la formación continuada, a fin de aumentar la accesibilidad y el compromiso de las personas participantes.

RESULTADOS

Culmina con la elaboración de un documento definitivo que encapsula todas las directrices, metodologías y herramientas necesarias para guiar esta intervención.

CONCLUSIONES

Este trabajo permitirá medir el impacto real y sostenido de la formación en el desempeño laboral y en la organización en su conjunto. Esperamos que la implementación de esta nueva metodología proporcione resultados valiosos que guíen la toma de decisiones estratégicas en el ámbito de la formación continua.



DISEÑO Y PRIMEROS PASOS DE UN MODELO PROPIO DE GESTIÓN Y DE RECONOCIMIENTO DE CALIDAD PARA UNIDADES ASISTENCIALES

 *González Pastrana, Josefa • Vegas Miguel, Alberto • Maté Enríquez, Tomás • Arrieta Cerdán, Esther • Alcalde Martín, Montserrat • Robles García, Mónica*

 *Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León*

Identificador: 447

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de reconocimiento/modelos de calidad han demostrado ser un elemento facilitador para impulsar y generalizar la cultura de la calidad y para dinamizar la gestión del cambio. Enmarcado en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2022-2026 hemos desarrollado un nuevo modelo de gestión y de reconocimiento para unidades asistenciales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este modelo surge con el objetivo de involucrar a los profesionales de los Servicios Hospitalarios y Equipos de Atención Primaria (EAP) en la mejora de la gestión, la calidad y la seguridad del paciente.

Exponemos los primeros pasos dados en el desarrollo de este sistema propio de reconocimiento.

RESULTADOS

El modelo es un sistema de reconocimiento progresivo que posee tres niveles: Inicial, Avanzado y Excelente. Se sustenta en un marco de gestión de referencia, integrado por estándares (conjunto de prácticas de gestión recomendadas) y por un conjunto de indicadores que miden los resultados a conseguir.

Se compone de 78 estándares, que se agrupan en 4 categorías temáticas: Derechos de los Pacientes, Atención Segura, Gestión de Procesos y Dirección de la Unidad. A su vez, todos los estándares se clasifican en cuatro niveles de complejidad y/o grado de recomendación (G1, G2, G3, G4). Para alcanzar cada uno de los niveles de reconocimiento es necesario cumplir un número progresivo y más exigente de estándares, además de unos resultados determinados medidos con indicadores que se obtienen de forma objetiva y automatizada del sistema de información corporativo.

Para acceder al reconocimiento es necesario realizar una autoevaluación previa seguida de la elaboración e implantación de un Plan de Mejora de una duración no inferior a 6 meses. Posteriormente se realiza una evaluación externa (auditoría).

Una vez definida la versión inicial del Modelo se ha realizado un pilotaje con una representación de distintos tipos de Servicios (médicos, quirúrgicos, críticos...) y EAP (urbanos y rurales), que han participado de forma voluntaria, tras presentarles el Modelo. Con ello se quiere validar el sistema y obtener sugerencias de mejora. De los 24 servicios hospitalarios participantes, han realizado la autoevaluación 17 (70,83%) y han remitido sugerencias de mejora 11 (45,83%). En Atención Primaria han participado 13 EAP, de los cuales, han realizado la autoevaluación 9 (69,23%) y han remitido sugerencias 7 (53,84%). La fase de pilotaje ha supuesto involucrar en las autoevaluaciones a 782 profesionales (36% médicos, 55% enfermeras y 9% otros).

CONCLUSIONES

El modelo está teniendo una buena acogida, a nuestro entender por tres motivos: porque es un modelo "clínico", que los profesionales comprenden, porque está sirviendo para fomentar el trabajo en equipo de manera multidisciplinar y porque estamos trabajando conjuntamente con los profesionales, siendo sensibles a las propuestas de cambio recibidas, lo que favorece el sentimiento de participación y pertenencia a la organización



FORMACIÓN, UN CAMINO SEGURO PARA EL EMPLEADO

 Ruiz Rodríguez, Carolina • Muñoz Bodega, Elena • Braojos Moreno, Irene • Amador Lorente, Caridad

 Hospital Fraternidad Muprespa Habana

Identificador: 448

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Desde la Dirección de la Mutua Fraternidad-Muprespa, consideramos esencial mantener un programa continuo de formación para nuestros empleados, una herramienta clave para mejorar la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros clientes.

Para alcanzar este objetivo, hemos desarrollado un plan formativo con dos vertientes fundamentales:

1. Formación de actualización general: dirigida a las diferentes categorías asistenciales del personal de toda la mutua, distribuidos por el territorio nacional.
2. Formación de actualización e innovación: enfocada en el personal del hospital, con cursos destinados tanto a empleados de nueva incorporación como a los ya establecidos, facilitando la adaptación al entorno laboral y mejorando la capacitación en los procesos más habituales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El principal objetivo de este programa es mantener a nuestros profesionales sanitarios y demás colectivos actualizados en los temas más relevantes para nuestro sector. Con ello, buscamos proporcionar mayor seguridad en la atención y motivar al personal para evitar la fuga de talento.

Desde 2020, la Dirección de Enfermería, en colaboración con el Departamento de Formación, ha desarrollado este programa ajustando los horarios de los cursos para que se realicen en horario laboral. La formación se ofrece tanto a las delegaciones de todo el territorio nacional como a los empleados del hospital. Los cursos realizados en el hospital son grabados y disponibles en la intranet para todos los trabajadores. Al finalizar cada curso, se realiza una encuesta de satisfacción para valorar la formación impartida.

RESULTADOS

La acogida por parte de los empleados ha sido excelente, con alta participación en los cursos. Hemos observado una mayor capacitación y seguridad en los empleados, aplicando los conocimientos adquiridos en su desempeño diario. Los resultados de las encuestas de satisfacción han sido muy positivos, especialmente entre el personal de nueva incorporación, que ha expresado una mejor adaptación a su entorno laboral.

CONCLUSIÓN

Como integrante del Comité de Formación del hospital, llevar a cabo este proyecto ha sido altamente gratificante. Los resultados obtenidos incluyen:

- Gran satisfacción de los participantes, incrementando su motivación.
- Potenciación de la seguridad en sí mismos.
- Mejor capacitación de los empleados en sus funciones.
- Ahorro de tiempo y costes en la elaboración de procesos.
- Mejora en la calidad asistencial a nuestros clientes.
- Aumento del sentido de integración en la mutua y en el hospital.
- Contribución a la obtención de resultados organizacionales.

Estamos convencidos de que este plan formativo es un pilar esencial para mantener y mejorar la calidad de nuestros servicios, fomentando un ambiente laboral motivador y seguro para todos nuestros empleados.



ACTUALIZACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN DE SEGURIDAD GENERALIZABLE SOBRE EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA URETRITIS

 DIEZ ALCANTARA, ANA ⁽¹⁾ • PRIETO UTIEL, EVA ⁽²⁾ • BARBERA MARTÍN, AURORA ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIA NOROESTE. MADRID • ⁽²⁾ SERVICIO FARMACIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE. MADRID • ⁽³⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. MADRID

Identificador: 449

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2016, se elaboró en nuestra área una recomendación de seguridad generalizable (RSG) sobre el tratamiento empírico de la uretritis en atención primaria (AP) elaborándose un kit con el tratamiento recomendado disponible en los botiquines de los centros de salud (CS).

En 2023 se identifican en la RSG una serie de discrepancias:

No estaba incluido el tratamiento de elección en alérgicos a betalactámicos.

En el contexto del PROA se detectó que ni la guía de antimicrobianos de nuestra comunidad autónoma ni la RSG tenían actualizado el tratamiento empírico según la evidencia actual.

OBJETIVOS

Actualizar la RSG “Tratamiento empírico de la uretritis” para adaptarla al tratamiento de elección en concordancia con la última evidencia e incluir una alternativa de tratamiento para pacientes alérgicos.

METODOLOGÍA

- Se revisa la evidencia actual para proponer actualizar la guía de antimicrobianos de nuestra comunidad según la evidencia disponible.
- Se revisa la última edición de esta RSG para actualizar la pauta farmacológica de elección e incluir la alternativa en caso de alergia a cefalosporina. Anteriormente se consideraba como tratamiento empírico de elección: Ceftriaxona 500mg IM dosis única + Azitromicina 1g vía oral (VO) dosis única.

RESULTADOS

Se actualiza la guía de antimicrobianos de nuestra comunidad y la RSG “tratamiento empírico de la uretritis” acorde a la actualización de la guía según las nuevas recomendaciones. Se indica:

- Elección: Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
- Alérgicos a betalactámicos: Gentamicina 240 mg IM dosis única + Azitromicina 2 g vía VO dosis única.
- Si hay dudas de cumplimiento: Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + Azitromicina 1 g vo dosis única.
- Si no se puede usar doxiciclina (no por problema adherencia): Ceftriaxona 500 mg IM dosis única + Azitromicina 500 mg y continuar con Azitromicina 250 mg cada 24 horas 4 días más.

Se actualizan los kits con los antibióticos disponibles en el botiquín, así como el procedimiento de solicitud de cada uno:

- Ceftriaxona 500 mg IM vial: se solicitará a través del programa de gestión.
- Kit de uretritis para alérgicos a cefalosporina: se solicitará el kit por correo electrónico.
- Kit de uretritis si sospecha de incumplimiento terapéutico: se solicitarán las unidades necesarias a través del programa de gestión. El kit se envía elaborado a todos los CS.
- Si se precisa tratamiento con doxiciclina 100 mg o azitromicina 250 mg (según indicación), se prescribirá para que el paciente lo adquiera en la oficina de farmacia y complete el tratamiento de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

Tras la actualización de esta recomendación de seguridad generalizable se espera evitar los errores de medicación relacionados con el tratamiento de la uretritis empírica en los centros de salud.



YO TAMBIÉN PARTICIPO EN MI SEGURIDAD

 MARTIN GONZALEZ, VANESA • PUERTO SANCHEZ, JON ANDER • CELORRIO DIEZ, SARA

 OSI BARAKALDO-SESTAO (OSAKIDETZA)

Identificador: 450

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACION

La implicación de pacientes en su seguridad constituye un desafío que requiere un enfoque integral que incorpore y potencie el papel de la persona atendida sin olvidar que la responsabilidad principal de la asistencia recae en el propio sistema sanitario. Se trata de reconocer, potenciar y aprovechar las experiencias y capacidades de la ciudadanía para contribuir a mejorar la seguridad del sistema sanitario. Cuando las organizaciones sanitarias y sus profesionales trabajan en estrecha colaboración con pacientes, sus familias y personas cuidadoras, el sistema es más seguro y las personas atendidas tienen mejores experiencias y resultados de salud. A través de su participación activa pueden actuar como barrera de seguridad, contribuyendo a prevenir y/o detectar precozmente situaciones de riesgo y algunos de los fallos que se originen durante la asistencia sanitaria.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Dentro del marco del día internacional de Seguridad del paciente, queríamos conocer que prácticas identificadas como seguras son llevadas a cabo por los pacientes en su día a día y en su contacto con el sistema sanitario. Para ello, realizamos una encuesta que recogía unas 3-4 preguntas relacionadas con 3 aspectos de seguridad de los pacientes: Identificación segura, uso de medicamentos e higiene de manos. Esta encuesta estaba en soporte papel o electrónico a través de un código QR. Se abrió la encuesta durante la celebración de la semana de seguridad del paciente, y desde la unidad de calidad, se captó a los pacientes en las unidades de hospitalización y salas de espera de consultas externa del ámbito hospitalario. Se aprovechó el contacto no solo para pedir su participación con la cumplimentación de la encuesta sino también se les informó de las medidas básicas para que se involucran han incrementar los niveles de seguridad de la atención prestada.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 45 personas, de las cuales 69% eran mujeres. El 93,3 % respondió al total de las preguntas. De los aspectos que las personas usuarias/pacientes identificaron como que habitualmente realizan han sido: Identificarse con la TIS y el DNI en los contactos con el sistema sanitario (92,31%), conocer las dosis de medicación que toman a diario y la duración de los tratamientos (92,31%) y en el caso de los alérgicos, el 82,05% informan a los profesionales sanitarios de que son alérgicos/as.

CONCLUSIONES

Aspectos más básicos relacionados con la identificación de las personas en los contactos sanitarios, el conocimiento de su medicación o la información de las alergias son conocidos y asumidos como importantes por los pacientes.

Otros aspectos asociados al conocimiento de la hoja de tratamiento o si esta está actualizada son menos conocidas por los pacientes.

Es importante que sigamos informando/formando a los pacientes en una serie de medidas que pueden suponer barreras y nos ayudan a minimizar los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria.

MEJORANDO CULTURA DE SEGURIDAD EN EL DÍA A DÍA EN A PRIMARIA: PROFESIONALES REVISANDO HISTORIAS EN BUSCA DE INCIDENTES

 Garzón González, Gerardo • Barberá Martín, Aurora • Aguado Arroyo, Oscar • Hernández de Luna, María Concepción • Castillo Lizárraga, María José • Marín Solano, M Pilar

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 451

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

¿Por qué revisar historias clínicas (HC) en atención primaria (AP)? ¿Qué aporta?

En un estudio previo de prevalencia de eventos adversos (EA) se han encontrado errores con alta prevalencia que apenas se notifican (p. ej. errores diagnósticos)

Según la experiencia de profesionales que han revisado, “se ven cosas” que, si no es revisando HC, pasan desapercibidas; “verlas” sensibiliza y coloca en una situación de aprendizaje y mejora inmediatas

Sin embargo está escasamente implantado en AP. El único caso conocido extenso y de uso sistemático y generalizado en AP es el de Escocia

OBJETIVOS

Este proyecto pretende que todos los profesionales de AP, como parte de su actividad cotidiana, revisen sistemáticamente HC para encontrar EA ya ocurridos, aprender de ellos y aplicar mejoras para que no se repitan.

METODOLOGÍA

Pasos previos. Se encontró un bajo rendimiento con la revisión de HC en AP (prevalencia de EA de 5%). No obstante la herramienta trigger sirve para mejorarlo. Se buscaron publicaciones de trigger validados en AP, con escaso éxito. Por este motivo, se construyó y validó un conjunto reducido de 5 trigger de alto rendimiento en AP (≥ 3 citas/semana, Urgencias, Ingreso, Benzodiazepinas, Opioides), que multiplica por 3 el hallazgo de EA (1 EA/6 HC; tiempo medio de revisión de HC 5-6 min)

Implementación. Se ha implementado la herramienta con las siguientes características:

- En parejas Médico-Enfermera con enfoque no culpabilizador y confidencial: 1 con experiencia previa (arranque con los 6 profesionales que validaron)
- Del mismo centro o del de al lado, contándolo al EAP, recabando consentimiento y devolviendo feed-back
- 20 HC Trigger+ (se extraen y se facilitan desde Gerencia)
- Cuando la pareja saca “un rato” (en total algo más de hora y media)
- Se revisa un trimestre (metodología trigger NHS)
- Se repite el trimestre siguiente: cada revisor busca nueva pareja. Extensión en mancha de aceite
- Formación básica de la herramienta (video 15 min)
- A los 6 meses de implementación se ha evaluado mediante un estudio cuanti-cuali con tres cuestionarios validados de Aceptabilidad, Adecuación y Viabilidad y dos grupos focales. El estudio encontró la herramienta útil y viable y se aportaron mejoras al método

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Implicados actualmente 40 profesionales (cada nuevo trimestre se duplica)

Han revisado 1.500 HC en 4 trimestres.

Los impactos más importantes han sido:

- Identificación de EAs ocultos. Se identificaron 102 EA evitables (cada nuevo trimestre se duplica). Los EA se notificaron a las unidades funcionales que los analizó e implantó acciones de mejora.
- Cultura de seguridad de los Revisores. Los profesionales que revisan historias perciben un impacto inmediato en sensibilización con el problema de seguridad identificado y realizan cambios inmediatos en su práctica clínica. Mantienen la misma percepción los profesionales que se van incorporando



MEJORA DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN CARDIACA MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

 *castro ruiz, ⁽¹⁾ • LUQUE SERRANO, LUISA ⁽²⁾ • GARCIA MARTINEZ, ELENA ⁽¹⁾ • VAZQUEZ, TRINIDAD ⁽³⁾*

 *⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA • ⁽³⁾ NOVARTIS*

Identificador: 452

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El proceso de rehabilitación cardiaca de un paciente que sufre un evento cardiovascular es completo. Por ello, se precisa optimizar el proceso de atención con la idea de aligerarlo y utilizar los recursos disponibles con la máxima optimización. La metodología Lean es una filosofía que nace en Japón en la industria automovilística. Sin embargo, el uso de esta metodología puede extrapolarse a otros entornos como la sanidad.

OBJETIVO

Detectar los problemas y las oportunidades de mejora existentes en la unidad de rehabilitación cardiaca de un hospital de tercer nivel, así como diseñar las soluciones específicas para cada línea de trabajo.

Metología: Se definió el equipo de trabajo multidisciplinar; se formó al equipo en metodología lean; se definieron el ámbito y los objetivos a trabajar; se llevó a cabo junto con una empresa asesora en reingeniería de procesos y metodología Lean el análisis del estado actual de la unidad, mediante mapeo del proceso diagnóstico y de seguimiento del paciente; se detectaron oportunidades de mejora y se priorizaron las oportunidades de mejora detectadas.

RESULTADOS


Se detectaron diez oportunidades de mejora, de las que se priorizaron mediante metodología de matriz de priorización, cinco líneas de trabajo: Sincronización de agendas de cardiología y rehabilitación, eliminar carga administrativa de la enfermera mediante digitalización de tareas, gestión de la capacidad de la consulta de cardiología para ajustarla a la demanda y análisis de la demanda de nuevos pacientes con coordinación asistencial con atención primaria. Como principales resultados se han obtenido los siguientes: un Aumento de la capacidad de la consulta de cardiología de un 16%; una liberación de 8,5 horas semanales del tiempo de enfermera y una reducción del tiempo de espera de los pacientes de 4 semanas.

CONCLUSIONES

El uso de metodología Lean en el campo de los sistemas sanitarios puede ser de utilidad para detectar oportunidades de mejora en el rendimiento asistencial, en la coordinación con otros niveles asistenciales y en la eficiencia de los servicios sanitarios.



EL HOSPITAL COMO MOTOR DE LA AGENDA 2030. ESTABLECIENDO UN MARCO ESTRATÉGICO EN RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

 *Rodríguez Quirós, Alejandro • Díaz Redondo, Alicia • López Fresneña, Nieves • Sánchez-Celaya del Pozo, Marta • Escalante Cobo, José Luis • Izquierdo Membrilla, Isabel*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 453

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Desde su aprobación en 2015, la agenda 2030 se ha constituido como un elemento crucial que debe tenerse en cuenta en la planificación de una organización. Asimismo, se ha demostrado la importancia de establecer una valoración de riesgos no financieros, correspondiente a los ámbitos medioambiental, social y gobernanza. Por tanto, es necesario que los hospitales establezcan no solo acciones individuales, sino establecer una perspectiva de responsabilidad social en todas las áreas de la organización.

OBJETIVOS

Establecer un marco estratégico en responsabilidad social corporativa (RSC).

METODOLOGÍA

Se estableció un grupo de trabajo con el equipo directivo, profesionales de áreas asistenciales, de servicios generales, ingeniería, recursos humanos, sistemas de información, calidad y seguridad del paciente.

Se elaboró un análisis de riesgos no financieros, actualizando las partes interesadas identificadas en la estrategia general del hospital. Además, se incluyeron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las tendencias globales que debían analizarse.

Se realizó un análisis de materialidad diferenciando por ODS y grupo de interés. Mediante encuesta se enviaron cuestionarios de materialidad a los diferentes grupos de interés para establecer la priorización de los ODS.

Se organizó formación específica en RSC y ODS para todos los profesionales del hospital. Donde además se recogió información sobre la valoración cualitativa de los participantes sobre la implicación del hospital en RSC.

Se planificaron diferentes reuniones con el grupo de trabajo para establecer las metas generales en base a toda la información recopilada en los anteriores análisis, fijando línea estratégica y metas globales.

RESULTADOS

Se establecieron líneas para los ámbitos ambiental, gobernanza y social, indicando objetivos que alcanzar en los próximos 3 años: Sostenibilidad ambiental y acción por el clima. Incluye 4 objetivos globales.

Comunicación y transparencia. Incluye 4 objetivos globales.

Educación de calidad. Incluye 3 objetivos globales.

Mejora de la asistencia sanitaria e impacto en la salud de la población. Incluye 4 objetivos globales.

Humanización de la asistencia y acción social. Incluye 4 objetivos globales.

A partir de los objetivos globales, se establecieron grupos de trabajo desde la Comisión de RSC del hospital para el cumplimiento de estas metas en un horizonte de 3 años. Estos grupos pueden incluir profesionales no pertenecientes a la comisión que estén vinculados con el área a tratar. Además, desde los grupos de trabajo se realizará la planificación de objetivos anuales intermedios y los planes de acción para ejecutarlos.

CONCLUSIONES

El nuevo marco estratégico en RSC nos permite coordinar las acciones ejecutadas entre las diferentes áreas asistenciales con el propósito de alcanzar metas mayores optimizando los recursos de la organización.

Este proceso ha fomentado el conocimiento y participación de los profesionales y grupos de interés en material de RSC y ODS.



CIRCUITO ASISTENCIAL DE LA ACOGIDA DEL PACIENTE DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS

 LOSADA PARENTE, ALEJANDRA • MANZANO BENITO, LAURA • GALLEGO GONZALEZ, MARIA • MATEO BELLIDO, LAIA • SORUCO RODRIGUEZ, ABIGAIL • VEGA LARRAURI, JULIA

 HOSPITAL CLINICO

Identificador: 454

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Creación de un nuevo circuito asistencial multidisciplinario para realizar la atención y acogida del paciente en el área de psiquiatría de urgencias en un hospital de 3er Nivel.

El paciente que consulta en el área de psiquiatría de urgencias es un paciente cuya asistencia no difiere sustancialmente de las demás en cuanto a los procedimientos de actuación diagnóstica y terapéutica, pero si en la atención, donde pueden presentarse una serie de condicionantes o concurrir circunstancias que dificulten su abordaje, como puede ser la negativa o la oposición del paciente a ser atendido o el tener que adoptar medidas en contra de su voluntad. La falta de un circuito de acogida estructurado y específico para estos pacientes puede suponer una atención fragmentada, retrasos en el diagnóstico, mayor carga para el personal sanitario y generar en ocasiones incertidumbre y confusión en el proceso de actuación.

OBJETIVOS

Definir el circuito asistencial, los profesionales que intervienen y dar a conocer el mismo a partir de los diferentes escenarios genéricos posibles. Definir los procedimientos de actuación en caso de estado o riesgo de agitación. Mejorar la atención, el confort y la seguridad de los pacientes que consultan en el área de urgencias de psiquiatría evitando riesgos y previniendo complicaciones durante el tiempo de espera. Mejorar la seguridad del personal sanitario implicado en el Área de Urgencias de Psiquiatría. Establecer el papel de cada integrante del equipo de psiquiatría de urgencias implicado.

METODOLOGÍA

El programa propuesto va dirigido a todos los profesionales enfermeros de Urgencias. La metodología que se llevará a cabo para la creación e implantación del nuevo rol, se realizará mediante un estudio descriptivo observacional donde se contemplarán las funciones realizadas hasta el momento, con el propósito de establecer e implantar nuevos circuitos adecuados al nuevo rol.

Para ello se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, donde se detallaron las nuevas funciones del profesional. Se han llevado a cabo 4 reuniones en las cuales se ha realizado una búsqueda bibliográfica para la realización de la guía práctica.

RESULTADOS

Mejorar la atención y manejo del paciente de Salud Mental en urgencias, elaborando modelos de atención especializados para el paciente.

Optimizar el flujo de pacientes y de los recursos asistenciales.

Implementar una atención y evaluación integral inicial enfocada a cada paciente, siendo la primera toma de contacto la más importante.

Mejorar la detección temprana de casos críticos, y con ello mejorar la seguridad del paciente y del personal, evitando los momentos de crisis.

CONCLUSIONES

Este proyecto se ha llevado a cabo con el propósito de definir un procedimiento normalizado de trabajo (PNT).

Se espera que la estandarización de los nuevos procesos garanticen la seguridad del paciente y de los profesionales, así como la calidad de los cuidados, reforzando a su vez los algoritmos de actuación.



¿SIRVE DE ALGO REALIZAR UN MAPA DE RIESGOS? DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

 Garzón González, Gerardo • Alcázar González, Marisa • Conejos Miquel, M Dolores • Romero Panadero, Blanca • Escuredo Campos, Raquel • García Suárez, Marina

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 456

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Últimamente se han introducido modificaciones en el modelo asistencial de atención primaria (AP) aceleradas por las necesidades que planteó la pandemia (teleconsulta, reorganización por escasez de recursos..)

Como toda novedad, estos cambios implican riesgos nuevos para la seguridad del paciente

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto fue implantar y evaluar las acciones derivadas de un Mapa de Riesgos desarrollado en AP

METODOLOGÍA

Pasos previos

Se había elaborado un Mapa de Riesgos, priorizando los procesos en los que se concentraban los cambios de modelo de atención (acceso, consulta telefónica, presencial y a domicilio), realizando 10 AMFEs (algunos procesos se desagregaron en subprocesos), mediante 3 grupos de trabajo multidisciplinares con profesionales asistenciales. Se identificaron 1.811 dupletes riesgo-causa, 254 de ellos con Índice de Priorización de Riesgo (IPR) “alto”, basado en frecuencia, gravedad y detectabilidad. Se priorizaron por su magnitud y abordabilidad 43 riesgos (ej: “Fallo en información al paciente sobre el tratamiento en consulta telefónica”, “Pérdida de seguimiento de pacientes crónicos en consulta presencial”, “Aviso a domicilio que se queda sin realizar”)

Acciones de mejora

Para abordar estos 43 riesgos, los 3 grupos generaron 132 acciones, de las que se priorizaron por su impacto y factibilidad 91

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De implantación

Acceso. 15 acciones

C. telefónica. 20 acciones; algunos ejemplos: check list de “red flags” ante demandas agudas, procedimiento c. telefónica segura, dos Recomendaciones de Seguridad Generalizables (RSG)

C. presencial. 16 acciones; ej. Check list de acciones implantables en consulta, RSG

C. domicilio. 52 acciones; ej. plantilla para avisos domiciliarios, informe estándar tras el aviso, normalización de medicación del maletín de domicilios, canales de comunicación, RSG

Causas comunes (interrupciones, prisas/olvidos, sobrecarga). 11 acciones incluidas en RSG

Evaluación cualitativa mediante cuestionario (tasa de respuesta: 44%):

Las acciones fueron implantadas y se percibieron como útiles por el 76% de los profesionales

De impacto

Recálculo del IPR. De los 254 riesgos con IPR “alto”, al inicio, 245 se redujeron a “moderado” tras la implantación de acciones

El 55% de los profesionales identificó que las acciones evitaron daño a pacientes.

Se estima que, las acciones derivadas del mapa de riesgos, evitaron daño al menos a un paciente cada 6 meses por profesional (más de 15.000 pacientes en un año)



PMAU: PLAN PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

 Ocampo Pérez, Óscar • Cobas Gamallo, Javier • Ríos Blanco, Juan José • González Pérez de Villar, Noemí

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 457

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El “Plan para la Mejora de la Atención en las Urgencias del Hospital Universitario La Paz” surge de la necesidad de optimizar los procesos asistenciales en un área crítica, particularmente evidenciada durante la pandemia de COVID-19 y en los meses posteriores. La elevada carga en el Servicio de Urgencias reveló deficiencias en los tiempos de espera y la eficiencia del flujo de pacientes que se deben revisar para mejorar los procesos que aseguren una atención de calidad, enfrentando las épocas de sobrepresiones y los desafíos en la reanudación de actividades clínicas regulares.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es diseñar e implementar un plan de acción para mejorar la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Esto incluye reducir tiempos de espera, optimizar el uso de recursos y mejorar la experiencia de pacientes y profesionales. Algunos de los objetivos específicos son:- Mejorar el flujo de pacientes.- Agilizar el proceso de admisión y triaje.- Optimizar la gestión de camas y traslados.- Reducir reclamaciones mediante mejor comunicación y señalización.

Además, el proyecto se estructuró bajo la metodología Lean. Se inició con sesiones de información y diagnóstico, involucrando a todos los grupos implicados en el proceso de atención en urgencias. Se utilizaron herramientas como el Value Stream Mapping (VSM) para identificar puntos críticos y las propuestas de mejora fueron priorizadas mediante una matriz de impacto y factibilidad. La implementación se realizó en fases, con monitoreo continuo de indicadores de desempeño a través de un Cuadro de Mandos en Power BI.

RESULTADOS

La implementación de las acciones de mejora comenzó en 2023; las medidas incluyeron la informatización de los puestos de triaje, redistribución de personal y espacios y formación en nuevas técnicas. Estas acciones resultaron en una reducción de los tiempos de espera, mejorando la resolución de casos en urgencias y la gestión más eficiente de los espacios. Además, uno de las líneas trabajadas en el PMAU se centró en la agilización de las altas desde las plantas de hospitalización para liberar camas durante las primeras horas de la mañana (facilitando la subida de nuevos pacientes desde las Urgencias), por lo que se trabajó también en medidas que afectaron a otros Servicios del Hospital.

CONCLUSIONES

El proyecto demostró ser efectivo, alcanzando la mayoría de los objetivos propuestos. Las medidas implementadas mejoraron la experiencia de pacientes y profesionales, reduciendo los tiempos de espera y aumentando la eficiencia en la gestión de recursos. Se identificaron áreas para futuras mejoras, incluyendo la evaluación continua y la adaptación de nuevas medidas basadas en los resultados. La metodología y los resultados sugieren que estas estrategias pueden aplicarse en otros contextos hospitalarios para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios asistenciales.





IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN INDIVIDUALIZADA PARA LA PRIORIZACIÓN EN LA GESTIÓN PROACTIVA DEL RIESGO

 *Rodríguez Quirós, Alejandro • Almendro Martínez, Isabel • Rapela Freire, Alba • Díaz Redondo, Alicia • Marañón Pardillo, Rafael • Ferrero García-Loygorri, Clara*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 458

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es una herramienta que ha probado su eficacia en la gestión proactiva del riesgo. Para su elaboración es necesario establecer una sistemática que, entre otros aspectos, incluye la evaluación de los riesgos para su priorización. Sin embargo, en ocasiones estas escalas pueden resultar poco definidas y percibirse como muy subjetivas, dificultando la elaboración del análisis.

OBJETIVO

Establecer un sistema de priorización del riesgo que minimice el componente subjetivo y se adapte al contexto de cada área asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la bibliografía relativa al uso de la herramienta AMFE y se compararon las diferentes dimensiones y escalas empleadas. Se estableció que en la valoración del impacto debían tenerse en cuenta a primera, segunda y tercera víctima. Para establecer un sistema más objetivo se utilizó la información recogida a través del sistema de notificación de incidentes del hospital para definir de forma relativa la probabilidad de aparición del fallo y su detectabilidad, diferenciando incidente o cuasi-incidente. El nuevo sistema de evaluación se implantó en el área de urgencias pediátricas, comparándose los resultados de la valoración de riesgo entre 2024 y 2023.

RESULTADO

Se definieron las siguientes escalas valoradas en 5 categorías para cada una de las dimensiones:

El impacto se elaboró teniendo en cuenta los siguientes aspectos: gravedad para el paciente, familiares, profesionales, equipamiento o instalaciones; y para procesos u organización del trabajo. Estableciendo valoraciones cualitativas distinta para cada campo.

La probabilidad se definió en base a la estimación de tasas de incidencia para los fallos. Se estableció como denominador la actividad asistencial anual del área asistencial a estudio y como numerador el valor de aparición en el año del incidente más notificado. Se fijó la probabilidad de aparición más frecuente y se ponderaron el resto de campos a partir del valor máximo.

La detectabilidad se estableció en base a los registros de cuasi-incidentes e incidentes notificados en el registro de incidentes del hospital. Se proyectaron para los tipos de incidentes notificados la probabilidad de que estos se detectaran antes de que alcanzaran al paciente.

En el servicio implantado, se compararon los resultados de priorización para 2023 y 2024 para riesgos incluidos en ambos años. Se compararon 100 riesgos, el 40% presento una variación en la puntuación superior al 30% y del 20% para una variación superior al 50%.

CONCLUSIÓN

Se identificó una importante variación en la puntuación otorgada a cada riesgo. Asimismo, se produjo una reducción en el tiempo empleado para la valoración de los riesgos y el equipo evaluador valoró una mayor capacidad para pensar en efectos relacionados con segunda y tercera víctima, así como, mayor facilidad en la aplicación de los criterios de probabilidad y detectabilidad al establecer parámetros fundamentados en datos medibles.

GESTIÓN DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS

 Jorge-Perez, Pablo • Villamandos González, Raúl • Garcia González, Martín Jesús • Alonso Mesa, Monica • Martín Cabeza, Marta María • Rodríguez Díaz, María del Pino

 Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Identificador: 459

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La gestión de calidad en una unidad de cuidados agudos cardiológicos (UCAC) asegura una atención eficiente a pacientes con patologías cardíacas agudas. Implementar un sistema de gestión de calidad debe orientarse en mejorar la coordinación y utilización de los recursos disponibles, basada en el valor de los procesos, midiendo los resultados con indicadores y analizando las expectativas y experiencia del paciente. Durante el año 2019 un equipo compuesto por la unidad de calidad y un grupo de trabajo de la UCAC logró certificar el proceso Cuidados Cardíacos Agudos (PCCA) de nuestro hospital enfocado en mejorar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes, los profesionales y satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, tanto internos como externos.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es analizar la experiencia y resultados tras el implante de un sistema de gestión de calidad en una UCAC. Para ello se desarrolló un documento de misión, visión, un mapa de procesos, se identificaron los riesgos y oportunidades, partes interesadas y se establecieron indicadores de calidad. Se analizaron las variaciones de los indicadores así como las modificaciones que estos resultados, la experiencias de los pacientes, el análisis del contexto, las acciones de mejora del proceso y la demanda asistencial actual.

RESULTADOS


En estos primeros 5 años del PCCA se han definido 18 objetivos, con grado de consecución >80%, se han elaborado 12 procedimientos y medido 17 indicadores. De estos, el 88% se mantuvieron dentro de rango. Se obtuvieron desviaciones en tres indicadores, “% de catéteres que desarrollen flebitis” en 2019; “ingresos no adecuados” en 2021; y “caídas” en 2023. Se analizaron los motivos de las mismas y se establecieron acciones de mejora. En relación con la calidad percibida por los pacientes se ha obtenido en 2023 un valor de 4.8 sobre 5, con un incremento gradual desde el inicio del PPC, 4.69 sobre 5, en 2019. Entre los objetivos alcanzados destaca la mejora de la ratio enfermera/paciente, adaptándose a los riesgos identificados en el sistema de gestión, se ha desarrollado un programa de recepción y acogida para el nuevo personal de enfermería, se ha generado y afianzado un plan de formación para el personal asistencial de la UCAC. El DAFO en los últimos años muestra de forma repetida como amenaza la sobrecarga asistencial y la complejidad de los pacientes con patologías graves cardiovasculares.

CONCLUSIONES

Implementar un sistema de gestión de calidad es factible y de utilidad en una UCAC. Facilita definir las líneas a seguir, desarrollar objetivos, establecer indicadores de monitorización, estandarizar el trabajo mediante procedimientos, aumentar la seguridad en el trabajo, acometer acciones de mejora, así como conocer el grado de satisfacción y necesidades de nuestros pacientes y del personal que trabaja en ella.



SEGUIMIENTO INDICADORES DEL CONTRATO PROGRAMA Y OBSERVATORIO DE RESULTADOS A TRAVÉS DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL

 MARTINEZ DE MIGUEL, BARBARA • OCAMPO PÉREZ, OSCAR • OCAMPO PÉREZ, OSCAR • MARTIN VEGA, ALBERTO • COBAS GAMA-LLO, JAVIER

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 460

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La monitorización de los indicadores del contrato programa y el observatorio de resultados es esencial para garantizar la calidad asistencial en el hospital. Sin embargo, la dispersión de la información y la falta de herramientas integradas dificultan un seguimiento eficiente y una toma de decisiones basadas en datos objetivos.

OBJETIVOS

Realizar el seguimiento de los objetivos e indicadores de contrato programa y observatorio de resultados a través de un cuadro de mando integral, así como evaluar la eficacia del mismo en el seguimiento, centralizar la información relevante en un único sistema accesible, mejorar la precisión y rapidez en el análisis de los indicadores, y facilitar la identificación de áreas críticas que requieren intervención.

Metodología: Se llevó a cabo un análisis de todos los objetivos e indicadores incluidos en el cuadro de mandos y en observatorio de resultados incorporándose en el cuadro de mandos del hospital. Una vez incorporados se han validado por un grupo de trabajo establecido a tal efecto, diferente en función del indicador a validar.


RESULTADOS


Los resultados demostraron una mejora significativa en la disponibilidad y accesibilidad de la información, reduciendo el tiempo necesario para obtener datos relevantes. La precisión y rapidez en el análisis de los indicadores permite una toma de decisiones más informada y oportuna. La implementación del cuadro de mandos también facilitó la identificación de áreas críticas y el seguimiento continuo de los objetivos establecidos en el contrato programa. La satisfacción de los usuarios fue elevada, destacando la facilidad de uso y la capacidad de personalización del cuadro de mandos como los principales beneficios.

CONCLUSIÓN

La implementación de un cuadro de mandos integral proporciona una solución efectiva para centralizar los datos, facilitar el análisis y mejorar la transparencia en el seguimiento de los indicadores clave de desempeño. Este sistema no sólo mejora la disponibilidad y accesibilidad de la información, sino que aumenta la precisión y rapidez del análisis, lo que permite una toma de decisiones más informada.

HACIA UNA PRESCRIPCIÓN MÁS SEGURA: FARMALERTAS

 *Alonso Safont, Tamara* ⁽¹⁾ • *Mataix Sanjuan, Ángel Luis* ⁽²⁾ • *Aréjula Torres, Jose Luis* ⁽³⁾ • *Martin Casampere, Ignacio* ⁽⁴⁾ • *Jimenez Moreno, Pablo* ⁽⁵⁾ • *Ruiz Alonso, Sergio* ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Dirección Técnica de sistemas de información. Gerencia asistencial de Atención Primaria • ⁽²⁾ Jefe de Area de Sistemas de Información Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y PS • ⁽³⁾ Dirección Técnica de Sistemas de Información Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽⁴⁾ Subdirectora General de Farmacia y Productos Sanitarios • ⁽⁵⁾ Subdirección General de Farmacia y PS • ⁽⁶⁾ Director Técnico de Sistemas de Información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 461

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores de medicación (EM) son los eventos adversos (EA) más comunes en todos los niveles de atención sanitaria, como demuestran numerosos estudios epidemiológicos. Pueden ocurrir en cualquier etapa del proceso de medicación, desde la prescripción hasta la administración. La incorporación de tecnologías es clave para reducir estos fallos y mejorar la seguridad del paciente. En nuestra comunidad, están implementadas la historia clínica electrónica (HCE), la receta electrónica y un módulo único de prescripción. Estas herramientas facilitan el acceso al historial farmacológico del paciente, mejoran la conciliación, el traspaso de información y dispensación de la medicación. No obstante, el estudio TriggerPrimR realizado en atención primaria, el 53.2% de EA estaban relacionados con la medicación, siendo los errores de prescripción los más frecuentes (28.7%). Datos similares se observan en informes de EM de la comunidad, que identifican la selección inapropiada, errores de dosis y duplicidades como fallos más notificados.

En este contexto, se justifica la necesidad de implementar un sistema de ayuda a la toma de decisiones terapéuticas.

OBJETIVOS

Mejorar la atención a los pacientes incrementando la seguridad en el uso de medicamentos.

Desarrollar e incorporar un sistema de ayuda a la toma de decisiones clínico-terapéuticas.

METODOLOGÍA

Se diseñó una herramienta centralizada de análisis en línea para detectar posibles errores durante el proceso de prescripción, integrada con HCE. Se definió una base central de alertas parametrizables, FarmAlertas. Un grupo de trabajo, profesionales de medicina y farmacia de todos los ámbitos asistenciales, seleccionó las alertas más relevantes según evidencia científica y EM comunicados. Se agruparon en 5 bloques: interacción, duplicidad, contraindicación, posología, y otras. Además, se categorizaron en bloqueantes y no bloqueantes, dependiendo si impedían o no continuar con la prescripción.

Este sistema funciona de 2 maneras: realiza un chequeo de las prescripciones de cada paciente, generando alertas en sus historias farmacoterapéuticas, y produce alertas interactivas durante la prescripción.

RESULTADOS

Alertas configuradas 2704. Duplicidades 56.14%; interacciones 35.72%; contraindicaciones 4.22%; posología 2.63%. Las bloqueantes representan el 26.22%, principalmente en duplicidades e interacciones, siendo bloqueantes el 69% de las alertas por posología. Accesible a más de 60,000 profesionales sanitarios. Historias chequeadas 7,069,080. Pacientes con alerta bloqueante a la implantación 90,131. Por su reciente implantación, tendremos indicadores de impacto en los próximos meses.

CONCLUSIONES

Este programa ofrece ayuda a los profesionales sanitarios mejorando la seguridad en prescripción. En el futuro, será necesario adaptar el sistema a profesionales y pacientes, incorporando un chequeo avanzado que integre condiciones específicas, fármacos de alto riesgo y algoritmos de decisión.

“CORAZÓN PARTÍO”: REGISTRO DE LAS PARADAS CARDIORESPIRATORIAS INTRAHOSPITALARIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 *Herrero López, Selma* ⁽¹⁾ • *Flor Morales, Virginia* ⁽¹⁾ • *Ruiz Lera, Marta* ⁽¹⁾ • *Velasco Martín, Abraham* ⁽¹⁾ • *Ramos Simón, Silvia* ⁽²⁾ • *Martínez Barreras, Pablo* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla* • ⁽²⁾ *Horus Hardware. Departamento de Sanidad*

Identificador: 462

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La incidencia anual de la Parada Cardiorespiratoria Intrahospitalaria (PCR IH) en Europa se sitúa entre 1,5-2,8/1000 ingresos hospitalarios. La mitad de las PCR suceden fuera de las Áreas de Críticos y solo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá. Las tasas de supervivencia a los 30 días del alta hospitalaria oscilan entre el 15% y 34%. Entre los factores con un mayor impacto en la supervivencia se encuentran el ritmo cardíaco inicial, el tiempo que transcurre desde el colapso circulatorio hasta que se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), la desfibrilación temprana y la calidad de las maniobras de RCP básica (RCPB) y avanzada (RCPA).

OBJETIVO

Elaborar un registro de PCR IH multidisciplinar, integrado como proceso en la historia clínica electrónica (HCE).

Validar el registro de PCR IH en unidades diana.

Metodología: Proyecto de mejora desarrollado en 5 fases. 1) Identificación de la necesidad. 2) Reuniones del grupo de mejora (GM) a dos niveles. En primer lugar, reuniones externas con Servicio de Admisión (presentación del proyecto y conocimiento de la viabilidad dentro de la HCE), Servicio de informática y responsables de la empresa de actualizaciones de la HCE, así como con el Equipo Directivo (autorización, seguimiento y apoyo logístico). En segundo lugar, reuniones internas para verificación, simulación y realización de cambios en el registro. 3) Elaboración del manual de usuario, difusión (presencial y digital) y pilotaje en unidades diana (servicios con mayor incidencia de PCR IH). 4) Corrección de errores. 5) Implantación final.

RESULTADOS

Reuniones. Para el diseño, simulación y correcciones del proceso, así como la evaluación del pilotaje, el GM realiza 20 reuniones, de las cuales 8 son externas. Visualizaciones del material. El manual de usuario y material multimedia, compuestos por 4 videos, ha sido visualizado una media de 65 ocasiones. Sesiones informativas. Se han realizado 9 sesiones in situ para facultativos y enfermería de los servicios que componen los equipos de parada o que forman parte de las unidades de pilotaje. Registros PCR IH. Durante el pilotaje de 3 meses, se han contabilizado un total de 7 registros. De estos, 4 están completos (57%), faltando datos en los 3 restantes. Del total, solo uno está cerrado, generando el informe correspondiente. Al comparar el nº de registros con la activación del código parada, se comprueba que 2 PCR IH no han sido registradas.

CONCLUSIONES

El análisis del proceso de PCR IH permite detectar e implementar estrategias de mejora asistencial a 4 niveles:


1. Mapa hospitalario de riesgos.
2. Datos referentes a la PCR con impacto en la supervivencia.
3. Estandarización del proceso de actuación del equipo de parada.


Planificación del plan formativo del personal de primera atención.

Necesidad de una buena estrategia de difusión y apoyo por parte del Equipo Directivo.

Necesidad de monitorización continua para completar y/o finalizar los registros.

AVANZANDO CON LAS RECOMENDACIONES EUROPEAS: MEJORA DEL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

 de Blas Gómez, Irene ⁽¹⁾ • Bartolomé Benito, Elena ⁽²⁾ • Albillos Martínez, Agustín ⁽³⁾ • Guerra Pastrian, Laura ⁽⁴⁾ • Hernández Marín, María Teresa ⁽⁵⁾ • Cuns Moreno, Ana Isabel ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Cribados oncológicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica, Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud. • ⁽²⁾ Cribados oncológicos de la Oficina de Coordinación Oncológica, Dirección General Asistencial Servicio Madrileño de Salud • ⁽³⁾ Hospital Universitario Ramón y Cajal, Servicio Madrileño de Salud • ⁽⁴⁾ Hospital Universitario La Paz, Servicio Madrileño de Salud • ⁽⁵⁾ Cribados oncológicos de la Oficina Regional de Coordinación Oncológica, Dirección General Asistencial del Servicio Madrileño de Salud

Identificador: 463

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) sigue siendo la segunda causa de muerte por cáncer en ambos sexos. El programa de cribado poblacional para su detección precoz persigue disminuir la mortalidad e incidencia actuando para evitar su progresión en población diana objetivo. La mayor parte del desarrollo del CCR deriva de pólipos adenomatosos o lesiones serradas con progresión variable. La prueba de cribado bianual es un test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo (TSOHi). Con resultado TSOHi positivo se realiza colonoscopia de cribado, por endoscopistas expertos, para detección y extirpación de lesiones precancerosas o cancerosas en estadios iniciales requiriendo una estricta preparación. Es esencial ajustar los recursos para una intervención costo-efectiva. Garantizar las colonoscopias precisas disminuye sobre-diagnósticos y tratamientos, riesgos y complicaciones en los ciudadanos y costes en el sistema sanitario. La European Society for Gastrointestinal Endoscopy publicó en 2020 nuevas recomendaciones para el seguimiento de pólipos colorrectales. En el programa se han adaptado en base a la evidencia existente, guías nacionales y a nuestro sistema sanitario.

OBJETIVO

Adecuar el cálculo del riesgo y los seguimientos pautados dentro del programa de cribado de cáncer colorrectal (PCCCR) a las recomendaciones europeas.

METODOLOGÍA

Actuaciones llevadas a cabo en el PCCCR con la ayuda de los fondos europeos MRR: Grupos de trabajo de cada perfil profesional involucrado para la adaptación y propuestas. Modificación del concepto y cálculo de riesgo y el algoritmo de recomendaciones con generación de nuevos informes. Actualización, difusión y formación de procedimientos para Atención Primaria y Atención Especializada. Implementación de los procedimientos tras modificaciones. Mejora de funcionalidades del aplicativo. Creación de nuevos indicadores para su integración en el cuadro de mando.

RESULTADOS

Mejora de la gestión del PCCCR con los cambios implementados en diciembre de 2023. Disminución del porcentaje de seguimiento con colonoscopias (6,25%) y su repercusión directa en las agendas destinadas a las mismas. Reducción de riesgos y complicaciones derivadas del procedimiento y la sedación, posible sobrediagnóstico y tratamiento, y la ansiedad que generan colonoscopias no necesarias (122). Resolución de dudas en las 6 sesiones formativas de los profesionales implicados y reporte de valoración positiva por los cambios integrados para la gestión en sus perfiles. La resolución de 4 incidencias supuso revisión del algoritmo en la decisión del riesgo y recomendación quedando correctamente ajustado.

CONCLUSIONES

La implementación de todas las modificaciones, trabajadas multidisciplinariamente, han mejorado la gestión del programa de cribado de cáncer colorrectal. En el PCCCR es preciso seguir normas estandarizadas, tanto europeas como nacionales, para su garantía y calidad.

CONOCER A LA POBLACIÓN DIANA, PUNTO DE PARTIDA PARA UNA ESTRATEGIA DE ABORDAJE A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

 **ASENJO GONZALEZ VALERIO, SANTIAGO** ⁽¹⁾ • **Tristancho Ajamil, Rita** ⁽²⁾ • **Trujillo Alemán, Sara** ⁽³⁾ • **Mate Redondo, Carmen** ⁽⁴⁾ • **Rodríguez Mireles, Silvia** ⁽⁴⁾ • **Rodríguez Lugo, Jose Miguel** ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Servicio Canario de la Salud • ⁽²⁾ Dirección General del Paciente y Cronicidad. SCS • ⁽³⁾ Dirección General de Programas Asistenciales.SCS • ⁽⁴⁾ Dirección General de Programas Asistenciales. SCS

Identificador: 465

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una enfermedad crónica cuya gestión eficiente supone un reto para los servicios sanitarios. Se ha demostrado que un abordaje integral podrá mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar recursos. En Canarias, desde la Dirección General del Paciente y Cronicidad se plantea la necesidad de establecer una estrategia específica para el abordaje de la IC.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir las características de los pacientes con IC en seguimiento por el SCS y estimar la falta de registro de pacientes con IC en la historia clínica electrónica (HCE) de AP.

A partir de la HCE de AP se obtuvo el conjunto de pacientes con IC mayores de 14 años con tarjeta sanitaria activa a día 31 de diciembre de 2023. Se incluyó la variable de Enfermedad Renal Crónica (ERC) (sí/no) y Diabetes Mellitus tipo II (DMII) (sí/no).

Por otro lado, del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los hospitales públicos, se obtuvieron los pacientes mayores de 14 años con algún alta de hospitalización por IC y los reingresos y reingresos urgentes. Se excluyeron los pacientes fallecidos en algún momento. Finalmente se incluyeron las variables de prescripción activa con sacubitril-valsartán (sí/no) que es único para IC; o con empagliflozina o dapagliflozina (sí/no), que en pacientes sin DMII y sin ERC indicaría que el iSGLT-2 está pautado para IC (Fuente: Receta Electrónica).

La información del CMBD y Receta Electrónica se obtiene durante el periodo 2021-2023. La codificación de IC fue CIE 10 (I50).

RESULTADOS

En el ámbito de AP se detectaron 35.166 pacientes y en el ámbito de AH se detectaron 1.229 pacientes con algún alta hospitalaria. En total se obtuvieron 35.460 pacientes con IC, esto supone una prevalencia del 1,9%.

Del total de pacientes, el 84,7% era de 65 o más años; 53,1% fueron mujeres. El 79,7% se agrupó en un nivel de copago menor. El 61,7% tenía DMII y el 33,4% ERC. Fueron hospitalizados al menos una vez en los últimos 3 años 1.229 pacientes (3,5%). De estos, 636 (51,7%) reingresaron y 141 (22,2%) lo hicieron de forma urgente.

Finalmente, respecto a la calidad del registro de AP, 294 (23,9%) pacientes en AH no estaban registrados en AP. De ellos, 126 (42,9%) estaban en tratamiento con sacubitril-valsartán y 24 (8,2%) no estaban en tratamiento con sacubitril-valsartán, ni tenían diagnóstico de ERC ni DMII y sí estaban en tratamiento con iSGLT-2. Por tanto, al menos 150 pacientes (51,0%) de los diagnosticados en AH y no en AP deberían haber tenido el registro de IC en AP.

CONCLUSIÓN

35.166 pacientes tienen diagnóstico de IC en AP a finales de 2023. Se detecta falta de registro en AP, pues de los pacientes que hospitalizaron alguna vez, casi una cuarta parte no estaba registrada en AP. Además, de estos pacientes no detectados en AP, el 51,0% presentó prescripción de un tratamiento que supone que se está haciendo efectivamente seguimiento en AP.



GESTION INTEGRAL DE LAS COMISIONES TÉCNICAS CONSULTIVAS A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA

 SAN JOSÉ CARRASCO, ANDREA ⁽¹⁾ • MARTINEZ DE MIGUEL, BARBARA ⁽²⁾ • COBAS, JAVIER ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL LA PAZ • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ • ⁽³⁾ GAMALLO

Identificador: 466

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La gestión de comisiones técnicas consultivas en el ámbito de la calidad asistencial presenta desafíos en cuanto a coordinación, seguimiento y eficiencia. La implementación de una plataforma digital permite abordar estas dificultades mediante la optimización de procesos y mejora de la comunicación entre los miembros. Esta solución tecnológica es esencial para garantizar una gestión más eficaz y mejorar los resultados asistenciales.

OBJETIVOS

El objetivo principal es diseñar la gestión de las comisiones técnicas consultivas dentro de la plataforma de gestión del conocimiento ya existente en el hospital, para realizar la gestión integral de las mismas, desde la constitución de los grupos, convocatoria de reuniones, así como gestión de asistencia y gestión documental de las mismas.

METODOLOGÍA

Diseño de acuerdo a la normativa de funcionamiento de las comisiones técnicas consultivas del hospital. Se implementó una plataforma digital diseñada específicamente para la gestión de comisiones, que incluye, la gestión de miembros y cargos, gestión de reuniones de las comisiones, control de asistencia a las sesiones, envío de notificaciones, envío orden del día, generación de certificados de pertenencia a las comisiones, incorporación de sesiones con Microsoft Teams y gestión documental.

RESULTADOS

Se han incluido las 31 comisiones del hospital junto con sus grupos de trabajo. Para cada una de ellas hay varios roles: rol vocal, presidente, secretario, miembro del equipo directivo y coordinador de calidad, con distintas funcionalidades dentro de la herramienta. Con esta herramienta se ha mejorado de manera significativa la coordinación y comunicación entre los miembros de las comisiones, se ha conseguido reducir el tiempo dedicado a la programación de reuniones y gestión de asistencias por parte de los secretarios y presidentes y se mantiene un registro unificados con acceso para el coordinador de calidad y Director Médico para poder hacer un seguimiento de las distintas comisiones técnicas consultivas. La satisfacción general de los miembros de las comisiones con la plataforma es alta, destacando la facilidad de uso y la accesibilidad como los principales beneficios.

CONCLUSIÓN

La implementación de una plataforma digital para la gestión de comisiones técnicas consultivas en el ámbito de la calidad asistencial resulta ser una estrategia eficaz para mejorar la coordinación, comunicación y eficiencia en la toma de decisiones. Los resultados positivos obtenidos subrayan la importancia de adoptar soluciones digitales para enfrentar los desafíos de la gestión del área de calidad.



CONCIENCIACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

 *Baldris Catafau, Judith • Marimon Moron, Marilo*

 *Hospital General de Catalunya*

Identificador: 467

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) ocasionan 1400 muertes diariamente en el mundo. Estas infecciones, principalmente, son adquiridas en centros sanitarios, conllevando al aumento de las infecciones nosocomiales. Distintos estudios han demostrado que el lavado de manos con agua y jabón o la higiene con soluciones hidroalcohólicas antes y después de estar en contacto con el entorno o el propio paciente es la medida más sencilla, económica y eficaz disponible para disminuir el riesgo de infección nosocomial. Actualmente, la tasa de adherencia de la higiene de manos (HM) a nivel mundial no supera el 40%.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es analizar las unidades de luz antes y después de la HM.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio cuasi experimental de la HM, con los profesionales que se encuentran en ese momento en las unidades asistenciales de hospitalización, UCI, neonatos y urgencias, en los turnos de mañana, tarde y noche con ayuda del luminómetro (Sistema de Vigilancia Portátil de Higiene, para la limpieza de las superficies).

En primer lugar, se informa a los profesionales del procedimiento a seguir en todo momento. Se recoge mediante un isótopo una muestra de la palma de las manos, del dorso y del espacio interdigital. Seguidamente, junto con la ayuda del luminómetro, se analizan las unidades de luz (URL), los profesionales realizan la HM (agua y jabón) y se vuelven a analizar las unidades de luz. Según el luminómetro, los valores de referencia establecidos son:

< 500 URL (unidades relativas de luz): SATISFACTORIO. La medición está por debajo del valor de Aprobado por el Punto de Prueba.

> 500 URL: FALLO. La medición ha excedido el nivel de Fallo por el Punto de Prueba.

Finalmente, se valoran los resultados juntamente con los profesionales para concienciar de la importancia de la HM.

RESULTADOS

La disminución de suciedad tras lavado con agua y jabón es mayor cuanto más alta es la URL. Después de la HM solo se detectó un 14% de profesionales con URL superior a 500. En un 41% de los casos, la URL entre el previo y el post HM, mejoró por encima del 90%. Las URL de >500 previa HM donde se repitieron en más ocasiones fue el turno de tarde. Los profesionales donde mejores resultados URL previa a la HM fue neonatología.

CONCLUSIONES

El luminómetro sirve para demostrar la función de la HM de manera visual y ayuda a concienciar sobre la importancia en la prevención de la infección.

Una simple HM es capaz de arrastrar la mitad de la suciedad en casi el 90% de los casos.

El área donde mejores resultados se obtuvieron es el área donde mejor cumplimiento a la HM presenta mediante observaciones guiadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Es necesario seguir trabajando en este campo para mejorar la adherencia a la HM y así poder disminuir el riesgo de las infecciones.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN RELACIÓN CON EL CÁLCULO DE LA HUELLA DE CARBONO EN LOS CENTROS DE UN SERVICIO REGIONAL DE SALUD

 DIAZ-MUÑOZ CRESPO, MARIA JOSEFA • NAVARRO ROYO, CRISTINA • PARDO HERNANDEZ, ALBERTO

 CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID

Identificador: 468

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

El sector sanitario contribuye con el 4,4% de las emisiones netas mundiales de GEI a través del transporte, los residuos y otros recursos, por ello son claves en la sensibilización y reducción de la huella ambiental.

El compromiso con la sostenibilidad ambiental en los sistemas sanitarios es fundamental, especialmente en el cambio climático y sus efectos en la salud pública, tales como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y/o infecciosas, desnutrición o problemas de salud mental secundarios. En 2008 se inició un proyecto de gestión ambiental desde la D.G. de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente para apoyar la implantación de los sistemas de gestión ambiental en los centros sanitarios, evaluando la situación de los centros, definiendo indicadores y líneas de trabajo homogéneas o impulsando la formación y sensibilización ambiental de profesionales y usuarios.

Una de sus líneas de trabajo es determinar el impacto de las emisiones GEI con una visión de conjunto de toda la organización. Se propuso conocer la situación actual de las gerencias en el uso de herramientas de cálculo de la huella de carbono, fecha de inicio del cálculo, y acciones para promover entornos saludables.

OBJETIVO Analizar la situación de partida de las gerencias de un Servicio Regional de Salud en el cálculo de la huella de carbono e identificar las prácticas de mitigación

METODOLOGÍA

Estudio observacional: recopilación y análisis de las respuestas proporcionadas por las gerencias sanitaria. Se envió un formulario de recogida de datos a las 38 gerencias, solicitando información sobre herramientas utilizadas, año de inicio y actuaciones de mitigación y posibles limitaciones.

Variables: Gerencia sanitaria, cálculo de la huella de carbono, año de inicio en el cálculo, alcances contemplados, herramienta de cálculo utilizada, actuaciones relacionadas implementadas. Los datos se presentan como frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

Se recogieron el 95% de formularios enviados. Se observó que 2 hospitales iniciaron el cálculo en 2013 y el 53% inicio el cálculo entre 2022 y 2023. Se encontró variabilidad en la inclusión de alcances en gerencias, con alcances 1 y 2 en el 38% y el alcance 3 en el 47%. Mayormente se prefiere ScopeCO2 para cálculos, en el 82% de los casos.

Las gerencias comunicaron 193 actuaciones para la mitigación de la huella de carbono: 62% gestión energética, 29% la gestión de residuos y el 9%, gestión del consumo de agua.

CONCLUSIONES

Este análisis evidencia un compromiso con la sostenibilidad ambiental y la mitigación de impactos en el sector de la salud. La implementación de acciones para reducir la huella de carbono, el fomento de la eficiencia energética y la adopción de prácticas sostenibles son clave en la gestión ambiental de los centros sanitarios. Se destaca la relevancia de evaluar y gestionar la huella de carbono en el ámbito sanitario como parte de un enfoque integral hacia la sostenibilidad y la protección de la salud.



VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE SALUD: EL VALOR DE LAS AUDITORÍAS

 PALOS ZORRILLA, MARIA PAZ ⁽¹⁾ • NAVARRO ROYO, CRISTINA ⁽²⁾ • PARDO HERNANDEZ, ALBERTO ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIR. GENERAL HUMANIZACIÓN ATENCIÓN Y SEGURIDAD AL PACIENTE - SUBDIR. GENERAL CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE • ⁽²⁾ SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Identificador: 469

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los objetivos calidad incluidos en los contratos de gestión de los hospitales pertenecientes al Servicio Público de Salud se evalúan anualmente con la información que los centros aportan por la Dirección General con competencias en Calidad Asistencial. Dentro de un ciclo de mejora continua, y con el objetivo de reforzar y aportar mayor rigor al proceso, se incorpora desde hace años la realización de auditorías de verificación de cumplimiento dichos objetivos mediante visitas a los centros.

OBJETIVOS

- Verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales de calidad y seguridad del paciente
- Identificar áreas de mejora relacionadas con el seguimiento de los objetivos

METODOLOGÍA

Las auditorías se realizan respecto al cumplimiento de las metas fijadas en los objetivos del contrato de gestión del año anterior siguiendo las siguientes fases

Fase de preparación:

- Elaboración de criterios de priorización de hospitales. (Todos los hospitales se auditan en un plazo máximo de 2 años)
- Elaboración de documentación de apoyo a los auditores

Fase de auditoría:

- Elaboración del protocolo.
- Comunicación a la gerencia del centro de la realización de la auditoría.
- Realización de la auditoría y elaboración de informe

Actividades en la fase de post auditoría (planes de mejora):

- Análisis de los resultados y comparación con la información remitida por el centro.
- Remisión de informe a los centros auditados y solicitud de planes de mejora de objetivos no cumplidos.
- Seguimiento, revisión de los planes de mejora y elaboración de informe global.

RESULTADOS

En el último ciclo de 2 años se han auditado el 100% de los hospitales que forman parte del Sistema Público de Salud. 6 de los centros, se evalúan anualmente por sus especiales características.

Los resultados han sido:

- Año 2022: 18 hospitales. Se solicitaron planes de mejora al 88,9% de los centros (16 hospitales)
- Año 2023: 22 hospitales. Se solicitaron planes de mejora a todos ellos.


En los años 2022 y 2023, se han encontrado discrepancias en el 50% de los hospitales auditados frente a la evaluación previa realizada, en relación con la medición del dolor y su registro en la historia clínica y con la implantación del listado de verificación quirúrgica. También, en sentido positivo, si bien 2 centros habían autodeclarado no alcanzar la meta, se observa el cumplimiento de la meta planteada en relación con la mejora de la higiene de manos, la implantación del listado de verificación quirúrgica y la participación de los pacientes en los comités


CONCLUSIONES

La realización de auditorías pone de manifiesto que la información aportada por los centros en general es veraz, encontrándose discrepancias sólo en 2 de los indicadores auditados. Esto ha hecho que nos planteemos un cambio de enunciado para una mejor comprensión y mayor especificidad la meta planteada.



SEGUIMIENTO E IMPLANTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL DOLOR

 PALOS ZORRILLA, MARIA PAZ ⁽¹⁾ • GARCIA LIZANA, FRANCISCA ⁽²⁾ • NAVARRO ROYO, CRISTINA ⁽³⁾ • PARDO HERNÁNDEZ, ALBERTO ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIR. GENERAL HUMANIZACIÓN ATENCIÓN Y SEGURIDAD AL PACIENTE - SUBDIR. GENERAL CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE • ⁽²⁾ SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE • ⁽³⁾ SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Identificador: 470

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Según la Encuesta Europea de Salud en España realizada en 2020 a personas de 15 y más años, un 40% de la población tuvo dolor en las últimas 4 semanas en mayor o menor medida. El dolor, es un síntoma que nos afecta a todos en algún momento de nuestra vida, pudiendo convertirse en una enfermedad con entidad propia, como ocurre con el dolor crónico. La Organización Mundial de la Salud reconoce el dolor como un grave problema de salud pública por su alta prevalencia. Como consecuencia se puso en marcha una estrategia para mejorar la atención al dolor ofrecida a los ciudadanos, con una vigencia de 5 años. Transcurrido un año desde su puesta en marcha, se hace necesario una evaluación para comprobar su implantación.

OBJETIVOS

1. Evaluar la implantación del plan de atención al dolor en un servicio público de salud
2. Impulsar actuaciones para la mejora de la atención al dolor

METODOLOGÍA

Tras la puesta en marcha de la estrategia de atención al dolor, formada por 11 líneas, 34 objetivos y 148 actuaciones, se constituyó un comité operativo formado por representantes de las Unidades Directivas que conforman la Consejería con competencias en Sanidad.

Se elaboró un plan de acción, asignando a las diferentes Unidades Directivas, las actuaciones precisas para alcanzar los objetivos propuestos, necesarios para conseguir una mejora en la atención al dolor para las personas que lo sufren.

Tras el primer año de implantación, se ha solicitado la evaluación de las 91 actuaciones previstas para 2023.

Las actuaciones, en función de su grado de consecución se evalúan como:

- En desarrollo
- Finalizada
- Realizada anual
- Cancelada

Una vez analizados los resultados de la evaluación, se extrae el nuevo Plan de Acción del 2024 y años posteriores.

RESULTADOS

Para el año 2023 estaban programadas 91 actuaciones. La evaluación resultante ha sido la siguiente:

- 49% (45) de las actuaciones programadas se encuentran en desarrollo;
- 34% (31) se han llevado a cabo anualmente según la planificación realizada;
- 11% (10), han sido reprogramadas (no se han abordado en 2023 y se ha planificado su inicio en 2024),
- 5% (5), se han finalizado completamente

Las líneas estratégicas con mayor grado de implantación han sido las dedicadas a: desarrollo de la estructura organizativa; buenas prácticas, relaciones y alianzas externas y fomento de la investigación.


En general, el plan de acción resultante, ha sufrido pocos cambios en relación a la planificación inicial. Dado que la reprogramación de las 10 actuaciones, solo ha supuesto en términos absolutos el retraso del inicio.

CONCLUSIONES

La cumplimentación de la Estrategia ha sido satisfactoria en el 2023. No obstante, hay que realizar un seguimiento estricto de aquellas actividades cuyas actuaciones estén programadas durante varios años.

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN ENDOMETRIOSIS

 Ramos Masdeu, Laia ⁽¹⁾ • Casals, Gemma ⁽²⁾ • Iglesias, Sara ⁽³⁾ • Munrós, Jordina ⁽⁴⁾ • Perelló, Josep ⁽⁵⁾ • Moharra, Montse ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) • ⁽²⁾ Hospital Clínic de Barcelona • ⁽³⁾ Hospital Germans Trias i Pujol • ⁽⁴⁾ Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Montaña - La Mina de Barcelona • ⁽⁵⁾ Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau,

Identificador: 471

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las herramientas de ayuda a la toma de decisiones (HATD) integran la evidencia científica sobre las opciones de tratamiento disponibles para una determinada enfermedad con las preferencias y valores individuales, fomentando la conversación entre profesional y paciente. La participación activa de las personas en las decisiones sobre su propia salud mejora la calidad de la información recibida, la precisión en la percepción de los riesgos de cada tratamiento y la congruencia de la decisión con los propios valores. El objetivo de este trabajo ha sido desarrollar una HATD en Endometriosis con la participación de profesionales y personas afectadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

La HATD en Endometriosis se elaboró siguiendo los estándares internacionales IPDAS, mediante una metodología cuantitativa y cualitativa. En las sesiones de cocreación se implicaron profesionales de ginecología en la atención primaria y especializada, expertos en experiencia del paciente y pacientes. La Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología hizo la validación final. Una vez publicada la herramienta web, se presentó en un seminario abierto para profesionales y pacientes de Cataluña y posteriormente, se hizo difusión entre las asociaciones de pacientes y en la jornada anual de la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis. Finalmente, se realizó un seguimiento del número de visitas web y se analizó la experiencia de usuario/a mediante un cuestionario integrado.

RESULTADOS

9 expertos en endometriosis, 3 expertos en experiencia de paciente, 11 pacientes y 2 asociaciones de pacientes participaron en la elaboración de la herramienta, que incluye las secciones de Información general, Opciones de tratamiento, Comparación de opciones, Cuestionarios de preferencias, Historias personales y Preguntas frecuentes. Disponible en castellano y catalán, se publicó y presentó en un seminario web en julio de 2023. Tras nueve meses, accedieron 23.886 usuarios, siendo la segunda herramienta más visitada de las 13 disponibles durante este período. 152 personas han respondido al cuestionario web, con una valoración de la satisfacción mediana de 4 sobre 5. Los apartados percibidos de mayor utilidad son los de Información general y Opciones de tratamiento.

CONCLUSIONES La co-creación de la HATD en la Endometriosis con profesionales y pacientes ha garantizado un enfoque integral, atendiendo a las necesidades de todos los grupos de interés. La presentación de la herramienta en seminarios web, asociaciones de pacientes y congresos científicos ha contribuido a su difusión tanto en el ámbito estatal, consiguiendo que sea una de las herramientas más visitadas. La valoración de las personas usuarias es alta. Actualmente, se está trabajando en una Guía de Implementación de la herramienta con el objetivo de ampliar su uso dentro del sistema sanitario, y que incluirá una estrategia de evaluación de la utilidad percibida por profesionales y pacientes.

SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE: VISIBILIZANDO LA PARTE OCULTA DEL ICEBERG

 *Maté Enríquez, Tomás • González Pastrana, Josefa • Montero Alonso, María Soledad • Arrieta Cerdán, Esther • Vegas Miguel, Alberto • Robles García, Mónica*

 *Gerencia Regional de salud de Castilla y León*

Identificador: 472

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La monitorización de la satisfacción del paciente en relación con la asistencia recibida se ha generalizado y es habitual que las organizaciones sanitarias recaben, mediante encuestas, la opinión y satisfacción de los pacientes en relación con la accesibilidad, la información y el trato recibidos, el respeto a su intimidad, la coordinación entre niveles asistenciales, la limpieza y el confort de las instalaciones, la restauración e incluso aspectos relacionados con la humanización y, por supuesto, el NPS.

Sin embargo, los cuestionarios no suelen incluir preguntas directamente relacionadas con la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Determinar el grado de ocurrencia, durante la atención sanitaria, de determinados incidentes con (posible) repercusión en la seguridad de los pacientes según la experiencia de estos.

Encuestas de opinión y satisfacción de los pacientes y familiares o cuidadores en los ámbitos de urgencias hospitalarias (UH), consultas externas (CE), hospitalización (HO) y consultas de atención primaria (AP), con inclusión de una pregunta de respuesta múltiple, específica sobre la ocurrencia de algunos incidentes relevantes de seguridad del paciente. La captación se realizó mediante envío de SMS diferidos, dos días después de la atención o el alta hospitalaria, con URL de acceso al cuestionario correspondiente, precedido de invitación a la participación para la mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se completaron un total de 24.669 encuestas (UH=6.658; CE=6.656; HO=5.720; AP=5.635) con tasas de participación (cuestionario completo): UH=22,8%; CE=21,3%; HO=24,1%; AP=10,6%. La pregunta sobre incidentes de seguridad fue respondida por 6.920 (UH), 6.991 (CE), 5.845 (HO) y 5.864 (AP) encuestados.

Los incidentes autorreportados más frecuentes fueron, en HO:

- Ausencia o retraso de respuesta tras pulsar el timbre (4,7%), retraso o repetición de prueba por mala organización (3,4%) y error de medicación (3,4%; AP=1,2%; UH=0,83%)
- Incidente más frecuente en UH-; CE=0,43%); en AP: no recibir información clara y comprensible (2,8%), problema de comunicación o coordinación entre su médico y enfermero/a (1,7%) y problema de acceso a su historia clínica (1,5%) y en CE: no poder participar en la toma de decisiones (2,3%) y ausencia del resultado de alguna prueba (1,8%).

Otros incidentes señalados fueron:

- Confusión con otro paciente (HO=1,2%; UH=0,59%; CE=0,56%; AP=0,32%)
- Caída accidental (HO=0,77%; AP=0,36%; UH=0,29%; CE=0,19%).

El 12,3% (HO), 8,7% (UH), 5,0% (CE) y 4,6% (AP) de los encuestados refirieron la ocurrencia de otros incidentes no especificados y el 78,9% (HO), 90,0% (UH), 90,2% (AP) y 91,2% (CE) que no sucedió ninguno.

Aunque, exceptuando el ámbito de hospitalización, 9 de cada 10 encuestados señalan la ausencia de incidentes de seguridad, los pacientes identifican una presencia mucho mayor de la deseable de estos eventos. Identificar un problema es el primer paso para la mejora y la iniciativa pone de manifiesto esta necesidad.



LA METAMORFOSIS DEL PROYECTO TXIMELETA

 *Uranga Ibarra, Amaia • Urrutia Johansson, Isabel • Alonso Rodriguez, Catherine • Pantoja Alvarez, Consuelo*

 *Clínicas IMQ*

Identificador: 475

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

La pérdida perinatal, que abarca el aborto espontáneo, la muerte fetal y la muerte neonatal, es una experiencia profundamente angustiada para los padres y las familias. El duelo y el trauma asociados a la pérdida perinatal requieren un apoyo sensible e integral por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, muchos hospitales carecen de programas estructurados para abordar eficazmente las necesidades emocionales y psicológicas de las familias en duelo.

El objetivo principal de este proyecto es diseñar, implementar y evaluar un programa integral de apoyo al duelo perinatal en el Grupo IMQ.

METODOLOGÍA

- Evaluación de las necesidades:** constitución de grupos de discusión con asociaciones de madres y padres en duelo y profesionales sanitarios para identificar las principales necesidades y carencias de los actuales protocolos internos.
- Desarrollo del proyecto:** Desarrollar un programa estructurado de apoyo al duelo, que incluya protocolos humanizados para la atención inmediata tras una pérdida perinatal y apoyo psicológico continuo tanto para pacientes como para profesionales.
- Formación y educación:** realizar módulos de formación para los profesionales sanitarios de todos los Servicios sobre las mejores prácticas en la atención al duelo perinatal, incluyendo la empatía, las habilidades de comunicación y la sensibilidad cultural.
- Implantación:** Poner a prueba los protocolos de las Clínicas, garantizando la integración en las guías y servicios de atención existentes.
- Evaluación:** Utilizar métodos cualitativos y cuantitativos para evaluar el impacto del proyecto en las familias en duelo y los profesionales sanitarios, con la colaboración de asociaciones de familias en duelo.

RESULTADOS

- Mejora del bienestar emocional y ofrecer herramientas de afrontamiento a las familias en duelo.
- Aumento de la competencia y la confianza de los profesionales sanitarios en la gestión de la pérdida perinatal.
- Mejora de las políticas y prácticas hospitalarias relacionadas con el apoyo al duelo perinatal.
- Creación de un entorno hospitalario compasivo y de apoyo que reconozca la pérdida perinatal.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa integral de Clínicas IMQ de apoyo al duelo perinatal, junto con IMQ AMSA (psiquiatría) y IMQ IGURKO (residencia), ha sido crucial para atender las necesidades emocionales y psicológicas de las familias en duelo. El objetivo de este proyecto es ofrecer un modelo que pueda adaptarse y aplicarse en diversos entornos sanitarios, mejorando la calidad de la atención a las familias que sufren una pérdida perinatal. Fomentando un entorno de apoyo y dotando a los profesionales sanitarios de las habilidades necesarias, podemos ayudar a las familias a superar su duelo.

HELP. HUMANIZANDO LA ENFERMEDAD, ESCUCHANDO Y LIDERANDO CON EL PACIENTE

 Urrutia Johansson, Isabel • Uranga Ibarra, Amaia • Alonso Rodriguez, Catherine • Pantoja Alvarez, Consuelo

 Clínicas IMQ

Identificador: 476

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

El proyecto HELP: humanizar (H) la enfermedad escuchando (E) y liderando con (L) el paciente (P) engloba todo un plan de humanización donde se centran sus esfuerzos en extender una cultura propicia a este objetivo dentro del conjunto de la organización, incluyendo a los gestores, personal de administración, técnicos y todas las categorías de profesionales sanitarios, obviamente contando con los médicos, las enfermeras y todo el personal asistencial.

Se caracteriza por disponer de una manera estructurada y sistemática todo el abanico de proyectos de humanización en función de la casuística, necesidades y perfil del paciente. Se identifican las necesidades de humanización a través de diferentes metodologías, tanto con los pacientes como a través de los comités y comisiones clínicas, equipos de proceso o grupos de mejora con los profesionales.

El Proyecto HELP de las Clínicas IMQ dispone de siete ejes, 37 objetivos y 82 proyectos, con un grado de consecución del 97% en la actualidad. Todos estos ejes, disponen de objetivos, despliegue de proyectos e iniciativas y un sistema de evaluación, lo que permite cuantificar la consecución del proyecto. Se trata de conocer, siempre que es posible, la situación de partida en relación a las expectativas o necesidades de humanización de los pacientes, desplegar las acciones y volver a evaluar con el fin de medir su impacto. No siempre es fácil, pero es la única manera de verificar y confirmar que realmente las iniciativas de humanización tienen buenos y exitosos resultados.

Las mejoras en el proceso de comunicación efectiva con el paciente- proyecto Calgary-Cambridge – y con el profesional (proyecto SBAR). La humanización en todo el servicio de la UCI, mediante el cumplimiento de todos los estándares que han dado pie a la certificación en enero de 2024 como primer hospital privado en certificarse con HU-CI AENOR en España.

Iniciativas asociadas al mantenimiento de una adecuada accesibilidad hospitalaria; la calidad en el descanso de los pacientes (Proyecto SueñOn); identificar y priorizar espacios físicos que necesitan reformas relacionadas con aspectos de humanización (Nanotectura hospitalaria); y evaluar y optimizar la experiencia percibida por familiares y acompañantes y minimizar los procesos generadores de dolor o incomodidad, entre otros.

La Humanización del paciente pediátrico, se ha enmarcado dentro del proyecto Txapeldunak, donde se recogen varias iniciativas de impacto como, por ejemplo, ‘En coche a quirófano’, dirigida a las intervenciones quirúrgicas del paciente pediátrico” o el proyecto Tximeleta, para abordar el duelo perinatal.

Otro campo de trabajo “sensible” es el de la asistencia al paciente oncológico y los cuidados al final de la vida, donde se trabaja en iniciativas para abordar la atención al paciente con un enfoque integral y potenciar un entorno más saludable, humano y confortable para el paciente y en alianza con el apoyo de diferentes alianzas con Asociaciones de Pacientes.



PROYECTO DE ABORDAJE DE LA EMERGENCIA CLIMÁTICA

 Urrutia Johansson, Isabel • Uranga Ibarra, Amaia • Alonso Rodriguez, Catherine • Pantoja Alvarez, Consuelo

 Clínicas IMQ

Identificador: 477

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

Que hay un cambio climático es evidente, y que los hospitales podemos y debemos de actuar, es un elemento de responsabilidad y sostenibilidad, máxime cuando la huella climática del sector de la salud equivale al 4,4 % de las emisiones globales y de gases de efecto invernadero de 514 centrales eléctricas de carbón.

Las iniciativas que desde IMQ Zorrotzaurre se están llevando a cabo para poder minimizar los GEI en nuestra área son los siguientes:

1. La construcción desde una perspectiva medioambiental; Pantalla acústica en cubierta de edificio; Acristalamientos con control solar en fachadas: Aislamiento térmico y corrección acústico; Climatización Quirófanos: filtración de climatizadores y filtros terminales absolutos (99,999 %); Sistemas de aprovechamiento de luz natural: células lumínicas, detectores presencia; Climatización Fan-Coils a 4 tubos y doble batería; etc.
2. La apuesta por una gestión energética basada en ahorros garantizados. Empleo de fuentes de iluminación más eficientes (LED - 25,2% actualmente); Maximización de la aportación de energías renovables (fotovoltaica) y cogeneración; Reprogramación del sistema de control (BMS) para mejorar la eficiencia del sistema de climatización (horarios funcionamiento, enfriadoras en cascada,...); Instalación de nuevos depósitos adiabáticos para almacenamiento de A.C.S. ; Instalación de depósito de inercia para refrigeración del motor grupo de cogeneración aprovechando el calor residual para A.C.S.
3. La realización de acciones de sensibilización como una apuesta impulsada desde la Dirección y que anualmente se traducen en la celebración del Día Mundial del Medio Ambiente, La hora del Planeta, la realización de simulacros ambientales o la organización de jornadas gastronómicas con menús más sostenibles.
4. La participación en proyectos de investigación e innovación orientados a la disminución de nuestro impacto ambiental, como el Proyecto Contaminantes Emergentes, Premio Europeo de Gestión de Residuos en la categoría de Empresas.
5. La colaboración con otras entidades y empresas para promover y apoyar proyectos de economía circular como el proyecto "Identificación de oportunidades para la integración del sector bio-salud y medio ambiente: nuevas cadenas de valor para productos esenciales en el marco de una economía circular y post covid-19" llevado a cabo con el Basque Health Cluster y ACLIMA.

Seguimos buscando cómo hacer más eficiente nuestra actividad y seguir descarbonizándonos. Porque además de ser referente en la sanidad privada de Euskadi y su único Hospital Universitario privado, queremos ser recordados por nuestra contribución a la lucha contra la emergencia climática.



IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE INMUNIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Cruz, Yerai • Rodríguez Arteaga, Ana Cristina • Duque Arimany, Javier Hugo

 Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Identificador: 478

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Actualmente se puede decir que estamos en un cambio de paradigma en todo lo relacionado con la vacunación habiendo pasado de calendarios sistemáticos para la edad infantil a calendarios a lo largo de toda la vida así como a una creciente investigación y aparición de nuevos productos para la inmunización pasiva de los pacientes mediante anticuerpos monoclonales. En este contexto, además, hay que tener en cuenta que la población susceptible para inmunizarse es cada vez mayor fundamentalmente derivado de la alta esperanza de vida y los tratamientos crónicos que los hacen más vulnerables. Por todo ello la gestión centralizada de toda la inmunización para conseguir una valoración individualizada de los pacientes es fundamental para evitar infecciones y, por tanto, evitar morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue mejorar la inmunización de los pacientes de nuestra área de referencia.

Como objetivos secundarios se planteó identificar a pacientes susceptibles de inmunización y generar circuitos adecuados de derivación hacia la consulta de inmunización.

- Tradicionalmente en nuestro hospital la consulta de “vacunación” se instauró con un modelo clásico de consulta inicial y sucesivas valoradas por el especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública lo que producía tiempo limitado para ver a pacientes de primera vez y una consiguiente importante lista de espera. Se decidió apostar por un método mixto para lo cual se formó a un recurso humano de enfermería lo que posibilitado que el médico valore únicamente a los pacientes de primera vez, siendo enfermería quien se ocupa de las dosis sucesivas y el seguimiento aumentando los huecos tanto de primera vez como sucesivos y disminuyendo la lista de espera.
- Se creó un correo electrónico específico para la consulta para unificar la vía de comunicación con los pacientes.
- Se identificaron los potenciales Servicios demandantes y se tuvieron reuniones monográficas para dar a conocerlos, explicar la importancia y necesidad de la inmunización en relación a las patologías y para trabajar conjuntamente en posibles circuitos de derivación e identificación de pacientes.
- Se actualizaron todos los protocolos específicos para la consulta de inmunización en relación a la legislación vigente y evidencia científica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES


Desde la implantación de los cambios se ha objetivado las siguientes mejoras:

Los pacientes y usuarios están altamente satisfechos con la consulta de inmunización en un 97%

La lista de espera para la primera consulta ha disminuido a más de la mitad de la p`revia.

El tiempo por paciente de primera vez es mayor al previo posibilitando una mejor valoración y explicación de las recomendaciones.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CULTURA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

 MELIÁN MORA, ISMAÉL NOAH • ARVELO RODRÍGUEZ, YAIZA MARÍA • ALONSO DÍAZ, MARÍA MONTSERRAT • FERNÁNDEZ MÉNDEZ, FELIPE SANTIAGO • Duque Arimany, Javier Hugo • CHICO PADRÓN, ROSA MARÍA

 Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Identificador: 482

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha centrado sus políticas en la seguridad del paciente, destacando su importancia en la mejora de la calidad asistencial. Las caídas son un efecto adverso común en la asistencia sanitaria que causa daños y complicaciones no relacionadas con la enfermedad original. La OMS define una caída como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”, y su prevención es un indicador clave de la calidad de los cuidados de enfermería.

Todos los pacientes hospitalizados pueden ser susceptibles a caídas debido a factores personales y ambientales. No identificar correctamente a los pacientes en riesgo de caídas puede tener graves consecuencias, aumentando el peligro de lesiones. Por ello, es esencial implementar programas de prevención de caídas con protocolos claros para evaluar el riesgo, prevenir y tratar caídas en pacientes hospitalizados. Establecer criterios homogéneos y basados en evidencias científicas puede reducir significativamente el riesgo de caídas y mejorar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se propone como objetivo reducir el número total de caídas, optimizar su notificación y valoración, formar continuamente al personal de enfermería, incrementar los registros de riesgo de caídas, analizar la eficacia de las medidas implementadas, promover una cultura de seguridad en la institución y reducir la gravedad de las caídas ocurridas.

Para el apoyo metodológico en 2017 se creó una comisión de caídas con referentes de distintas unidades de enfermería de la Institución. Esta comisión, en contacto permanente con la comisión de Seguridad, elaboró protocolos de prevención de caídas para pacientes hospitalizados en 2017 y para pacientes ambulatorios en 2018. En 2021 se implementaron mejoras en la hoja de notificación, valoración y tipificación de las caídas. Se introdujo la notificación de caídas en el sistema de incentivos. Continuamente se ha formado al personal de enfermería en prevención de caídas y en el funcionamiento del circuito propio de notificación de caídas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 2022 se impartieron 59 sesiones formativas a 1109 profesionales. Los registros de escalas de riesgo de caídas aumentaron del 70,14% en 2021 al 83,56% en 2023. Además, las notificaciones de caídas en la institución aumentaron de 187 en 2021 a 286 en 2023. De estas, se tipificaron como grave/moderado 1 caso en 2022 y 2 casos en 2023.

Concluimos que La implementación de estas estrategias ha resultado en una mejora significativa en la cultura de prevención de caídas, aumentando la seguridad de los pacientes y promoviendo una atención de mayor calidad en la institución sanitaria. El enfoque en la formación continua, la mejora de los protocolos y la integración de sistemas de notificación ha permitido avanzar hacia un entorno hospitalario más seguro y consciente de los riesgos asociados a las caídas.

COVID-19 Y LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES: CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN EL NORDESTE DE ESPAÑA

 OSCA GELIS, GEMMA • MACHUCA NEGRETE, NOEL • GUIU MEMBRADO, ANNA • MOSTEIRO MOLINA, SONIA • FERRANDIZ BROTONS, ULISES • RIBES PUIG, JOSEPA

 INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA

Identificador: 484

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el subtipo de linfoma no Hodgkin más incidente mundialmente (7-9 casos x 105 personas/año), con una supervivencia a 5 años del 65%. En la pandemia COVID-19, el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes disminuyó. También se redujo la supervivencia en pacientes con infección COVID severa y con peores factores pronósticos, tanto de la enfermedad como del paciente.

OBJETIVOS

- Determinar los factores pronósticos y la supervivencia observada (SO) a 1-2 años de pacientes con LDCBG de un Registro de Tumores Hospitalario Multicéntrico (RTH) durante el período 2019-2021.
- Evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y supervivencia.

METODOLOGÍA

Los LDCBG se identificaron durante 2019-2021 mediante altas hospitalarias, anatomía patológica, consultas externas, tratamientos antineoplásicos (quimioterapia (QT), inmunoterapia, radioterapia (RDT), trasplantes hematopoyéticos, ensayos clínicos), comités de tumores y laboratorios hematológicos de citogenética y biología molecular (fuentes información RTH). A nivel poblacional, se recopiló información del nivel socioeconómico, infección/ingresos/vacunación COVID, comorbilidad (índice Charlson), estado vital y causa de defunción (hasta marzo 2024) a partir del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma del RTH. Se compararon los datos clínicos y la SO de los períodos pre-pandémico (2019) y pandémico (2020-2021). La SO a 1-2 años y la identificación de los factores pronósticos en la supervivencia se analizaron mediante los métodos Kaplan-Meier y Hazard Ratios.

RESULTADOS

Durante 2019-2021 se diagnosticaron 559 LDCBG (2019: 172; 2020: 184; 2021: 203). Respecto el 2019, en 2020 se diagnosticó un 16% menos LDCBG en hombres y un 49% más en mujeres. En 2021 se estabilizó el diagnóstico a nivel pre-pandémico. Durante la pandemia: a) se infradiagnosticó LDCBG en pacientes con comorbilidad alta y estadios iniciales del linfoma, b) las principales comorbilidades fueron diabetes, enfermedades renales y pulmonares, c) se aplicó menos QT y RDT (6,5% y 19,3%). La mayoría de los ingresos hospitalarios por COVID fueron en 2020 (145%). Globalmente, la SO disminuyó en pacientes con edad, comorbilidad y estadios avanzados y, en los ingresados por COVID. Estos factores se mantuvieron significativos en el análisis multivariante. No se constataron diferencias estadísticamente significativas de la SO a 2 años entre los períodos pre-pandémico y pandémico (2019: 57,6% (50,6-65,4), 2020: 61,4% (54,8-68,9), 2021: 58,1% (51,7-65,3)).

CONCLUSIONES

La pandemia COVID-19 provocó una disminución de diagnósticos de LDCBG en hombres, en estadios iniciales y en pacientes con comorbilidad alta. Las variables de mal pronóstico en la SO fueron: edad, comorbilidad, estadios avanzados y haber ingresado por COVID-19.

Aunque se administraron menos tratamientos antineoplásicos en pacientes diagnosticados durante la pandemia, no se constató una disminución significativa de la SO.

OPTIMIZACIÓN DEL FLUJO DEL PROCESO QUIRÚRGICO CON METODOLOGIA LEAN

 Álvarez Gómez, Susana • Torrens Hernández, Caridad E. • García Cruz, Laura • Graell Martín, Xavier • Comajuncosas i Camp, Jordi • Martínez Barabino, Pablo

 Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Identificador: 485

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En 2022, el Bloque Quirúrgico realizó 6.668 intervenciones de diferentes especialidades en adultos: 25,1% urgentes y 74,9% programadas. Problemas:

- Cancelaciones de quirófanos (Q) arrastrados de afectaciones/coberturas de las últimas olas de COVID en 2021 (40Q ene-feb 2022) por falta de profesionales
- Aumento de actividad urgente. Especialmente traumatología (11% más respecto a 2019)
- Ampliación del territorio de referencia
- Largos tiempos de espera para entrada a Q e ingreso a planta
- Aumento de listas de espera
- Aumento de desprogramaciones

OBJETIVOS

- Disminuir tiempo total del proceso CMA (agilizar flujo) en un 10%
- Aumentar a 90% entrada a Q de la 1a intervención del día antes de las 9:01h

METODOLOGÍA

En Mayo del 2022, el equipo directivo y la Unidad de Calidad (QiS) realizan un estudio situacional con metodología LEAN, creando un equipo de trabajo multidisciplinar (cirujanos, anestesistas, enfermería, camilleros, admisiones, gestores, directivos y técnico QiS experto en LEAN para llevar a cabo el proyecto.

El análisis se centró en la cirugía mayor ambulatoria (CMA):

- Hora de entrada a Q
- Lead Time (LT-duración del proceso)
- Actividad
- Se utiliza el cuadro de mando propio y un gráfico manual para el seguimiento.

Inicio proyecto: Septiembre 2022.

Se realizan:

- Encuestas de opinión de pacientes: accesibilidad, atención, comodidad, comunicación e información
- Observación directa del flujo de pacientes por técnicos QiS
- Sesiones informativas al equipo multidisciplinar y al personal
- Análisis del mapa de flujo de valor del proceso para detectar puntos débiles

RESULTADOS

Finalización del proyecto retrasada: Enero (previsto) a Junio del 2023.

Mejoras:

- Actualización de protocolos de profilaxis antibiótica perioperatoria y afeitado
- Prescripción anticipada de antibióticos
- Avanzar 1 hora la llegada de una enfermera de Q para preparar Q y 30 minutos otra enfermera de Q para preparar los primeros pacientes
- Ajustar horarios del equipo para empezar el día
- Difusión del nuevo circuito de solicitud de consumibles
- Actualización del estoc en el BQ
- Planificación visible del equipo quirúrgico (parcial)
- Desarrollo de un proyecto de mejora de las camas disponibles en planta

Indicadores (enero-mayo de 2022 y de 2023):

Hora de entrada a Q: Aumento del % de primeros pacientes que entran antes de las 9:01h (2022: 87,5%; 2023: 90,5%)

LT: Disminución del tiempo medio desde el ingreso hasta el alta de la unidad de recuperación postanestésica (10h02m el 2022; 08h25m el 2023)

Actividad: Nombre de Q programados (n=583 el 2022; n=600 el 2023)



CONCLUSIONES

- Selección y planificación por Iso profesionales de las acciones de mejora iniciadas en el proceso intraQ y mejora de la comunicación entre equipos.
- Mejora continua con implementación de otras acciones y seguimiento periódico.
- Impacto positivo en la atención y la seguridad del paciente, reduciendo tiempos de espera, mejorando la satisfacción y la accesibilidad.
- Proyecto ambicioso, con dificultad de evaluación de las acciones.

Datos actualizados en presentación final.



MEJORAR EL REGISTRO DEL DOLOR, ¿TODAVIA NECESARIO?

 Sabater Raga, Rosa Maria • Mico Reyes, Eloisa • Estape Vila, Olga • Carmona Collado, Raquel • de Sande Pérez, Sonia

 Hospital general de Granollers - Hospital universitari

Identificador: 486

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

A pesar de todo, aún es necesario reforzar y mejorar la monitorización del dolor.

Para garantizar la excelencia en la atención es importante la utilización de las escalas más adecuadas a cada perfil del paciente y definirlo como quinta constante.

OBJETIVO

Monitorizar la mejora del registro del dolor en una unidad quirúrgica después de una acción formativa.

METODOLOGÍA

Estudio casi experimental prospectivo con dos grupos no equivalentes ni recurrentes. Se monitorizó el grado de registro del dolor en una unidad quirúrgica de traumatología, se realizaron diferentes acciones formativas y se volvió a monitorizar cuál era el grado de cumplimentación del registro del dolor.

- Respecto al corte de prevalencia: la enfermera de calidad realizó la evaluación del registro del dolor revisando tanto el espacio destinado para ello como en el curso clínico de enfermería
- Respeto a la encuesta: consta de 7 preguntas para conocer cómo /cuándo /donde se hace el registro del dolor durante el ingreso. Se realizaron anónimamente una semana después del corte de prevalencia. La coordinadora asistencial fue la responsable de solicitar a los profesionales de enfermería la realización de la encuesta. Se entregaron a Calidad totalmente anonimadas donde se tabularon los resultados y se emitió el informe correspondiente.

RESULTADOS

Aunque se presentaran los datos específicos en el congreso, en general los resultados más destacados en los primeros cortes fueron: La percepción del correcto registro del dolor, es muy superior a la realidad.

En global el turno que mejor registra el dolor es el turno de noche.

No hay constancia de pacientes con dolor > 5 (escala EVA) por lo que no se puede evaluar si se reevalúa al paciente.

La mejoría en el control del dolor posterior a las acciones realizadas se plasma en todos los turnos

CONCLUSIONES

Hay que sensibilizar a los profesionales de la importancia del registro.

El abordaje del dolor precisa de trabajo en equipo con todos los profesionales asistenciales.

VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

 Lahuerta Valls, Laura • Bancó Tura, Lluïsa • Martínez Garcia, Beatriz • Alen Gobernado, Saray • Sabater Raga, Rosa Maria

 Hospital general de Granollers - Hospital universitari

Identificador: 487

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La intensidad de las curas enfermeras y cargas de trabajo en una UCI se relacionan directamente con la eficiencia y la calidad de la atención. La correcta dotación de personal es fundamental para la administración y gestión de una unidad de intensivos, unidades que han crecido en tamaño tras la pandemia. Existe poca evidencia científica al respecto.

OBJETIVO

Diseñar una matriz funcional para puntuar la intensidad de curas enfermeras de los pacientes ingresados en la unidad de críticos de un hospital comarcal.

METODOLOGÍA

Se hizo un proceso cualitativo de Investigación-Acción Participativa en la perspectiva deliberativa-práctica, basado en un análisis crítico, con la participación de un grupo de expertos orientado a fomentar la práctica reflexiva.

Se consensuó un grupo de 4 enfermeras expertas para poder homogeneizar los criterios que puntuasen las diversas actividades y cuidados: Desde las actividades básicas de monitorización, tratamientos básicos y aislamientos, a los procedimientos más complejos como técnicas y soportes invasivos.

Se otorgó una puntuación de 1 al 3 en función de la intensidad de los cuidados.

RESULTADOS

Se creó una matriz de aplicativo sencillo para valorar la intensidad de cuidados de cada una de las 2 UCI con las que cuenta nuestro centro, que determina la intensidad de la carga asistencial de cada equipo de trabajo para poder distribuir con criterio objetivo la dotación del personal de soporte.

CONCLUSIONES

Es necesaria la monitorización de la complejidad/intensidad de las curas de la unidad de críticos para dotar objetivamente las unidades en función de su puntuación obtenida. Eso repercutirá en la equidad de las cargas de trabajo y mejorará la calidad de las curas, así como el ambiente laboral entre los equipos.

ELABORACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR MEDIANTE MÉTODO HOSHIN KANRI

 Santamaría López, Sara • Bonilla Aguilar, Inmaculada • Cortés Sevilla, Francisco • Mora Salvado, Jaume • Álvarez Soto, Ana Belén • Cortés Romera, Montserrat

 Hospital Universitario de Bellvitge

Identificador: 488

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En ocasiones la visión estratégica de los servicios se desdibuja y requiere de actualización de los objetivos. El servicio de Medicina Nuclear (MNU) es un área donde se establecen cambios constantes debido a la necesidad de incorporación de nuevos profesionales, nuevas técnicas complejas/radiofármacos, equipamientos de última generación y avances en terapia metabólica (TM). Hoshin Kanri (HK) es una herramienta de planificación estratégica para relacionar los objetivos de la organización con los individuales, que se plantea como método para adaptarse a los cambios de un servicio de MNU de un hospital de tercer nivel.

OBJETIVOS

Establecer unos objetivos estratégicos de mejora del servicio de Medicina Nuclear de un hospital de tercer nivel para posteriormente ejecutar la implementación y posterior seguimiento.

METODOLOGIA

El servicio de MNU está formado por 70 profesionales, dispone de diferentes equipos de imagen híbridos y 3 habitaciones de TM y se realizan unas 21997 actividades/año. Se creó un grupo focal multidisciplinar, se realizaron reuniones periódicas quincenales (1h), se recogieron los datos necesarios para extraer indicadores de gestión más importantes y poder comprobar el funcionamiento del servicio. La revisión de los resultados se realizará mensualmente creando acciones de mejora reflejadas en la herramienta Lean A3 que formará parte del panel HK.

RESULTADOS

Se establecieron 3 ejes de mejora del servicio, alineados con el HK del hospital: Experiencia del paciente, Desarrollo profesional y Liderazgo en red.

Se generaron los siguientes objetivos según cada eje:

“Experiencia del paciente”:

- Mejora del tiempo (t) de realización de las pruebas ordinarias (90 días) y preferentes (30 días)
- Disminución del (t) en la elaboración de informe médico (<7 días)
- Establecer “0” pacientes fuera de garantía
- Disminuir las reprogramaciones
- Mejorar las encuestas de satisfacción de los usuarios (MNU 70% y PET-RM 95%)
- Objetivo “0” incidencias en la seguridad del paciente, promoviendo medidas como la identificación activa (auditoria aleatoria)
- Mantener las áreas de trabajo ordenadas (auditorias periódicas KATA 5S)

“Desarrollo profesional”:

- Medición de las habilidades de los técnicos de imagen mediante matriz ILUO en el área de PET/RM con una diferencia <10% entre la evaluación del experto y la autoevaluación de cada profesional, también incorporarla en otras áreas del servicio.

“Liderazgo en red”

- Establecer t de respuesta a centros externos
- Creación de cursos específicos para ofertar a profesionales externos e incremento de la presencia en eventos científicos de nuestros profesionales.

CONCLUSIONES

HK ha permitido actualizar y consensuar nuevos objetivos estratégicos, medibles y evaluables en tiempo, siempre teniendo en cuenta la perspectiva de los diferentes profesionales del servicio. El método se presenta replicable en cualquier ámbito de actuación o institución y permite establecer los plazos de evaluación a conveniencia del equipo.



COMUNICACIÓN: PIEDRA ANGULAR DE LOS PROYECTOS

 CELORRIO DIEZ, SARA • MARTIN GONZALEZ, VANESA • PUERTO SANCHEZ, JON ANDER

 OSI BARAKALDO-SESTAO

Identificador: 489

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Todas las normas ISO, International Organization for Standardization, contemplan en su normativa y requisitos para conseguir la certificación un apartado específico sobre comunicación. La norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad, por ejemplo, en su apartado 7.4 Comunicación pone el foco en la importancia de determinar qué aspectos del sistema de gestión de calidad son pertinentes de comunicar tanto interna como externamente. Además, la organización tiene que establecer de cierta forma y con rigor, cuándo va a realizar dichas comunicaciones, a quién van a estar dirigidas y qué canales se van a utilizar para ello.

OBJETIVOS

Las organizaciones con su mero funcionamiento generan muchos y diversos contenidos dignos de comunicar, pero siempre es necesario un análisis previo y planificación para realizar una comunicación eficaz.

El objetivo que perseguimos es sistematizar la comunicación de la organización de manera que toda información, antes de ser divulgada, pase por un circuito que garantice tanto su idoneidad como su forma de difusión.

Como objetivo específico, queremos evitar la sobreinformación. En ocasiones es tanta la información que se comunica que finalmente tiene el efecto contrario en el receptor.

METODOLOGÍA

Contamos con una comisión de comunicación formada por un equipo multidisciplinar que se reúne mensualmente y ponen en común aquellos temas dignos de comunicar. Luego, este listado de temas se comparte con el equipo directivo, que dan su visto bueno o no según criterios estratégicos de la organización.

Posteriormente, se reflexiona sobre el público al que va dirigido cada una de las noticias y, dependiendo de esto, se le asignarán unos canales de comunicación u otros.

Como resultado de esto surge un cronograma de publicaciones, que resume de manera visual qué se comunica, cuándo se ha comunicado y qué canal se ha utilizado para ello.

RESULTADOS


El resultado de esta metodología de trabajo es un sistema de recogida de información dinámico que cuenta con la supervisión de la dirección. Además, posibilita una comunicación “personalizada” dependiendo del tipo de contenido a publicar. La información documentada que se genera durante todo el proceso permite tener un histórico al que acudir. Mensualmente, se realiza un dossier que recoge las apariciones en medios y menciones en redes.

CONCLUSIONES

La comunicación es un aspecto que muy a menudo pasa desapercibida por las organizaciones cuando realmente es una pieza fundamental de las mismas y debe ser planificada y gestionada como cualquier otro sistema. La implicación tanto de la dirección como de distintas áreas de la organización es fundamental para una comunicación de éxito.

La comunicación tiene que ser tenida en cuenta no solo a nivel de la organización, sino también a nivel micro de proyecto, siendo planificada como una actividad más dentro del mismo.

ESTRATEGIA +AP: VALOR DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

 Pérez Mendoza, Josefa Maila • Guerra Cabrera, Francisca Rosa • Trujillo Alemán, Sara • Rodríguez Mireles, Silvia • Mate Redondo, Carmen • Rodríguez Lugo, Jose Miguel

 DGPPAA. Servicio Canario de la Salud

Identificador: 490

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El programa “Atención Psicológica en Atención Primaria en Canarias” se enmarca dentro de la Estrategia +AP del Servicio Canario de la Salud. Con la incorporación de los profesionales de psicología a los Centros de Salud y la optimización de circuitos asistenciales, busca mejorar la calidad en el tratamiento de los trastornos mentales comunes de intensidad leve-moderada en la población adulta. Con la psicoterapia, se pretende adecuar la prescripción de psicofármacos, las bajas laborales y la derivación a las Unidades de Salud Mental (USM) –destinadas a trastornos graves–. La implantación del programa ha sido secuencial, comenzando en junio de 2022 y se espera que esté finalizada en 2025.

OBJETIVO

Describir la situación actual del programa “Atención Psicológica en Atención Primaria en Canarias”.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de indicadores por áreas de salud. Periodo a estudio: 01/06/22-28/02/24. A) Indicadores de estructura: número de profesionales de psicología; Zonas Básicas de Salud con el programa activo (ZBS+AP); Población adscrita. B) Indicadores de Proceso: número de interconsultas (IC) a psicólogos de AP; descripción de trastornos mentales más frecuentes derivados. C) Indicadores de Resultado: número de IC a USM; tasa de IC a USM por cada 1.000 habitantes (‰).

RESULTADOS

Al final del periodo se habían incorporado un total de 39 profesionales de psicología siendo el 53% del objetivo previsto para 2025; 22 en la provincia de Las Palmas y 17 en Santa Cruz de Tenerife.

En Canarias, la población total adscrita a ZBS +AP es de 879.886 (46,9%). De las 7 áreas de salud, el programa alcanza el 100% de las ZBS de Fuerteventura, Lanzarote, La Palma y El Hierro. Sin embargo, la cobertura es parcial en Gran Canaria (10 ZBS +AP de 41; 28,5% de la población), La Gomera (0 de 5 ZBS) y Tenerife (16 de 41 ZBS; 40,3% de la población).


En las ZBS+AP, los médicos realizaron un total de 21.836 IC a psicología de AP (1,2‰). Respecto a las IC a USM, se realizaron 24.173 IC, 11.107 IC menos que en las ZBS no +AP. Para el global del periodo, la tasa de IC a USM fue de 1,3‰ en las ZBS+AP y de 1,7‰ en las NO+AP. Por tanto, en las ZBS +AP se realizaron un 23,5% menos de IC a USM por cada mil habitantes respecto a las zonas No +AP. En Gran Canaria esta diferencia fue del 34,4% y en Tenerife el 18,1%.


Los trastornos más frecuentemente derivados a Psicología fueron trastornos de ansiedad (42,5%) y los adaptativos (19,7%), mientras que a las USM fueron trastornos de ansiedad (26,5%) y por depresión (21,7%).

CONCLUSIONES

La Atención Psicológica en AP en Canarias se está implementando según lo planificado para dar respuesta a su objetivo general de mejorar el abordaje del trastorno mental común. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentemente derivados a psicología. Por último, se muestra una importante disminución de la derivación de atención a las USM en las zonas +AP, lo que facilitaría que estas USM aborden los casos de mayor gravedad.

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN ANTICONCEPCIÓN.

 Moharra, Montse ⁽¹⁾ • De la Flor, Miriam ⁽²⁾ • Escuriet, Ramon ⁽³⁾ • Martínez, Cristina ⁽⁴⁾ • RAMOS, Laia ⁽⁵⁾ • De Molina Fernández, María Inmaculada ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Agencia de Calidad e Investigación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) • ⁽²⁾ Hospital Joan XXIII. Tarragona • ⁽³⁾ Catsalut • ⁽⁴⁾ Institut Català de la Salut • ⁽⁵⁾ Agencia de Calidad e Investigación Sanitarias de Cataluña • ⁽⁶⁾ Universidad Rovira i Virgili

Identificador: 492

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Desde 2015, AQuAS genera herramientas para la toma de decisiones compartidas (TDC) basadas en la evidencia científica, incorporando la experiencia y preferencias de pacientes y usuarios/os. Estas herramientas tienen como objetivo la participación activa en las decisiones sobre opciones terapéuticas y diagnósticas en diversas situaciones de salud. Las herramientas para la toma de decisiones compartidas (HATD) juegan un papel importante en facilitar una involucración activa en las decisiones sobre temas de salud incorporando la evidencia científica, preferencias y valores de las personas.

OBJETIVOS

Desarrollar una HATD para la toma de decisiones compartidas en contracepción, permitiendo a las usuarias decidir sobre el método contraceptivo más adecuado según sus preferencias y valores.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación cualitativa para explorar las experiencias de la usuarias y necesidades para diseñar la HATD. Se realizaron 8 grupos focales de personas usuarias de los siguientes grupos de edad: mujeres jóvenes (18-30 años); mujeres adultas (> 30 años); hombres (> 18 años) y adolescentes (16- 20 años). Además, se realizaron 2 grupos focales con profesionales implicados en el asesoramiento contraceptivo. En la elaboración de la HATD participaron diversos actores, incluyendo la Agencia de Calidad e Investigación Sanitarias de Cataluña, Catsalut, investigadores en toma de decisiones compartidas, profesionales de ginecología, profesionales de primaria, matronas y usuarias.

RESULTADOS

En los grupos focales participaron 64 usuarias y de 19 profesionales. Los resultados obtenidos ayudaron a diseñar el contenido y formato de la HATD, que se publicó en 2021 y está disponible en catalán y castellano: <https://decisionescompartides.gencat.cat>. El número de visitas a la HATD ha ido aumentando en los últimos años, llegando a 164.684 visitas en 2024. Actualmente se está trabajando en la Guía de implementación de la HATD para evaluar su utilidad tanto para profesionales como para usuarias. Esta Guía se basa en el modelo Three Talk Model y tiene como objetivo facilitar la implementación estandarizada del proceso en las Unidades de Atención a la Salud Sexual y reproductiva (ASSIR), la atención primaria y los servicios de ginecología en Cataluña.

CONCLUSIONES

Se ha identificado que algunas personas usuarias insatisfechas con el asesoramiento recibido, lo que puede afectar negativamente a la adherencia al método contraceptivo elegido. Por tanto, es fundamental explorar las experiencias y necesidades de las personas usuarias y profesionales durante el asesoramiento en anticoncepción. La elección del método contraceptivo es una decisión compleja y los profesionales deben ofrecer un asesoramiento basado en las preferencias, valores y situación personal de las personas usuarias. La Guía de implementación tiene el objetivo de ser un referente en estructura y contenidos, facilitando la implementación estandarizada de HATD específicas.

EL CAMINO HACIA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA COMPAÑÍA

 Alosete Palacios, Irene ⁽¹⁾ • Cid Buiza, Laura ⁽¹⁾ • Sanluis Fernández, Idoya ⁽²⁾ • Cano Devesa, Maria Jesus ⁽³⁾ • Jaen Cañadas, María de los Milagros ⁽⁴⁾ • Baulenas Parellada, David ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Vithas Sanidad • ⁽²⁾ Vithas Vigo • ⁽³⁾ Vithas Alicante • ⁽⁴⁾ Vithas Xanit Internacional

Identificador: 493

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Los Servicios de Urgencias son uno de los principales mecanismos de acceso a la asistencia sanitaria. De los pacientes que acuden a un centro sanitario, más del 70% van a Urgencias, generando millones de asistencias al día con patología diferente, diversa y no previsible. Estos pacientes generan un 60% de los ingresos y alrededor del 50% de las consultas externas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: homogeneizar la atención en los servicios de urgencias de toda la compañía. Objetivos específicos: realizar la guía de estándares corporativos de urgencias; formar al personal de enfermería en triaje avanzado y, aumentar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de los servicios de urgencias.

Para ello se realiza lo siguiente:

- Creación del Comité corporativo de Urgencias con representación médica y enfermera de todos los territorios de la compañía.
- Calendarización de reuniones de seguimiento.
- Difusión a los profesionales de urgencias del material creado.
- Realización de un diagnóstico inicial y establecimiento de objetivos para cada hospital.
- Inclusión de indicadores clave de urgencias en los acuerdos de gestión del grupo.

RESULTADOS

Tras un año de trabajo, a finales de 2022 se difunde a todos los hospitales la “Guía de estándares corporativos de los Servicios de Urgencias” y se evalúa su adherencia al inicio y tras un año. A principios de 2023 el grupo tenía el 57’2% ítems ejecutados mientras que a principios de 2024 se observa un aumento al 68’2%.

Después de la primera evaluación, cada hospital propuso una serie de objetivos, muchos de ellos relacionados con mejorar el triaje. A nivel de grupo se crea en 2023 un curso interno en triaje avanzado con parte teórica, parte práctica y evaluación tipo test. En el primer lanzamiento, de 331 profesionales, un 67% aprobaron el curso por encima de un 8.


En línea con la estrategia de la compañía y los acuerdos de gestión establecidos para todos los hospitales se hace seguimiento de los siguientes indicadores: % urgencias atendidas en menos de 30 min (2022: 62’0%; 2023: 64’9%); % urgencias citadas en CEX (2022: 12’8%; 2023: 13’9%) y % urgencias generales triadas (2022: 78’7%; 2023: 91’4%).


Por último, para aumentar la cultura de seguridad en los profesionales se trabaja en potenciar la notificación y análisis de incidentes de seguridad en el servicio de urgencias (2021: 57; 2023: 149), en implementar la gestión de riesgos sanitarios (2022: 15; 2023: 140) y, en implementar herramientas de seguimiento como son las rondas de seguridad (2022: 5; 2023: 9).

CONCLUSIONES

La apuesta de la compañía por las urgencias y la creación del Comité corporativo de Urgencias es un hito que ha supuesto que en dos años y medio se estén impulsando estos servicios convirtiéndolos en el motor de nuestros hospitales gracias al esfuerzo e implicación de los profesionales y consiguiendo que todos trabajen con los mismos estándares de compañía.

LA GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES COMO HERRAMIENTA PARA UN CAMBIO CULTURAL EN LA COMPAÑÍA

 Cid Buiza, Laura ⁽¹⁾ • Alosete Palacios, Irene ⁽¹⁾ • Corral Lumbreras, Elena ⁽²⁾ • Perez Llarena, Raico ⁽³⁾ • Jimenez Rodriguez, Georgina ⁽⁴⁾ • Baulenas Parellada, David ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Vithas Sanidad • ⁽²⁾ Vithas Madrid Aravaca • ⁽³⁾ Vithas Las Palmas • ⁽⁴⁾ Vithas Madrid La Milagrosa

Identificador: 494

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Desde el Área de Auditoría Interna del grupo se realiza un mapa de riesgos de compañía. En concreto, el riesgo de “Calidad y seguridad del paciente” se clasifica en el primer grupo como riesgo crítico. Debido a esto se realiza una revisión de la metodología de riesgos sanitarios disponible en esos momentos, en la cual se detecta la necesidad de establecer un cambio de la misma y definir una nueva metodología común para la totalidad de hospitales del grupo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo principal: desarrollar e implantar una metodología de gestión de riesgos homogénea para la totalidad de los hospitales en un espacio común de trabajo, accesible y con información a tiempo real.

Objetivos específicos: incrementar la evaluación y análisis de riesgos asistenciales en la compañía y obtener la UNE 179003 en modalidad multisite en nuestros hospitales.

Para ello se realiza lo siguiente:

- Creación de grupo de trabajo para definir la nueva metodología mediante matriz triple factor (probabilidad, impacto y detectabilidad).
- Formación a los responsables de calidad.
- Difusión a todas las direcciones asistenciales de los hospitales.
- Inclusión como objetivo anual corporativo la implementación de gestión de riesgos asistenciales.
- Formación en la norma UNE 179003 a los hospitales elegidos para obtener la certificación.

RESULTADOS

En 2022 se define la nueva metodología común para todos los hospitales y se crea en el Portal de Calidad y Transparencia, espacio común de trabajo, un formulario específico para la evaluación de riesgos asistenciales que permite obtener la información a tiempo real. Desde corporativo se realizan dos formaciones en 2022 y se establecen referentes del grupo de trabajo para la resolución de dudas.

A nivel corporativo, para trabajar poco a poco la metodología, en 2022 se establece como objetivo para todos los hospitales la evaluación de los riesgos transversales, en 2023 la evaluación de los riesgos de dos procesos clave y, en 2024, la evaluación de todos los procesos clave y de soporte asistencial de la compañía.

En 2023 se evaluaron 1328 riesgos respecto a los 847 riesgos evaluados en 2022. En cuanto a la evolución del nivel de riesgo: muy alto – crítico (2022: 4%; 2023: 3%), alto – crítico (2022: 41%; 2023: 34%), medio – vigilar (2022: 53%; 2023: 55%) y bajo – supervisar (2022: 2%; 2023: 7%).


Por último, en línea con la estrategia de la compañía y con nuestra Política de Calidad y Seguridad del Paciente, en diciembre de 2023 se consigue la certificación UNE 179003 en modalidad multisite con dos de nuestros hospitales y, en 2024, se añade un tercer hospital a la certificación.

CONCLUSIONES

El trabajo de auditoría interna y el cambio en la metodología de riesgos para toda la compañía ha supuesto un hito y un cambio de cultura importante en nuestros hospitales y nuestros profesionales, permitiendo mejorar la calidad de nuestra asistencia incorporando herramientas proactivas de gestión.



IMPLANTACIÓN DE UN PLAN FORMATIVO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

 Pina, Maria del Mar • Samsó Jofra, Laura • Bolibar Ribas, Ignasi • Muñoz Albarracín, Rosa M. • Peiró Fabregas, Meritxell • Al Housni Bergada, Muna

 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Identificador: 495

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La implantación de un Plan de Formación de Seguridad del Paciente en un hospital de alta complejidad es crucial para garantizar la calidad de la atención sanitaria y la protección de los pacientes. En nuestro centro hemos diseñado e implantado diferentes itinerarios formativos para ampliar la cultura de Seguridad y favorecer la adherencia a las prácticas seguras de los profesionales.

Objetivo principal:

- Promover la formación en seguridad del paciente a los distintos colectivos de profesionales.

Objetivos específicos:

- Concienciar al personal de los riesgos asociados a la atención sanitaria.
- Favorecer el cumplimiento de las prácticas seguras.
- Fomentar una cultura de seguridad en nuestro entorno hospitalario.

METODOLOGÍA

Primero se realizaron reuniones de trabajo con gestores asistenciales y referentes de seguridad que permitieron detectar las necesidades formativas, diferenciándolas por perfiles profesionales y procesos asistenciales. Después, se realizó una búsqueda para identificar los programas educativos ofertados en nuestro entorno y se llevaron a cabo reuniones con el Campus de Aprendizaje que valoró y seleccionó los que más ajustaban sus contenidos a nuestras necesidades formativas pudiéndose establecer con ellos convenios.

RESULTADOS

Siguiendo un enfoque estructurado y multifacético, se ha conseguido implantar una oferta formativa en seguridad del paciente ajustada a las necesidades reales detectadas en nuestro centro y que a la vez responde a los requerimientos externos de acreditación hospitalaria y docente. Para ello, se ha definido una formación genérica (básica y avanzada), una formación monográfica por ámbitos asistenciales y prácticas seguras dirigida a cinco grupos clave: los profesionales que forman parte de la plantilla del hospital desde hace más de dos años, los referentes de seguridad de todos los servicios, cargos directivos, residentes y tutores y para el personal de nueva incorporación. Actualmente, dicha oferta consta de 27 acciones formativas (17 de las cuales se han realizado durante el primer semestre del 2024) relacionadas exclusivamente con la seguridad del paciente y las prácticas seguras, consiguiendo formar a más de 550 alumnos. Estas acciones incluyen sesiones presenciales, talleres prácticos, simulaciones clínicas y actividades de aprendizaje en línea. Des del 1 de enero del 2024, todos los profesionales tienen acceso a esta oferta formativa pues forma parte del programa de formación continuada de nuestro hospital.


CONCLUSIONES

Invertir en la formación en Seguridad del Paciente es fundamental para garantizar la excelencia en la atención sanitaria y proteger la salud y el bienestar de los pacientes. Será necesario realizar un seguimiento continuo para comprobar la efectividad y la sostenibilidad del programa, así como para intentar evaluar el impacto que esta formación tiene en la mejora de la seguridad del paciente del hospital.





VÍA CLÍNICA AMIGDALITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

 FUENTES AANZ, FERNANDO • CARDAMA SECO, NEREA • LOPEZ DE LAS HERAS, MARTA • CIGÜENZA GUTIERREZ, MONICA • DE DIEGO BERNAL, MANUEL • MORENO GARCIA, JOSE

 HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Identificador: 498

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Infección respiratoria alta más frecuente atendida en Atención primaria y Urgencias (34%).

Causa del 36% de las prescripciones de antibióticos global.

La clínica no distingue entre infección vírica o bacteriana.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Prescripción antibiótica adecuada con la unificación de criterios de selección de antibioterapia Evitar combinaciones de antibióticos y aumento de resistencias Acortar tiempo de estancia en urgencias de los pacientes

Paciente que acude al servicio de urgencias, con el motivo de urgencias de odinofagia/dolor de garganta, se le realiza el triaje por parte de enfermería y se le activa una vía clínica para que se genere un formulario de actuación. En dicho formulario se rellenan los campos requeridos por los criterios centor y el test. Tras el resultado del test se decide tratamiento óptimo de antibioterapia.

RESULTADOS

Entre enero y mayo de 2024 se atendieron 116 pacientes con sospecha de faringoamigdalitis de origen bacteriano, realizando el test rápido de streptococo a 92 de estos, un 79,31%.

De los pacientes a los que se les realizó el test 62 pacientes han tenido un resultado negativo, por lo que no se prescriben antibióticos empíricos, asumiendo un probable origen vírico de la faringoamigdalitis. Además 24 pacientes no cumplían criterios Centor para sospechar un origen bacteriano, por lo que no se les realizó el test ni se les prescribió antibioterapia.

De los 62 pacientes a los que se les ha realizado el test, 30 han sido positivos, un 25,86%, a los cuales se les ha prescrito tratamiento antibiótico, habiendo objetivado un aumento en la prescripción de penicilina. De esta manera se ha conseguido reducir el consumo de antibióticos de amplio espectro.


Se ha objetivado una reducción en el tiempo de estancia y atención del paciente en el servicio de urgencias, además de agilizar los circuitos intrahospitalarios entre urgencias y laboratorio de microbiología.

CONCLUSIONES

- Aumenta la eficiencia del equipo de enfermería y facultativo
- Acortar tiempo en la atención del paciente y estancia en urgencias
- Unificar atención y prescripción de antibióticos entre facultativos en esta patología
- Evitar prescripción de antibióticos de mayor espectro del necesario



DISEÑO DE UN PLAN DE ACCIÓN ADAPTADO A LAS NECESIDADES DE COORDINACIÓN ENTRE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

 Álvarez Gómez, Susana ⁽¹⁾ • Gil Girbau, Maria Montserrat ⁽¹⁾ • Ruiz Gil, Eulàlia ⁽²⁾ • Cañete Jiménez, Marta ⁽²⁾ • Mateu Muñoz, Isabel ⁽²⁾ • Lores Obradors, Luis ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Parc Sanitari Sant Joan de Déu • ⁽²⁾ Institut Català de la Salut

Identificador: 499

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La atención centrada en la persona y la coordinación entre niveles asistenciales ante una sociedad cada vez más envejecida son aspectos fundamentales a trabajar. Los equipos de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) deben aunar esfuerzos para generar un cambio en la actual práctica asistencial y en la calidad percibida y la experiencia de la población atendida.

OBJETIVOS

Mejorar la coordinación de los equipos de AP y AH para responder a las necesidades de atención en salud mediante la evaluación y seguimiento de procesos del continuum asistencial.

METODOLOGÍA

Proyecto enmarcado en el paradigma de investigación acción-participativa con técnicas cualitativas y cuantitativas de sept'23 a sept'24. Se han desarrollado 4 etapas y gestionado por un grupo motor (GM) constituido por representantes de las direcciones de AP y AH, Gestión de pacientes y Calidad y Seguridad del paciente. Las personas participantes han sido profesionales de AP y AH contactados por las respectivas direcciones.

Etapas:

1. Detección de prácticas de poco valor. 1ª Jornada con técnica de discusión y 6 sub-grupos de trabajo moderados por el GM y una guía semiestructurada.
2. Priorización de líneas estratégicas. Encuesta online (Software Redcap).
3. Propuesta de diseño del Plan de Acción. 2ª Jornada y 6 sub-grupos de trabajo moderados por el GM y el soporte de una Ficha Proceso basada en Metodología Demming.
4. Diseño del Plan de Acción. Tres grupos de trabajo para la redacción. Revisión y puesta en común durante junio del 2024 en la 3ª Jornada antes del inicio de la implementación.

Análisis: En cada etapa el GM ha analizado los resultados con trabajo de síntesis, revisión y categorización. De la encuesta se ha realizado análisis de tendencia.

Se han generado 3 informes relativos a las 3 primeras etapas que se han circulado a todos los participantes para su revisión y validación.

RESULTADOS PRELIMINARES

En la 1ª jornada participó un 80% de profesionales convocados. Sobre la encuesta se obtuvo un 61% de tasa de respuesta y en la 2ª jornada el 100% de profesionales. Se han priorizado 2 líneas estratégicas de trabajo, una sobre derivaciones y la segunda de comunicación. Pendiente finalizar el diseño del Plan de Acción.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Las prácticas de poco valor detectadas están relacionadas con el proceso de derivación y la comunicación.


Crear método con dinámicas de trabajo pluridisciplinarias estructuradas y con la implicación de las direcciones, promueve la comunicación y el acercamiento entre profesionales de distintos niveles asistenciales.


La evaluación y seguimiento de los procesos de mejora asistencial mejora la calidad de la atención de la población atendida.

Sin la complicidad, conocimiento y experiencia de profesionales en la práctica clínica no es posible evolucionar hacia el cambio de modelo de Atención Centrada en la Persona.



GESTIÓN SOSTENIBLE DE UN HOSPITAL. MEDIDAS PARA UN CONSUMO SOSTENIBLE DE RECURSOS

 *Vaquero del Pino, Consolación • Tulkeridis Soriano, Fedra • Castilla Navarro, Alejandro • Álvarez Quintanilla, Berta • Soto San Román, Belén • Mellado del Pino, José Carlos*

 *HQS Toledo*

Identificador: 500

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2022, el HQS Toledo, cuenta con la certificación en la Normativa UNE-EN ISO 50001, Sistemas de Gestión de la Energía; una certificación prioritaria para la Dirección del Hospital, que ha alentado siempre el uso racional de los recursos naturales y conseguir para el año 2026 ser un Hospital Sostenible, meta, además, recientemente adquirida por parte del Grupo Quironsalud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA


El objetivo principal de este trabajo ha sido tratar de conseguir por parte del Hospital Quironsalud Toledo el estándar “Emisiones cero”, disminuyendo las emisiones de gases de efecto invernadero y tratando de acercarnos lo máximo posible a las emisiones nulas. Por ello, de cara a optar a certificarse, se estableció un riguroso plan de acción, consistente en desarrollar distintas medidas de ahorro energético, concienciación del personal y actuación medio ambientales, revisadas y puestas en marcha por parte del grupo de trabajo establecido en el Comité de Medio Ambiente, cuyos integrantes son: Gerencia, Responsable Territorial de Ingeniería y Mantenimiento, Responsable de Calidad del Hospital, Responsable de Ingeniería y Mantenimiento del Hospital y Marketing y Comunicación del Hospital. Este plan de acción, con una duración de dos años, incluía medidas como la instalación de sensores de movimiento, aireadores en grifería, control bajo BMS de la climatización, además de acciones informativas y colocación de cartelera para la concienciación acerca de la importancia de cerrar el grifo o apagar las luces al salir de las instalaciones. El plan de ahorro energético sostenible continúa en marcha con la instalación de placas solares en el edificio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde el año 2022, los consumos de electricidad, agua y gas del Hospital, gracias a las medidas adoptadas se han visto disminuidos en alrededor del 10% para cada uno de ellos, esperando que, durante el 2024 con la llegada de las placas solares al Hospital, podamos reflejar un mayor ahorro energético y conseguir el ansiado Hospital sostenible planteado para 2025, que sigue las pautas del Grupo para llegar a ser una empresa sostenible.



MEJORAR LA EXPERIENCIA DE NUESTROS PACIENTES MÁS PEQUEÑOS CELEBRANDO DÍAS ESPECIALES

 *Vaquero del Pino, Consolación ⁽¹⁾ • Tulkeridis Soriano, Fedra ⁽¹⁾ • Morales Lara, Elena ⁽¹⁾ • Álvarez Quintanilla, Berta ⁽¹⁾ • Soto San Román, Belén ⁽¹⁾ • Mellado del Pino, José Carlos ⁽¹⁾*

 *HQS Toledo*

Identificador: 501

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En los centros de Quironsalud situados en la provincia de Toledo, se tiene muy presente la importancia de llevar a los más pequeños de la mano en sus visitas a nuestras instalaciones, intentando que dejen de visualizar al equipo asistencial que le atiende, los equipos, instalaciones... como un lugar donde se les puede hacer daño y cambiar esa percepción para que nos vean como el sitio donde vienen a ponerse bien cuando tienen un problema de salud y/o deben ser intervenidos o en la realización de una prueba o exploración médica.

Por ello, se ha desarrollado un plan específico de celebración de días especiales donde son los grandes protagonistas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Establecer una planificación de días especiales para el paciente pediátrico donde realizar actividades de divulgación y entretenimiento de los más pequeños.

Los días que se han seleccionado son:


- **Día de Reyes**, con la visita de sus majestades los Reyes Magos de Oriente a los niños hospitalizados.
- **Día del Libro**, con taller cuentacuentos para los niños hospitalizados y sus hermanos.
- **Día del niño hospitalizado**, con la visita de personajes Disney, superhéroes... a nuestras instalaciones.
- **Día del Medio Ambiente**, con un taller de cuatro sesiones repartidas desde 2023 a 2026 para el conocimiento de los siete elementos de que se compone el Medio Ambiente (Agua, Radiación, Flora, Fauna, Suelo, Clima, Aire), consistente en diferentes acciones como juegos, obsequio de semillas, divulgación ambiental...
- **Día de Navidad**, con la visita de Papa Noel a los niños hospitalizados.
- **Día de cumpleaños**, si el cumpleaños del paciente pediátrico coincide con su estancia en el hospital, se le obsequia con un regalo para amenizar su día.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En la celebración de los diferentes días especiales se ha observado, hasta el momento, una buena acogida por parte de paciente y de sus acompañantes. Los talleres han contado con una alta participación por parte de los niños hospitalizados y sus familiares. Los superhéroes han sido la sensación del día para ellos y los juegos tuvieron una gran acogida, viendo a los niños participando y tratando de encontrar la solución a las preguntas que se les indicaban en ellos, consiguiendo así no sólo amenizar el tiempo de espera hasta ser atendidos, sino, también, hacerlo a través de un entretenimiento didáctico y con contenidos relacionados con el cuidado de su salud, como la importancia de la lectura o el efecto que la contaminación produce sobre nuestra salud, de forma que perciban el hospital como un lugar más amable y que también puede llegar a ser divertido.



MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE NUESTROS PROFESIONALES

 *Vaquero del Pino, Consolación • Tulkeridis Soriano, Fedra • Morales Lara, Elena • Álvarez Quintanilla, Berta • Soto San Román, Belén • Mellado, José Carlos*

 *HQS Toledo*

Identificador: 502

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Teniendo muy presente la frase: «La gente olvidará lo que dijiste, también olvidará lo que hiciste, pero jamás olvidará cómo le hiciste sentir», durante el año 2024, desde el HQS Toledo y HDDQS Talavera, se ha decidido abarcar la experiencia del paciente desde un punto de vista diferente, intentando llegar a los pacientes a través de los profesionales que les atienden cuando nos visitan. Para ello se ha trabajado en la mejora de la comunicación con nuestros profesionales a nivel laboral y personal y se ha intentado mejorar la experiencia del mismo, esperando se vea reflejada en el ánimo y en el trato que se tiene con el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo propuesto en este trabajo ha sido mejorar la experiencia del empleado para mejorar indirectamente la experiencia del paciente. Para ello, se ha desarrollado un plan de acogida personalizado para los empleados, con entrevistas personalizadas desde el primer momento, aprendizaje de circuitos, equipos y programas específicos del centro, sesiones con Calidad, Experiencia y Seguridad del Paciente para concienciación y conocimiento de las líneas estratégicas y un seguimiento de sus indicadores, NPS, estándares...de manera mensual y/o trimestral, en reuniones / coloquio para que ellos también puedan expresar sus dudas, consultas y dar a conocer el punto de vista y experiencia. Todo ello con el objetivo de aumentar su bienestar en su puesto de trabajo y sentimiento de pertenencia al equipo, lo que esperamos se traduzca en la mejora de la atención que posteriormente ofrezca al paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Si se comparan los resultados obtenidos en las encuestas NPS del primer semestre del año 2023 con los resultados acumulados del mismo período en 2024, se ha podido observar una clara mejoría en la valoración de nuestros pacientes para todas las campañas estudiadas salvo Laboratorio, que tuvo una caída a principios del año 2024, pero que en los meses de abril y mayo muestra una tendencia muy positiva que está a punto de igualar los valores del año anterior, por lo que se espera que también se supere de aquí a final de 2024 el objetivo que nos propusimos cumplir.



CULTURA DE SEGURIDAD EN EQUIPOS DIRECTIVOS Y REFERENTES DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA

 Cabeza Hurtado, Natalia • Jódar Fernández, Catalina • Lago Ayala, Maria Teresa • Megido Badía, María Jesús • Fernández Romero, María Trinidad • Roura Gálvez, Lidia

 Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud

Identificador: 503

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad de un equipo de atención primaria depende del nivel de cultura de seguridad de sus equipos directivos y referentes de calidad. Dado el gran recambio de directivos y referentes de calidad en el territorio, es necesario conocer su nivel de cultura en seguridad y definir estrategias para homogeneizar esta cultura en todos los equipos.

OBJETIVOS

Conocer el grado de cultura de seguridad del equipo directivo y referente de calidad de los equipos de atención primaria.
Detectar necesidad de implementar estrategias para incrementar la cultura de seguridad.

METODOLOGÍA

Los equipos directivos y referentes de calidad cumplimentaron el cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture), en 2023. Se realizó la explotación de datos con análisis de las respuestas agrupadas por secciones.

RESULTADOS

- Incidencias de seguridad y calidad (16,25%). Destacan: dificultad para concertar cita en 48h (39,30%), no disponibilidad de resultados de laboratorio o radiológicos (35,82%)
- Incidencias de intercambio de información con otros niveles asistenciales (26,24%). Destaca: Hospital (40,80%)
- Clima laboral, formación y organización: resultados positivos (63%). Destaca: exceso de carga laboral (60%).
- Incidencias de comunicación y seguimiento (44,71%). Destaca: miedo a verbalizar desacuerdos e informar de los errores (29,21%).
- Soporte del equipo directivo: la dirección prioriza la mejora de procesos y la necesidad de cambiar las cosas ante un problema (81,39%).
- El centro dispone de procesos de prevención de errores, los modifica en caso necesario/comprueba efectividad de los mismos (78,61%).
- Puntuación global de la calidad: Excelente/Muy bien/Bien (87,31%).

CONCLUSIONES

De forma global, hay un alto nivel de cultura de seguridad, con buen soporte directivo, se aplica la gestión total del riesgo con medidas preventivas, y con la mejora continua en base al aprendizaje de los errores. Se valora como buena la calidad asistencial. El clima laboral, formación y organización obtienen buenos resultados, pero se evidencia exceso de carga laboral. Existe un cierto miedo a verbalizar desacuerdos e informar de los errores, y destacan incidencias relacionadas con comunicación y seguimiento dentro del equipo, el intercambio de información con otros niveles asistenciales, en especial el hospital, dificultad para concertar cita en 48 horas, y la no disponibilidad de resultados de laboratorio o radiológicos.

Es necesario priorizar estrategias para que se valoren la accesibilidad, la comunicación interna y la continuidad asistencial como elementos básicos de seguridad. Son necesarias acciones para mejorar la comunicación con el laboratorio, con el servicio de radiología, y con el hospital. Hay que incidir en el enfoque sistémico del error para reducir el miedo a comunicar los errores.



IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA Y TRATAMIENTO INVASIVO EN UNA MUTUA LABORAL

 Freixes Garcia, Daniel

 Dirección de Asistencia Sanitaria

Identificador: 505

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

El uso de los ecógrafos en fisioterapia no es una práctica habitual en este colectivo, dado que suele ser una herramienta de uso limitado a médicos y más concretamente a especialistas en radiodiagnóstico y Traumatólogos. Aprovechando el despliegue de 55 ecógrafos en parte de los 135 centros asistenciales que disponen de servicio de fisioterapia, se ha planteado la formación de estos profesionales para su uso, tanto para el diagnóstico de fisioterapia como para el posterior uso de técnicas invasivas ecoguiadas.

OBJETIVO

Exponer la estrategia de la implantación de los ecógrafos en las salas de fisioterapia de los centros asistenciales de una mutua de Accidentes de Trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

Hasta la fecha se han formado a 28 fisioterapeutas de centros asistenciales de la mutua de accidentes laborales para desarrollar su conocimiento en ecografía. La formación se ha realizado en distintos seminarios impartidos por profesionales expertos en el uso de la ecografía. Los seminarios se han dividido en anatomía básica y en conocimiento de las patologías musculoesqueléticas más prevalentes en mutua laboral, con el propósito de dotar a los fisioterapeutas de una herramienta de diagnóstico de fisioterapia (no médico) así como conocimiento óptimo para la aplicación de técnicas invasivas ecoguiadas, como la Electrólisis Percutánea o la Neuromodulación.

RESULTADOS

Con la implantación de los ecógrafos y la formación recibida por parte de los fisioterapeutas de los centros asistenciales hemos logrado una evidente mejora de la seguridad del paciente y del fisioterapeuta en el uso de las técnicas invasivas, una disminución de las duraciones de los tratamientos con mejora de la eficacia en los tratamientos, ofrecer a los profesionales un complemento a la exploración, obtener un óptimo control evolutivo del paciente y la facilidad en la elección de tratamiento. (se adjuntarán resultados sobre encuestas realizadas a los fisioterapeutas)

CONCLUSIONES

Una vez obtenido el reporte por parte de los profesionales sobre la mejora que ha supuesto ampliar el conocimiento profesional con el uso del ecógrafo (se adjuntarán resultados del cuestionario), el siguiente análisis a realizar será el impacto de las duraciones medias de los tratamientos con o sin el uso del ecógrafo, así como evaluar el grado de satisfacción del paciente, para seguir formando al resto de fisioterapeutas en ecografía y en técnicas invasivas ecoguiadas.

Palabras clave: fisioterapia, calidad asistencial, innovación, ecografía, seguridad del paciente.



DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MAPA DE RIESGOS PARA LA MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

 Fumas Coma, Angels • Lobo Polidano, Esther • Tomás Vecina, Santiago

 Badalona Serveis Assistencials

Identificador: 507

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia y otras formas de psicosis son una de las primeras causas de discapacidad del mundo y los pacientes que sufren trastornos psicóticos de larga evolución tienen una esperanza de vida 15 años inferior a la de la población general.

El 3% población presenta algún síntoma psicótico a lo largo de la vida y ello es más frecuente en adolescentes o adultos jóvenes. El promedio de tiempo entre inicio de los síntomas y el primer tratamiento es de 1-2 años. El 70% de los suicidios ocurren en los 3 primeros años de la enfermedad. La duración de la psicosis no tratada es un factor de mal pronóstico. La evidencia muestra que la intervención precoz, inicial o previa a un episodio, atenúa la fase aguda y mejora el pronóstico evolutivo.

Por estos motivos entre otros eso es tan importante que el proceso de primeros episodios psicóticos entre dispositivos sea fluido y eficiente y un análisis modal de fallos y efectos nos ayudará a determinar los principales riesgos del proceso.

OBJETIVO

Identificar los principales riesgos que pueden acontecer en el proceso de primeros episodios psicóticos de una unidad funcional territorial multicéntrica.

METODOLOGÍA

Diseño de un Mapa de Riesgos utilizando la metodología del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). El trabajo consta de seis fases: diseño, consenso y puntuación de los riesgos, priorización de los riesgos, establecimiento de acciones de mejora, seguimiento de las acciones de mejora y nueva evaluación de los riesgos para ver su evolución.

El Mapa de Riesgos ha sido elaborado por una Unidad Territorial de Primeros Episodios Psicóticos y han colaborado todos los dispositivos de salud mental del territorio: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Urgencias Psiquiátricas, Centros de Salud Mental de Adultos, Centros de Salud Mental Infanto juveniles, Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, Hospital de Día de Salud Mental, Servicio de Rehabilitación Comunitaria y Equipo de gestión de casos de salud mental.

RESULTADOS

Se han identificado 97 riesgos en las 11 fases del proceso de primeros episodios psicóticos de los cuales 2 tienen un índice de probabilidad de riesgos (IPR) de más de 500 puntos y 39 su IPR se sitúa entre 250 y 500 puntos, y se han establecido acciones de mejora de los riesgos con mayor puntuación.


CONCLUSIONES

El Mapa de Riesgos es una herramienta proactiva y validada, que ayuda a identificar y priorizar riesgos para establecer acciones de mejora. Es una herramienta poco utilizada en salud mental, pero que ha resultado una experiencia muy útil, colaborativa, integradora y gratificante para los profesionales que conforman la Unidad Territorial de Psicosis Incipiente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, psicosis incipiente, mapa de riesgos, salud mental.



MEJORAS EN EL CIRCUITO DE FORMALIZACIÓN Y REGISTRO DE DOCUMENTOS DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

 *Bosser Giral, Roser • Cañero Martínez, Marina • Gimeno Hoste, Marina • Marsans Prat, Joan • Rabanal Tornero, Manel • Pareja, Clara*

 *Departamento de Salud*

Identificador: 508

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Departamento de salud (DS) de la Comunidad Autónoma (CA), tiene entre otras funciones, velar por la aplicación, en los centros sanitarios públicos y privados de las recomendaciones de mejora asistencial, promoción de la calidad e idoneidad en la toma de decisiones clínicas en los procesos asistenciales. El Registro de Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) de la CA tiene como objetivo facilitar el acceso a los DVA y su consulta a los profesionales sanitarios, en los supuestos previstos en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre. Con el DVA, una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad. Para garantizar su validez, el DVA debe formalizarse mediante una de las tres opciones: ante notaría, ante tres testigos o ante un profesional sanitario del ámbito de la atención primaria, hospitalaria o socio-sanitaria, preferentemente de los centros de referencia del paciente. Esta última opción se añadió con el cambio normativo de la Ley 2/2024, de 6 de febrero, de modificación de la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA


El objetivo es describir los cambios del circuito de registro y formalización de DVA, a partir del cambio normativo, para mejorar la atención a la ciudadanía. Una vez formalizado, el DVA ya es válido. Puede registrarse de manera voluntaria para incorporarlo a la historia clínica y al espacio personal de salud digital del paciente. Existen cuatro modalidades de registro: oficinas notariales (directo al registro de DVA), oficinas de atención a la ciudadanía (trámite telemático), DS (presencialmente) y centros sanitarios (trámite telemático). El DS ha modificado el circuito para que los centros sanitarios pueden acceder directamente al registro de DVA, sin pasar por el trámite telemático. Se han realizado cambios tecnológicos en el registro de DVA: nuevos perfiles de usuario y nuevas validaciones. Se han realizado seminarios informativos a patronales, colegios profesionales, oficinas de atención a la ciudadanía y centros sanitarios. Se ha modificado la web del DS, con cambios en los modelos de DVA y en la información a la ciudadanía.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se han dado de alta 822 usuarios, correspondientes a 444 centros sanitarios. El registro de DVA desde los centros sanitarios representa el 40% del total. El cambio del circuito ha mejorado la atención a la ciudadanía: se asesora y se registra desde el centro sanitario y hay más rapidez en la publicación del DVA en el espacio personal de salud digital. Con el cambio de la ley ha incrementado el número de personas que solicitan el DVA y con los cambios se ha agilizado el proceso. Se prevé que a final de año los centros sanitarios representen la vía de registro mayoritaria.



ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

 *Cañero Martínez, Marina • Bosser Giral, Roser • Román Ortega, Sara • Oliva Oliva, Glòria • Rabanal Tornero, Manel • Pareja Rossell, Clara*

 *Departament de Salut*

Identificador: 509

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

A tres años de la aprobación de la Ley orgánica de regulación de la eutanásia, se constata un lento, pero sostenido aumento de personas que solicitan la eutanasia. A finales de 2021, en la comunidad autónoma, la media de solicitudes recibidas mensualmente fue de 11 expedientes, y en 2024, la media ha aumentado a 30 por mes. En algunas comunidades autónomas hace años que se están impulsando iniciativas para recordar que las personas tienen derecho a decidir cómo quieren que sea la atención sanitaria al final de su vida. La implementación de la Ley ha evidenciado complicaciones que no recoge la normativa, al no haber tenido en cuenta la variabilidad y realidad clínica de las peticiones. A pesar de la gran implicación de los profesionales, han surgido inconvenientes y limitaciones que pueden llegar a impedir el correcto ejercicio del derecho.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis de las debilidades y propuestas de mejora formuladas a partir de la valoración cuantitativa y cualitativa de los expedientes tramitados por la oficina de Prestación de Ayuda para Morir.

RESULTADOS

El volumen creciente de solicitudes puede hacer insuficiente una Comisión de Garantía y Evaluación, formada por miembros voluntarios y no profesionalizados, sin contemplar además, una institución que de soporte técnico y sea capaz de facilitar el correcto desarrollo de la ley. En el año 2023 las duplas verificaron un total de 130 expedientes y resolvieron 22 reclamaciones.

El proceso descrito en la LORE traduce desconfianza hacia la práctica clínica de los profesionales implicados. La comisión de evaluación y control, formada por profesionales ajenos al sufrimiento del paciente, revisando la documentación, y sin visitarlo, deciden sobre el desenlace de la solicitud, superponiéndose a la decisión del Médico responsable, quien realmente conoce y trata al paciente.

Los tramites que se deben realizar, resultan complejos y excesivos, por lo que el paciente, en muchas ocasiones, muere antes de terminarlos, no evitando así el sufrimiento, ni ayudando a una buena muerte; a la vez que genera un cansancio y desgaste en el profesional, quien manifiesta que, por ello, se plantea no atender nuevas solicitudes.

La puesta en práctica del proceso de la eutanasia, ha tenido en cuenta la importancia de una buena red de referentes y la implicación de los Comités de Ética Asistenciales, pero debe continuar mejorando.

CONCLUSIONES

Sin cuestionar el gran avance que ha supuesto la regulación de la eutanasia, es necesario propiciar un ámbito para la necesaria revisión de la ley, pues la eutanasia no es un hecho excepcional, como parece que intuyó el legislador, sino una práctica asistencial para hacer frente al sufrimiento intolerable cuando así lo manifiesta y solicita el paciente.

No todas las CA responden con igual diligencia para que las personas puedan ejercer su derecho a solicitar la PRAM, debería minimizarse la excesiva dependencia política de la AAPP, en relación a los recursos empleados.



CIRCUITO DE DIAGNOSTICO RÁPIDO DEL GLAUCOMA: EXPERIENCIA EN LA POBLACIÓN

 Godoy Balada, Nadia • Arenas Prat, Maria

 Salut Terres d'Ebre

Identificador: 511

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El glaucoma es la segunda causa de ceguera en países occidentales a mayores de 40 años. Diversos estudios epidemiológicos muestran que alrededor de un 2% de la población mayor de 45 años presenta la enfermedad, observándose un incremento anual del 1% a partir de los 65 años. Este incremento podría llegar a ser del 10% si se tienen antecedentes familiares. El glaucoma es una neuropatía óptica progresiva que tiene diferentes formas clínicas siendo el glaucoma de ángulo abierto (GAA) la forma clínica más habitual. Los factores de riesgo más elevados para el desarrollo del (GAA) son la presión intraocular (PIO) elevada, la raza negra, la edad y la diabetes.

OBJETIVOS

Crear un circuito de diagnóstico rápido para efectuar un cribado para los pacientes que tienen un familiar con glaucoma. Identificar lo antes posible a los pacientes adultos con glaucoma de ángulo abierto o personas con factores de riesgo para su desarrollo Facilitar la toma de decisiones al facultativo para el tratamiento con la realización de pruebas previas Proporcionar información útil a los pacientes y sus cuidadores MÉTODOS: Detección del paciente a través de la derivación del médico de atención primaria por antecedentes de glaucoma Anamnesis, teniendo en cuenta los factores de riesgo Evaluación de la agudeza visual Tonometría, teniendo en cuenta que aumenta el riesgo de sufrir GAA con PIO mayores a 21mmHg Tomografía de coherencia óptica (OCT) del nervio óptico y la capa de las fibras del nervio óptico, valorando los valores de normalidad Paquimetría, para recalcular la PIO en función del grosor corneal Observación del ángulo iridocorneal a través de lámpara de hendidura.

RESULTADOS


Se evaluaron a 42 pacientes con antecedentes familiares e glaucoma, 15 (35.7%) ya se controlaban en nuestro centro de forma regular y el resto fueron nuevos usuarios derivados por el médico de atención primaria. Cinco pacientes (16.6%) se derivaron al dispensario de oftalmología por resultados anómalos.

CONCLUSIONES

Reducir la presión asistencial en los dispensarios de oftalmología, para poder tratar pacientes que tengan glaucoma y poder ser atendidos a mayor velocidad y con las pruebas específicas ejecutadas.



MEDIDAS PARA UNA MEJOR CALIDAD PERCIBIDA

 *Martín Ramiro, Javier • Gómez Santana, Ana • Álvarez Cuiñas, Ana • Cancels Felgueras, María Dolores • Castro Lara, Ricardo Jesús • Mañaricua Arnaíz, Asier*

 *Hospital universitario Severo Ochoa*

Identificador: 512

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los procesos asistenciales hospitalarios, la calidad debe ser el objetivo principal de todas las acciones desarrolladas y el principal leitmotiv de los actores implicados. La calidad percibida por el usuario es una parte importante y además se convierte en la carta de presentación del centro de cara a la sociedad. Los centros públicos compiten en desigualdad de condiciones con los centros privados a la hora de ser evaluados por los receptores de la asistencia, sobre todo en centros hospitalarios del grupo II, en aspectos extra asistenciales como son los relacionados con la hostelería y comodidades facilitadas en las habitaciones lo cual conlleva una peor valoración por parte del usuario independientemente de la calidad de la asistencia prestada.

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

En el Hospital Universitario Severo Ochoa, hospital del grupo II perteneciente al SERMAS, con 386 camas en habitaciones dobles, se planteó en el año 2020 la necesidad de mejorar la calidad percibida por el usuario mediante la realización de encuestas dirigidas al alta, así como una tormenta de ideas entre usuarios y profesionales para mejorar las condiciones de ingreso y la satisfacción al alta lo cual fue monitoreado mediante la puntuación obtenida en el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) estudio de referencia en el sector sanitario.

RESULTADOS

Dentro de las áreas de mejora detectadas, se implementaron aquellas que fueran factibles, excluyendo las que requiriesen acciones sobre la estructura física del hospital. Entre ellas destacan la creación de un área específica en urgencias para la atención del paciente geriátrico y frágil, creación de un programa de ejercicio físico en pacientes oncológicos, dar la posibilidad, a los pacientes quirúrgicos, de anesthesiarse escuchando su música favorita, detección diaria de los pacientes ingresados que cumplen años recibiendo una felicitación en su bandeja del desayuno, reducción de las demoras quirúrgicas y de primeras consultas a menos de 45 días optimizando agendas y ocupación de quirófanos, reducir el nivel de ruidos en las plantas. El MRS del año 2022 situó al hospital en el número 38 de los 100 mejores hospitales de España, siendo esta la primera vez que entraba en este ranking.

CONCLUSIONES

La realización de sencillas medidas, fruto del esfuerzo personal de los profesionales y direcciones de los centros, dan la posibilidad de ofrecer unos servicios donde aunemos la calidad asistencial con la calidad percibida, lo cual redundará en una mayor satisfacción del usuario final.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS SER INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA

 Rojas Chicote, Carmen • Almendro Martínez, Isabel • Rodríguez Quirós, Alejandro • Ruiz Tornero, Ana María • Rapela Freire, Alba • Fernán Pérez, Patricia

 Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Identificador: 513

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una variable subjetiva que refleja la percepción del paciente sobre su salud y calidad de vida. Su evaluación, centrada en la propia vivencia del paciente, aborda la salud desde una visión multidimensional, más allá de los datos clínicos. Esta medida se puede obtener mediante instrumentos como el cuestionario EQ5D5L, ampliamente utilizado en el ámbito sanitario. En nuestro centro se decidió utilizar esta herramienta para medir el posible impacto en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de procesos tan prevalentes como la colecistectomía y la prostatectomía.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto en la CVRS en pacientes sometidos a prostatectomía y colecistectomía en un hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Se realizó un muestreo aleatorio de 35 pacientes prostatectomizados y 35 colecistectomizados. Se les aplicó el cuestionario EQ5D5L mediante una encuesta telefónica y posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 85.7% (30) en pacientes prostatectomizados y del 82.8% (29) en colecistectomizados. Las medianas de edad fueron 65 años para prostatectomizados y 63 para colecistectomizados, siendo 18 de los colecistectomizados mujeres.


Las mejores puntuaciones se observaron en el ítem de autocuidado, donde la mayoría no reportó problemas ni antes ni después de la cirugía. En prostatectomizados, el ítem con más problemas fue el de ansiedad o depresión tanto antes como después de la cirugía, aunque la mayoría de pacientes seguía sin presentar estos síntomas. En colecistectomizados, el dolor o malestar fue el ítem con más respuestas negativas, con un 70% reportando dolor antes de la cirugía, que disminuyó al 50% después. Esta tendencia se mantuvo en ambos sexos. En general, el número de personas sin problemas se mantuvo o aumentó ligeramente tras la cirugía, excepto en el ítem de dolor en prostatectomizados, donde el 86% no tenía dolor antes de la cirugía y esta cifra disminuyó al 70% después.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes, tanto de prostatectomía como de colecistectomía, no tenían problemas en los aspectos explorados por el EQ5D5L. En colecistectomizados, se observó una mayoría de mujeres (62%) y el ítem peor puntuado fue el dolor antes de la cirugía. En prostatectomizados, la ansiedad fue el ítem con peores puntuaciones antes de la cirugía, aunque con cifras similares a las de después. El ítem con un mayor cambio observado entre la situación previa y posterior a la cirugía fue el dolor en colecistectomizados. Exceptuando este caso, las puntuaciones fueron similares antes y después de la cirugía. Sin embargo, el tamaño muestral es insuficiente para obtener resultados concluyentes.



RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA, PRÓTESIS DE CADERA Y PRÓTESIS DE RODILLA

 *Rojas Chicote, Carmen* ⁽¹⁾ • *Díaz Redondo, Alicia* ⁽¹⁾ • *Rodríguez Quirós, Alejandro* ⁽¹⁾ • *Rapela Freire, Alba* ⁽¹⁾ • *Navarro Campos, Clara María* ⁽²⁾ • *Jimenez Sepúlveda, Natali* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario Gregorio Marañón* • ⁽²⁾ *Hospital Universitario Doctor Peset*

Identificador: 514

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medición de resultados en salud se ha ampliado para incluir la percepción del paciente sobre su salud y la atención recibida, obteniendo una visión integral del proceso de salud. Las herramientas PROM (patient reported outcomes measures) y PREM (patient reported experience measures) son clave en este enfoque. Nuestro centro utilizó estas herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida de pacientes sometidos a prótesis de cadera y rodilla, y aquellos con insuficiencia cardíaca.

OBJETIVO

Conocer la percepción de la propia salud de pacientes intervenidos de prótesis de rodilla y cadera, y de aquellos con insuficiencia cardíaca en un hospital terciario madrileño, mediante cuestionarios tipo PREM y PROM.

METODOLOGÍA: Se seleccionaron aleatoriamente 35 pacientes de cada grupo. Se les aplicaron cuestionarios PREM y PROM a través de una encuesta telefónica. Se utilizó el cuestionario PREM adaptado de HCAHPS y cuestionarios PROM específicos para cada patología. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

RESULTADOS


Las tasas de respuesta fueron del 97% en prótesis de rodilla, 91% en prótesis de cadera y 80% en insuficiencia cardíaca. En las preguntas PREM, el 80% de los pacientes mostró máxima satisfacción con el trato del personal. Cerca del 90% lo puntuó con más de 8, indicando que recomendarían el hospital. En los cuestionarios PROM un 63,4% calificó su salud como buena o excelente. En pacientes de insuficiencia cardíaca, el mayor problema fue correr o apresurarse (53,5%), al igual que en aquellos con prótesis de cadera (34,3%). Un 40% indicó que la insuficiencia cardíaca no afectaba significativamente su capacidad para disfrutar la vida. Sólo el 17% se sintió completamente insatisfecho con su estado actual. En pacientes con prótesis de rodilla la actividad para la que más pacientes tenían dificultades fue arrodillarse (55,8%) y el 71,2% reveló que no tenía complicaciones significativas en su calidad de vida debido al dolor de rodilla. Un 74% reportó su salud como entre buena y excelente. El 59% de pacientes con osteoartritis de cadera y/o rodilla reportó que el dolor interfería en su trabajo, aunque el 80% se sentía la mayoría de las veces en calma y con energía. En el set ICHOM el 87% estaba satisfecho o muy satisfecho con su prótesis.

CONCLUSIONES

La satisfacción con el hospital fue alta, con un 90% de pacientes que recomendaban el hospital. Los resultados de los cuestionarios PROM indicaron que, en general, la calidad de vida de los pacientes era alta a pesar de su patología. La actividad más problemática fue correr. Los resultados parecen mostrar que la patología de base no interfería significativamente en la vida laboral. Sin embargo, la comparación entre los tipos de pacientes es limitada por el uso de diferentes cuestionarios y un tamaño muestral insuficiente para obtener resultados concluyentes.

INCREMENTO DE LAS NOTIFICACIONES, REFLEJO DE UNA MAYOR CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA

 Freixes Villaró, Esther ⁽¹⁾ • Megido Badia, Maria Jesus ⁽²⁾ • Cabeza Hurtado, Natalia ⁽³⁾ • Jódar Fernández, Catalina ⁽⁴⁾ • Rossell Blázquez, Montserrat ⁽⁵⁾ • Mayo Garcia, Javier ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Servicio Atención Primaria Delta • ⁽²⁾ Direccion Atención Primaria • ⁽³⁾ Servicio Atención Primaria Alt Penedes Garraf • ⁽⁴⁾ Servicio Atención Primaria Baix Llobregat Centre-Nord • ⁽⁵⁾ Servicio Atención Primaria Delta • ⁽⁶⁾ Servicio de Atención Primaria Delta

Identificador: 515

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos principales de la unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (CySP) territorial ha sido impulsar la estrategia de Seguridad del Paciente en los 72 equipos de atención primaria, dimensión prioritaria de la calidad asistencial.

La estructura mínima de trabajo en cada equipo para impulsar la cultura de Seguridad consiste en: un referente de calidad, una comisión y el comité de calidad. Siendo el referente de calidad y el equipo directivo el eje vertebrador de la implantación de la estrategia de seguridad del Paciente.

Una de las acciones para mejorar la seguridad consiste en identificar situaciones de riesgo de seguridad del paciente a través de los incidentes y su notificación, evaluar posibles causas y establecer mejoras para evitar que vuelvan a ocurrir.

Para registrar los incidentes se utilizan actualmente dos plataformas: Sistema de Notificación y seguridad del Paciente (SNISP) y Registro de incidencias PosTIC.

OBJETIVOS

- Incrementar el número de notificaciones registradas en las dos plataformas (SNISP y PosTIC)

METODOLOGÍA

Desde la Unidad de CySP territorial se han realizado diferentes actividades durante el periodo 2021-2023 para impulsar la cultura de seguridad en los equipos del territorio:

- Acogidas de calidad y Seguridad del Paciente individuales a los referentes de CySP de cada uno de los equipos.
- Acogidas de CySP a los directivos de nueva incorporación.
- Reuniones de seguimiento bimestrales para los referentes CySP de los equipos con retroacción de los resultados y generando un espacio de dialogo para dudas e ideas.
- Cursos de Calidad y Seguridad del Paciente a los referentes de CySP de los equipos como formación de formadores para que lo realicen en sus equipos.
- Cursos anuales de gestión SNISP para Gestores SNISP
- Auditorías de Seguridad del paciente al final de año.
- Informe de resultados por equipo anual de las auditorias

RESULTADOS

Se han notificado en la plataforma SNISP en el año 2021 (257 notificaciones) en 2022 (207 notificaciones) y en 2023 (508 notificaciones) y en la plataforma POSTIC 2021 (576 notificaciones) 2022 (5124 notificaciones) 2023 (13861 notificaciones)

Se han incrementado los registros de incidentes en la plataforma SNISP un 89% y en la plataforma PosTIC un 2306%

CONCLUSIONES

La mentorización sistemática por parte de la Unidad de CySP a los referentes de calidad y equipos directivos, facilita la integración de la cultura de seguridad en los equipos.

El incremento exponencial del número de notificaciones evidencia el aumento de la cultura de seguridad en los equipos facilitando la gestión reactiva del riesgo, la mejora continua y la seguridad en la atención.



ASISTENTE VIRTUAL PARA PACIENTES INGRESADOS: MEJORANDO LA EXPERIENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Concha León, Esther • Fajardo Planas, Marina

 Hospital Universitari General de Catalunya

Identificador: 517

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Un asistente virtual para pacientes ingresados es una herramienta que utiliza la inteligencia artificial para interactuar con los pacientes a través de la popular aplicación de mensajería. Esta herramienta puede ofrecer una amplia gama de servicios no asistenciales que pueden mejorar significativamente la experiencia y la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital.

OBJETIVO

Beneficios para la experiencia del paciente:

- Mayor comodidad y accesibilidad
- Información y soporte personalizados
- Mejora de la comunicación
- Autonomía y control
- Beneficios para la seguridad del paciente:
- Reducción de eventos adversos
- Disminución de la carga de trabajo del personal
- Mejora de la adherencia al tratamiento
- Detección temprana de problemas
- Mayor seguridad emocional

METODOLOGÍA

Cada mañana se extrae listado del censo de pacientes ingresados el día anterior, urgentes, programados, médicos y quirúrgicos. Las Informadoras de Hospitalización realizan la visita de cortesía donde se informa de la disponibilidad de este método de comunicación directa para solucionar de manera ágil y eficaz cualquier incidente referente a mantenimiento, mobiliario, conectividad, limpieza y lavandería, restauración e información, así como cualquier dudas o inquietudes que puedan aparecer durante su estancia. Cada incidencia notificada se gestiona directamente con el departamento involucrado dando finalidad y resolución con la mayor brevedad posible. Incluyendo la notificación al portal de seguridad del paciente si es concluyente.

Seguimiento y comunicación al paciente.

Monitoreo de incidencias de resolución superior a 24 horas.

Confirmación de resolución con el paciente.

Evaluación del impacto a través de encuestas de satisfacción y eventos de seguridad del paciente.

RESULTADOS


- Aumento del 38,03% en el NPS de satisfacción del paciente ingresado del 48,43 al 66,84.
- Reducción de eventos adversos relacionados con distracciones del personal asistencial del 1,40% al 0,32%.

CONCLUSIONES

La implementación de un asistente virtual para pacientes ingresados puede requerir una inversión inicial en tecnología y capacitación del personal. Sin embargo, los beneficios potenciales para la experiencia con aumento de los indicadores de satisfacción y la seguridad del paciente con descenso de eventos adversos relacionados con la asistencia, hacen que sea una inversión valiosa para los hospitales por su impacto en el coste de la no calidad.



METODOLOGÍA LEAN: EL PERFIL ANALÍTICO AL ALTA DEL PACIENTE DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

 *González Lao, Elisabet • Pedragosa Valls, Angels • Ballesteros, Maypi • Taibi Hajjami, Fadwa • Llacera Sanchez, Vanessa • Esteve Simó, Vicent*

 *Consorci Sanitari de Terrassa*

Identificador: 518

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La metodología Lean en los procesos clínicos nos permite identificar actividades que no aportan valor, o que son necesarias pero no están bien organizadas.

El perfil analítico en el proceso del alta del paciente del Síndrome Coronario Agudo (SCA), es una de las actividades necesarias para la correcta monitorización del tratamiento del paciente al alta. Disponer de la información analítica previa a la consulta de la atención especializada permite optimizar la primera consulta del paciente al alta.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es mejorar el circuito de analíticas al alta en el proceso del paciente del SCA. Seguidamente se han establecido objetivos secundarios derivados del principal, como son la estandarización del protocolo clínico recomendado y la reducción en los tiempos de revisión de resultados analíticos del paciente.

A partir de la filosofía de metodología Lean, nuestra organización sanitaria integrada, crea un equipo multidisciplinar para realizar una revisión del proceso del SCA, mediante el diseño del Value Stream Mapping. A partir de los puntos críticos identificados se establecen propuestas de mejora que serán seguidas por la metodología A3 y el método científico Plan, Do, Check y Act (PDCA).

RESULTADOS

Dentro de los aspectos críticos identificados se observa que el proceso de analítica al alta del paciente no se encuentra estandarizado y presenta incoherencias con el protocolo clínico.

A partir de la revisión de las historias clínicas de un 10% de los pacientes contemplados dentro del diagnóstico del SCA. Se ha identificado que el 95% de los pacientes disponen de una analítica en el ingreso por hospitalización y que solo el 50% de los pacientes disponen de perfil lipídico contemplado.

De los pacientes dados de alta solo el 60%, llevaban tratamiento hipolipemiante de manera correcta a su riesgo cardiovascular estratificado. La mitad de estos pacientes llevaban una dosis inferior a la recomendadas por las guías clínicas de consenso. Los pacientes al alta ninguno disponía de una planificación de analítica.

Los pacientes eran atendidos en los primeros 7 días al alta por su médica/o y/o enfermera/o de atención primaria. El tiempo medio de visita a la primera consulta de cardiología era de 67 días desde el alta y solo el 20% de pacientes disponía de analítica con perfil lipídico.

CONCLUSIONES

La revisión y mejora del circuito del Síndrome Coronario Agudo, nos ha permitido identificar las actividades que no aportan valor. Incluir al alta del paciente una analítica de seguimiento del paciente permite realizar un correcto seguimiento del paciente desde su primera visita de atención primaria.

Disponer de los resultados, reduce las segundas visitas de atención especializada y consultas reiteradas en la atención primaria para solicitar analíticas.

Incluir el perfil lipídico previo a la primera visita de cardiología permite adaptar el tratamiento y realizar una correcta evaluación del paciente en la primera consulta.



IMPACTO ORGANIZATIVO DE LAS PRIMERAS CITAS DE CONSULTAS EXTERNAS DE HOSPITAL

 ARNAU CARDA, FERNANDO

 ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA

Identificador: 520

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este trabajo es comprobar si existen cambios en el perfil de utilización de los servicios asistenciales tras una primera cita en Atención Especializada de Hospital (AEH).

METODOLOGÍA

Para ello se ha elegido de forma aleatoria un mes del año (mayo, 2023) y se ha descrito el uso de los servicios sanitarios durante el año anterior y el año posterior a la cita de AEH. Es un estudio descriptivo en el que la población está configurada por los pacientes que recibieron asistencia sanitaria como primera cita en consultas externas de Atención Especializada de Hospital en el Área de Salud de Mérida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El número total de primeras citas en el mes de mayo de 2023 fue de 5.079 pacientes (40,19 % varones y 59,81 % mujeres).

En el periodo PRE, de 1 de mayo de 2022 a 31 de mayo de 2023, se realizaron a la población de estudio un total de 166.200 atenciones sanitarias, que se distribuyeron en 62,23 % de Atención Primaria y 36,42 % de Atención Especializada Hospitalaria; en este periodo la distribución de las atenciones por sexo ha sido de un 36,56 % en varones y del 63,44 % en mujeres.


En el periodo POST, del 1 de mayo de 2023 a 31 de mayo de 2024, se realizaron, a estos mismos pacientes, un total de 183.345 atenciones sanitarias, que se distribuyeron en 58,45 % de AP y 40,49 % de AHP; la distribución por sexo ha sido del 37,18 % en varones y del 62,82 % en mujeres.

El perfil de utilización de los servicios sanitarios ha sido superior en las mujeres tanto en la fase previa a la primera consulta como en la fase posterior. Ya sea en varones o en mujeres, el uso global de los servicios sanitarios aumenta (10,32%) después de ser atendidos como primera consulta en el hospital, con especial incidencia en los servicios hospitalarios (22,65%).

Los Servicios de AEH que se ven más afectados por el incremento en la utilización de los servicios asistenciales son los Servicios de Cirugía Hepatobiliar (357,14%) y Cirugía Torácica (320,00%), seguidos de Cuidados Paliativos (223,08%), Hematología Clínica (101,57%), Oncología Médica (86,77%) y Oncología Radioterápica (84,48%). Esta modificación en la utilización de Servicios Clínicos es superior en los varones en el caso de Cirugía Hepatobiliar, Cirugía Torácica y Oncología Médica, mientras que son las mujeres las que incrementan significativamente el consumo de recursos de Hematología Médica, Medicina Intensiva, Oncología Radioterápica y Cuidados Paliativos.

La modificación del consumo de recursos sanitarios de Atención Especializada de Hospital tras una primera cita en sus consultas externas es una constante en la mayoría de especialidades médicas, con especial incidencia en los servicios quirúrgicos de referencia y en los servicios clínicos vinculados a la patología oncológica.

MENSAJES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE SALVAPANTALLAS DIRIGIDOS A LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 Megido Badia, Maria Jesus ⁽¹⁾ • Freixes Villaró, Esther ⁽²⁾ • Cabeza Hurtado, Natalia ⁽³⁾ • del Rio Pahissa, Victoria ⁽⁴⁾ • Tijeras Roca, Xenia ⁽⁵⁾ • Magriña Domingo, Jordi ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Dirección de Atención Primaria Metropolitana Sud. ICS • ⁽²⁾ Servicio Atención Primaria SAP Delta • ⁽³⁾ Servicio de Atención Primaria Alt Penedes Garraf • ⁽⁴⁾ Dirección Atención Primaria Metropolitana Sud • ⁽⁵⁾ Atención Primaria Metropolitana Sud • ⁽⁶⁾ Gerencia Territorial Metropolitana Sud

Identificador: 521

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es clave en la atención sanitaria y nuestra organización está comprometida con ella. Nuestro territorio consta de 72 equipos de atención primaria y unidades, incluye zonas de ámbito rural y urbano, (con muchos consultorios locales pequeños), tiene una dispersión importante y una alta presión asistencial en la zona urbana. Cada año se imparten formaciones presenciales, sesiones clínicas y algún webinar sobre seguridad del paciente. Además, la comisión creada por Calidad y Seguridad del Paciente y el Departamento de Comunicación desarrollan una estrategia comunicativa para promover la cultura de seguridad en la organización.

OBJETIVOS

Facilitar a los profesionales el acceso a mensajes breves mediante impactos visuales que refuercen la cultura de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

En la comisión de Calidad y Comunicación, la Unidad de Calidad aporta resultados de diferentes análisis: incidentes más frecuentes, necesidades, así como propuestas de los equipos de mejora, etc.; y, el Departamento de Comunicación diseña campañas en base a este material. Los contenidos se difunden mediante los ordenadores de los profesionales, en forma de salvapantallas y también se publican en la Intranet. Durante el primer año, se llevó a cabo una primera campaña de concienciación y de cultura de seguridad. El humor fue un elemento clave para romper las posibles resistencias relacionadas con Calidad y Seguridad y captar la atención. Seguidamente, se elaboraron campañas más técnicas de contenido específico: el proceso de vacunación, la higiene de manos, la importancia de notificar los incidentes, el sistema de notificación de incidentes, seguridad en farmacia, etc.

RESULTADOS


Aunque no podemos establecer una relación causal, se han observado excelentes resultados. Por ejemplo: después de campañas sobre vacunación segura, ha disminuido la notificación de este tipo de incidentes en un 45%. Tras difundir mensajes para promover la notificación de incidentes, se ha evidenciado un aumento de las notificaciones del 89%, cifra que ilustra el incremento de la cultura de seguridad.

CONCLUSIONES

Las campañas informativas contribuyen a reforzar los mensajes de seguridad del paciente entre los profesionales. Los salvapantallas contienen un mensaje breve, conciso que acompañado de una imagen impactante, facilita la reflexión y la interiorización del mismo. El trabajo conjunto de Comunicación y Calidad favorece las diferentes estrategias comunicativas que facilitan la recepción de los mensajes.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ENFERMEDADES MINORITARIAS NEUROMUSCULARES

 Secanell ESpluga, Mariona ⁽¹⁾ • Marín Muñoz, Antonio ⁽²⁾ • Martí Messeguer, Natalia ⁽³⁾ • Carceller Benet, Marta ⁽¹⁾ • Bertran Garcia, Eulalia ⁽¹⁾ • Martinez Piñeiro, Alicia ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Institut Guttmann Hospital de Neurorehabilitació • ⁽²⁾ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol • ⁽³⁾ Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Identificador: 522

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades minoritarias, son un grupo heterogéneo de entidades clínicas con baja prevalencia en la población. Estas patologías, a menudo, crónicas y debilitantes, son complejas de diagnosticar y tratar, afectando a la calidad de vida del paciente. Para dar una respuesta integral y coordinada a las necesidades de neurorehabilitación, neuropsicológicas, sociales, domiciliarias, educativas y mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas patologías, en 2017 se creó una Unidad Multidisciplinar de Atención Integral de Enfermedades Minoritarias Neuromusculares (UMN) de forma conjunta entre un hospital terciario universitario y un hospital de neurorehabilitación. En 2019, se integró la UMN en el Sistema de Gestión, Mejora y Evaluación de la Calidad (SGC) del centro que recibe las visitas de la UMN.

METODOLOGÍA

Se diseñó, piloto y activó una encuesta de percepción y experiencia del paciente. Esta debía contener preguntas validadas y coherentes con el plan de encuestas de ambos centros, y a su vez, debía adaptarse a las características de la unidad y sus pacientes. La encuesta final, de formato electrónico y autoadministrada que se asigna al final de la visita, consta de 25 ítems estructurados en 9 dimensiones (Eficiencia, Accesibilidad, Comodidad-Confort, Información-Coordinación, Trato, Participación-Empoderamiento, Seguridad, Satisfacción Global y Recomendación). Las respuestas se vuelcan directamente en el Sistema Integrado de Información para la Gestión de la Calidad (SIIG) desde donde se estructuran los resultados en un informe con 20 indicadores automatizados y agrupados por dimensiones que miden el % de respuestas positivas de acceso directo a los grupos de interés.

En 2021 se creó i activó un Grupo de Trabajo para la mejora (GT) de la UMN integrado en el SGC, con el objetivo de iniciar y priorizar un plan de acciones de mejora en base al análisis conjunto de los resultados de la encuesta con seguimientos periódicos de estado.

OBJETIVOS

Promover la cultura de mejora continua de procesos asistenciales en base a resultados a través de una encuesta de percepción y experiencia del paciente

RESULTADOS


Entre 2021-2023 se realizaron 266 visitas y 58 encuestas. Se implementaron 20 acciones de mejora relacionadas con las dimensiones de Trato, Información-Coordinación y Confort. En 2023, un 85% de los ítems mejoraron resultados de percepción respecto al 2021 o se mantuvieron dentro del nivel de excelencia. Aumentó el % de respuestas positivas, concretamente de los ítems de Intimidad y Privacidad, Información Comprensible, Coordinación de Seguimientos y Tiempo de espera.

CONCLUSIONES

El modelo de encuesta y herramientas utilizadas han demostrado ser efectivas para detectar e implementar mejoras en base a los resultados de percepción y experiencia del paciente. La estrategia centrada en la participación e implicación de la UMN y los pacientes ha contribuido a la cultura de mejora de los procesos y de sus resultados de percepción.

¿ES POSIBLE LA MEJORA DE LA GESTIÓN DEL GRUPO DE INTERÉS SOCIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA?

 ALCÁZAR GONZÁLEZ, MARIA LUISA ⁽¹⁾ • AGUILAR HURTADO, ELENA ⁽²⁾ • DE LA FUENTE HERMOSIN, INES ⁽³⁾ • FRIAS REDONDO, MARIA SOLEDAD ⁽⁴⁾ • BLANCO MORALES, MARIA CONCEPCIÓN ⁽⁵⁾ • RODRÍGUEZ BLANCO, ALICIA ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA PROCESOS Y CALIDAD • ⁽²⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE • ⁽³⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL OESTE • ⁽⁴⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL ESTE • ⁽⁵⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL SUR • ⁽⁶⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL NORTE

Identificador: 523

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Se realiza en una Gerencia de Atención Primaria la autoevaluación con el Modelo EFQM 2020, y se detecta como una oportunidad, la mejora de la gestión del GI Sociedad a través de su segmentación, priorización, detección de necesidades y expectativas actuales y futuras y percepción satisfacción, que hasta el momento no se habían identificado, para mejorar su conocimiento y poder hacer seguimiento y monitorización de este GI.

OBJETIVOS

Mejorar la gestión del GI Sociedad, profundizando en su conocimiento a través de la identificación de áreas clave para su gestión e indicadores para su seguimiento y monitorización.

METODOLOGÍA

Se crea un grupo de trabajo formado por técnicos y directivos de diferentes estructuras de la Gerencia en el año 2023, para elaborar el proyecto de mejora, que contiene un plan de acción que describe las actividades a realizar, responsables y cronograma de trabajo. Se realiza la segmentación del GI mediante consenso de los integrantes del grupo, y priorización del mismo utilizando como herramienta una matriz de priorización (MP), que considera el nivel de poder de influencia e importancia con respecto al propósito de la GAP.

Se elaboran 9 fichas para cada segmento, que se cumplimentan mediante entrevista semiestructurada a través de interlocutores clave del grupo de trabajo de forma individualizada, y posteriormente consensuada. Contienen información sobre canal de comunicación, temática tratada, periodicidad, como conocemos las necesidades y expectativas y su percepción satisfacción. Se añaden 2 fichas más que recogen información sobre áreas que de forma indirecta tienen impacto en este GI.

Se identifican 19 indicadores para monitorizar de forma indirecta este GI.

RESULTADOS

Se identificaron como integrantes del GI sociedad las Asociaciones, federaciones y uniones de asociaciones, fundaciones (F), Ayuntamientos (A), Mesas de Salud y Consejos de Salud (MyCS), Partidos Políticos, Medios de Comunicación (MC), Redes Sociales (RS) y grupos informales.

En la Matriz de priorización, que puntuaba sobre un máximo de 4, el resultado a nivel global de poder fue 2,75 e influencia/importancia 3,09. Por orden de mayor a menor puntuación los resultados fueron: MC, A, RS, MyCS, Asociaciones, partidos políticos, F, ONGs y grupos informales.


Cada ficha contiene información clave recogida de cada segmento, y hay dos fichas más que contienen información sobre sostenibilidad, premios y reconocimientos de la GAP. Los principales canales de comunicación son mail, teléfono, reuniones presenciales y video-reuniones.


Se seleccionaron y se monitorizan 19 indicadores que dan información sobre investigación, actividades de salud comunitaria que impactan en la sociedad, gestión medioambiental, preguntas parlamentarias, noticias generadas, premios y reconocimientos de la GAP.

CONCLUSIONES

El desarrollo del Proyecto de mejora, ha permitido conocer con mayor profundidad al GI sociedad, mejorar su gestión y establecer indicadores que permiten recoger de forma indirecta resultados que impactan directamente en la sociedad.

LA SALUD COMUNITARIA Y EL DESPLIEGUE DE SU ESTRATEGIA ¿CÓMO LO HACEMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

 ALCAZAR GONZALEZ, MARIA LUISA ⁽¹⁾ • DEL REY GRANADO, YOLANDA ⁽²⁾ • JIMENEZ CARRAMIÑANA, JULIAN ⁽³⁾ • VICENTE DEL HOYO, MÓNICA ⁽³⁾ • DSANZ DEL OSO, JUAN JOSÉ ⁽⁴⁾ • CONEJOS MIQUEL, MARIA DOLORES ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ MADRID • ⁽²⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA SALUD COMUNITARIA • ⁽³⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SISTEMAS DE INFORMACIÓN • ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DIGITAL. CONSEJERÍA DE DIGITALIZACIÓN • ⁽⁵⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA PROCESOS Y CALIDAD

Identificador: 524

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2022, en la Gerencia de Atención Primaria (AP) se está desplegando la primera Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de AP, desde los centros de salud (CS), con horizonte hasta 2026, cuyo objetivo es potenciar y fortalecer la orientación comunitaria en los tres niveles posibles de la asistencia sanitaria con un enfoque comunitario (EC) Nivel 1: atención individual a través de la prescripción de activos en salud; Nivel 2: Se desarrolla a través de la Educación para la Salud (EPS); Nivel 3: se desarrolla a través de las Intervenciones Comunitarias (IC).

Es necesario hacer seguimiento del despliegue de la ESC a través de las herramientas disponibles en la Organización, como son los indicadores que se fijan en los distintos contratos programa (CP), así como la creación de un cuadro de mando específico (CME) para visualización de resultados.

OBJETIVOS

1. Monitorizar y potenciar el despliegue de la ESC en todos CS de la gerencia de AP a través de indicadores específicos en los CP
2. Diseñar un CME digital.

METODOLOGÍA

Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales técnicos del área de SC, Área de Calidad, Sistemas de Información, y Digitalización. Se diseñan indicadores para hacer seguimiento del despliegue de la ESC, y un CME. Posteriormente, es aprobado por las estructuras directivas.

Los indicadores se difunden a la organización mediante reuniones con Direcciones y con los equipos directivos de los CS

Se incluyen indicadores de la ESC en tres CP: CPC, CPI y CP de Unidades de Atención Específica (matronas, salud bucodental, fisioterapia y trabajo social).

La herramienta para el seguimiento de los indicadores es el CME, accesible desde todos los niveles de la Organización.

RESULTADOS

Año 2023. Indicador de CPC. Tiene dos acciones, con cumplimiento del 100% y 73,38% respectivamente.

CPI: se incluyen 2 criterios de valoración propios para las diferentes categorías profesionales vinculados a la SC: EPS e IC.

CP UAE: un indicador para cada categoría profesional.

Diseño del CME de SC: contiene 13 indicadores, organizados por nivel de EC y con visualización a nivel de CM, DA, CS y profesional

- **Nivel 1:** nº ciudadanos preinscritos en talleres de EPS: 19.984
- **Nivel 2:** 9 indicadores organizados por etapas vitales, grupos priorizados en la ESC, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas; nº de ciudadanos que asisten a talleres de EPS: 45.137; nº de talleres EPS realizados: 2.483
- **Nivel 3:** 4 indicadores que dan información sobre nº de ciudadanos que asisten a las IC: 11249; nº de IC Puntuales: 2.078; nº de IC continuadas en el tiempo: 194

CONCLUSIONES

El diseño y la inclusión de indicadores específicos de EC en los CP, permite el impulso y potenciación de la ESC, porque el CP supone en sí mismo un compromiso para toda la organización, permitiendo vincular su cumplimiento con un sistema de incentivos y fomenta la mejora continua.

El CM de la ESC es una herramienta imprescindible para el seguimiento del despliegue de la SC en la Organización, a todos y en todos los niveles.

OPTIMIZACIÓN DEL EFECTO DE LA LUZ UV EN LA ELIMINACIÓN DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Velasco Lucio, Elisa Janeth • Cogolludo Cogolludo, Yolanda • Fernandez Sanchez Escalonilla, Sara • Muñoz Martinez, Lorena
• Andino A, Juana María • Sanchez Lecona, Joaquin Alejandro

 Hospital Universitario de Toledo

Identificador: 526

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La proliferación de microorganismos multirresistentes (MMR) en entornos hospitalarios representa un desafío crítico para la salud pública. Estos patógenos incrementan la morbilidad, mortalidad y los costos de atención médica, complicando el manejo de las infecciones nosocomiales. La desinfección con luz ultravioleta (UV) ha emergido como una tecnología prometedora para combatir esta amenaza. Las prácticas estándar de desinfección química de las superficies en quirófanos han mejorado la prevención de infecciones hospitalarias; sin embargo, persisten problemas de contaminación residual.

OBJETIVO

1. Evaluar la eficacia de la luz ultravioleta (UV) en la reducción de microorganismos multirresistentes (MMR), especialmente *Acinetobacter baumannii* y *Klebsiella pneumoniae*.
2. Determinar las distancias y los tiempos de exposición necesarios para garantizar una desinfección completa en áreas críticas de habitaciones y quirófanos.

METODOLOGÍA

Diseño de intervención cuasiexperimental con medidas antes y después de la intervención, sin asignación aleatoria. Se utilizaron alícuotas preparadas con *Acinetobacter baumannii* MMR y *Klebsiella pneumoniae* MMR en el laboratorio de microbiología. Las zonas de estudio incluyeron un quirófano y una habitación. En el quirófano, se colocaron testigos en la mesita de operación y la mesita auxiliar, mapeando cinco puntos de exposición a la luz UV con tiempos variados. En la habitación, los testigos se colocaron en el colchón de la cama y el pomo de la puerta de entrada. Los testigos cambiaron de color según la dosis de luz UV recibida, permitiendo evaluar la efectividad de la desinfección.


RESULTADOS

En el quirófano, el testigo de la mesita auxiliar indicó una desinfección insuficiente, con resultado microbiológico positivo para *Acinetobacter* (20 UFC) y *Klebsiella* eliminada. La mesita de operación se obtuvo una desinfección parcial, con resultado microbiológico positivo para *Acinetobacter* (1 UFC) y eliminación de *Klebsiella*. En la habitación, el colchón de la cama requirió dos pasadas, totalizando 6 minutos, con resultado microbiológico de *Acinetobacter* y *Klebsiella* eliminadas, sugiriendo un aumento del tiempo a 5 minutos por pasada. El pomo de la puerta con sólo 3 minutos se obtuvo una desinfección efectiva.

CONCLUSIONES

1. La desinfección con luz UV es efectiva para eliminar *Klebsiella pneumoniae* con los tiempos y distancias actuales establecidos.
2. Para lograr una eliminación efectiva de *Acinetobacter baumannii*, es necesario optimizar los tiempos de exposición y reducir las distancias de exposición.
3. En el quirófano, es fundamental reevaluar las posiciones de los puntos de luz UV y ajustar los tiempos de calentamiento de las lámparas para mejorar la eficacia de la desinfección.
4. Es esencial ajustar y adherirse a protocolos específicos de desinfección con luz UV para maximizar la eliminación de MMR y garantizar la seguridad del entorno hospitalario.

MEJORA DE LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA PERSONA OSTOMIZADA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS

 BENITEZ SANTANA, LETICIA MARIA • HERNANDEZ MENDOZA, ENRIQUE NARCISO • ALEMAN SEGURA, MARIA DESIREE • GARCIA ALMEIDA, ADAY • LOPEZ AFAN, CRISTINA • SANTANA SANTANA, EVA MARIA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR.NEGRIN

Identificador: 527

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El hospital presentó su candidatura a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados al Proyecto BPSO incluyendo la guía “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía”.

Se detectaron áreas de mejora en registros, marcaje preoperatorio del estoma, atención precoz postoperatoria, falta de formación a profesionales, continuidad asistencial y humanización.

Se publicó el Manual de Buenas Prácticas de humanización de las consultas de ostomías y se inició el trabajo en sus siete líneas estratégicas.

OBJETIVOS

General :

Mejorar el proceso asistencial prestando cuidados de enfermería basados en la evidencia científica y en las buenas prácticas en humanización para aumentar la calidad de vida de las personas ostomizadas

Específicos:

- Mejorar la calidad de los registros
- Aumentar el marcaje en cirugía urgente
- Optimizar el seguimiento postoperatorio del paciente
- Mejorar la formación de los profesionales
- Potenciar la continuidad entre niveles asistenciales
- Humanizar la atención sanitaria

METODOLOGÍA

Se realizó análisis DAFO, identificando áreas de mejora y oportunidades.

Se escogieron dos recomendaciones de la guía BPSO, que incluyen el acceso a enfermeras estomaterapeutas y un programa de cuidados con atención integral desde el preoperatorio y seguimiento durante doce meses.

Participación de equipo interdisciplinar iniciando medidas para alcanzar la excelencia.

Se ha implantado la guía BPSO en dos fases. Primero, en la consulta donde se ha trabajado con los funcionales de la historia clínica electrónica (HCE), dirección de ingenierías, docencia, calidad, ilustración y suministros. Segundo, en bloque quirúrgico, cirugía, urología y reanimación, donde se ha formado a los profesionales en la técnica del marcaje y el cuidado de la ostomía.

Se ha recogido los indicadores desde la HCE, alimentado los cuadros de mando, evaluación mensual de indicadores y difusión de resultados obtenidos.

Se trabajó en la buenas prácticas en humanización.

RESULTADOS

- Formación de 800 profesionales en cuidado de la ostomía y marcaje.
- Incremento 40,8% del porcentaje de marcaje preoperatorio, reducción de dermatitis un 17,3%, inicio inmediato de atención postoperatoria, reducción de estancia 2,6 días y costes sanitarios.
- Mejoras en formulario de ostomías, informes de alta y creación de carpetas compartidas.
- Sin pérdidas de valoración y seguimiento de pacientes tras instaurar interconsulta, teleconsulta, móvil y correo corporativo.
- Humanización de espacios con reforma de consulta, instalación de baños adaptados y acondicionamiento de sala de espera con sistema de gestión de colas.

CONCLUSIONES

La apuesta de la Dirección de Enfermería brindando cuidados basados en la evidencia científica ha reducido la variabilidad en la práctica clínica y mejorado el proceso asistencial, logrando la designación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados, y el reconocimiento de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia a la humanización de la consulta.



PROFESIONAL INVOLUCRADO EN UN EVENTO ADVERSO, ¿Y AHORA QUÉ?

 Macías Maroto, Marta • Pérez Zapata, Aurora • Pintado Delgado, Consuelo • Díaz Sanz, Ana Belén • Arcos Varela, Naroa

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Identificador: 528

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de un evento adverso grave relacionado con la seguridad del paciente las peores consecuencias son para el paciente, familiares y/o personas allegadas. Pero no hay que olvidar a los profesionales que están involucrados de una forma más o menos directa y el sufrimiento emocional que conlleva.

Dentro de la estrategia de seguridad del paciente, en 2023, se iniciaron importantes acciones para mejorar la concienciación y abordaje de los profesionales implicados en un evento adverso grave (EAG).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue mejorar el abordaje de la segunda víctima en los EAG relacionados con la seguridad del paciente.

La metodología utilizada fue:

- Identificar a las partes interesadas del proceso.
- Revisión bibliográfica de las recomendaciones y entrevistas con expertos a nivel nacional.
- Desarrollo de un plan de actuación para el abordaje de las segundas víctimas estableciendo acciones y responsabilidades.
- Inclusión del plan de actuación en el Protocolo de EAG del centro.
- Difusión del protocolo y acciones formativas de sensibilización.
- Elaboración de un cuadro de mandos para monitorizar la actuación y establecer acciones de mejora.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se implementó un plan de mejora a través de la elaboración de un nuevo protocolo en el que las principales partes implicadas: Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR), Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) y Servicio de Salud Mental del hospital; trabajaron conjuntamente para el abordaje del fenómeno de la segunda víctima.


En 1 año de implementación del protocolo los resultados han sido:

- Detección de 8 EAG, siendo necesaria la activación del protocolo de segundas víctimas en todos los casos excepto en uno. El 50% se produjo en el Bloque Quirúrgico. La UFGR dentro de la activación del protocolo de EAG valoraba a los profesionales implicados y en el caso de necesidad de apoyo los derivaba. El SPRL realizaba una entrevista elaborada ad hoc para valorar el impacto en el profesional.
- En total hubo 40 profesionales involucrados en los EAG y tras 7 entrevistas se identificaron como segundas víctimas a 6 profesionales. El 83% fueron mujeres y sus categorías profesionales: 4 personal de enfermería, 1 médico residente, y 1 celador. Tuvieron apoyo en un primer nivel y segundo nivel los seis profesionales implicados y el 33% en un tercer nivel, que además implicó baja laboral.

El desarrollo de programas específicos para el abordaje de la segunda víctima parece ser eficaz para fomentar la cultura de seguridad del paciente y demostrar desde la organización el apoyo a los profesionales desterrando cualquier acción punitiva. Aún queda mucho camino por recorrer, en cuanto a sensibilización y formación de profesionales y directivos. No hay que olvidar que **todos** podemos ser segundas víctimas, con un impacto en la calidad de vida y profesional muy relevante.



ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN HOSPITALES CON DISTINTO CIRCUITO DE ADMINISTRACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

 ALVAREZ MOREZUELAS, MARIA NATALIA ⁽¹⁾; MARTINEZ CASTAÑO, MARIA GUADALUPE ⁽²⁾; BAEZ GIL, DOLORES ⁽³⁾; PEREZ VEA-MUR-GUIA, RAQUEL ⁽³⁾; PEÑA TEJERA, CARLOS MIGUEL ⁽³⁾; GONZALEZ GARCIA, MARTINA PILAR ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ OSI ARABA; ⁽²⁾ OSI ARABA- OSAKIDEZA; ⁽³⁾ OSI ARABA- OSAKIDETZA

Identificador: 529

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2021 se implanta en servicio de hemoterapia un sistema corporativo de notificación (SN) de Incidentes de Seguridad de Paciente (IS) sin daño, voluntario y anónimo. Dos sedes hospitalarias en la organización con circuitos distintos de administración del componente sanguíneos: el hospi-T cuenta con equipo de enfermeras que acuden a iniciar la transfusión y en el hospi-S, la enfermeras de planta, responsable de la administración. Periódicamente, un grupo multiprofesional analiza los IS y proponen acciones de mejora (AM).

OBJETIVOS

- Analizar los principales indicadores que se extraen de la gestión de IS notificados: intensidad por años, correlación con la actividad transfusional por sede, profesionales que notifican e identificar la tipología de los incidentes (TI) por sede.
- Describir las AM para la tipología de incidentes.
- Identificar mejoras en la gestión de incidentes en el servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Formación inicial a todo el servicio en SP y uso del SN. Se creó grupo de trabajo multidisciplinar del servicio (Facultativo, supervisor, DUE, TEL y Administrativo) y Téc. Calidad. Análisis de indicadores cuantitativos relevantes desde 2021: tendencia anual, grupo profesional (GP) del notificante, servicio origen de la incidencia (sede hospitalaria) y correlación con la actividad transfusional (AT) por sede. En el caso de la TI y su sede origen, sólo se analizaron los IS pendiente de análisis del último año (julio-23 a junio-24). Para el análisis, se utilizó tanto el modulo estadístico que ofrece el SN, como el programa Excel.

RESULTADOS

Desde julio de 2021 se han notificado 265 IS. Las notificaciones han ido en aumento: 2 (2021), 12 (2022), 171 (2023) y 81 (hasta junio 2024).

GP que más notifican: Enfermería (38,49%), Técnico (26,42%); Facultativos (0,38%) y No se identifica (34,72%). Origen del IS por sede: hospi-S, 23,4% notificaciones y el hospi-T, 37,36%. Excluidos si origen es hemoterapia (19%), externo o sede no identificable (20%). La actividad transfusional promedio desde 2021: 79% en hospi-T y 21% en hospi-S.

De los 126 IS del último año las TI más frecuentes son, en hospi-T: Discrepancia muestra-petición (30,2%), mala gestión del hemo-derivado en planta-GHP (13,21%); muestra sin identificar (11,3%). En hospi-S: GHP (42%); Consentimiento informado (CI) deficiente (22,6%); Muestras sin identificar (13%).

Las AM identificadas son: formación en el protocolo a la enfermería de planta (muestras, trazabilidad, tiempos críticos..), concienciación a facultativos sobre el CI, pendientes de ejecutar.

CONCLUSIONES

Dependencia de la notificación de profesionales, el % en la sede-S no está correlacionado con la AT. En cuanto a la tipología, la responsabilidad del CI recae en los peticionarios, siendo igual en ambas sedes, pero no se aprecia un % de incidentes similar.

Necesitamos consensuar la definición de IS a declarar y retomar las AM pendientes de ejecución: concienciación en las medidas de seguridad transfusional.



TRAZADORES DIGITALES PARA LA MONITORIZACIÓN DE PROYECTOS DE ACREDITACIÓN

 Petri, Mauricio

 Universidad de Navarra

Identificador: 530

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La metodología Trazadora es una metodología práctica ampliamente utilizada para evaluar procesos (metodología trazadora de procesos) y para evaluar experiencia de pacientes (metodología trazadora de pacientes). Si bien esta metodología es altamente específica y evalúa la coordinación entre los procesos, requiere tiempo considerable de observación directa, levantamiento de los datos, análisis y generación de tableros de mando, lo que la convierte en una actividad con una alta carga de tiempo e inversión de los recursos de la organización, además de que la agregación de los datos no es automática y depende de la validación manual de la misma. Una de las dificultades más importantes es la imposibilidad de monitorizar los “bias” entre procesos y estándares en un solo lugar y generar acciones de mejora que sean monitorizadas a tiempo real.

OBJETIVO

Implementación ágil de un proyecto de transformación digital de seis meses para dos sistemas trazadores con alcance de CUN Pamplona y CUN Madrid. Implementación ágil de un sistema de trazador digital para monitorización de bundles de medidas de control de infecciones y metas internacionales de seguridad del paciente.

METODOLOGÍA

Para la transformación Digital se utilizó una aplicación móvil que funciona en cualquier dispositivo Android, iOS o Windows disponible para descargar a través de iTunes y Google Play. Se proporciona un Panel de Control basado en la web, seguro para el análisis estadístico de datos y para la generación de informes. Es un proveedor aprobado por el Mercado Digital del Reino Unido (G-Cloud) y Unión Europea. Supera los estándares del Toolkit de Protección de Seguridad de Datos del NHS, está certificada ISO 27001 y Cyber Essentials.

RESULTADOS

El proyecto de co-diseño comienza en enero de 2022. Hasta la fecha se han incorporado más de 3785 trazadores, cada trazador con múltiples datos de compliance y agregación de los mismos en tableros de mando. También se creó un sistema de validación de datos estadísticos para eliminación de auditorías erróneas y eliminación de outlayers. Estos hallazgos han generado múltiples oportunidades de mejora y fueron utilizados para defender las auditorías Internacionales Joint Commission de ambas sedes, con excelentes resultados.

CONCLUSIONES

El uso de trazadores digitales es una excelente solución para aumentar la sensibilidad y especificidad de los hallazgos de auditoría, disminuyendo a menos de la mitad el tiempo dedicado a la observación y eliminando por completo el tiempo de validación de los datos, la generación de tableros de mando y la generación de informes. Un impacto indirecto es el uso de un sistema de análisis y flujo de trabajo de acciones correctivas y preventivas, lo que refuerza la monitorización y la cultura de calidad y seguridad del paciente.



EXPERIENCIA CON RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES DE UROLOGÍA

 *Grossat, Eric • Ojeda, Gabriela • Legido Sustatxa, Eunat*

 *HOH Health*

Identificador: 532

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La gran presión en el ámbito hospitalario por optimizar los resultados en salud, la eficiencia de procesos y costes, hace esencial procesos de evaluación de práctica clínica. Sin embargo, es fundamental identificar qué datos se pueden extraer, cómo son los procesos de extracción y cuál es la calidad de ellos. La medición precisa es crucial para alcanzar excelencia asistencial.

Un estudio retrospectivo para analizar la variabilidad del uso de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de STUI en pacientes con HBP, los retos y resultados presentados llevó a analizar el proceso de cumplimentación de variables, su codificación por parte de sistemas de información y admisión de cada centro y el proceso de extracción.

OBJETIVOS

Evaluación de la calidad de datos de pacientes con HBP intervenidos por STUI en 5 hospitales, para comprobar su validez en la toma de decisiones basadas en resultados de valor.

METODOLOGÍA

Se realizaron extracciones de datos de pacientes intervenidos entre 2018 y 2022 por parte de informática y documentación clínica, todas ellas validadas por el servicio de urología. Se estudiaron las variables obtenidas de cada hospital, su origen y el sistema de costes asociados. Las variables extraídas fueron: técnicas quirúrgicas, noches de hospitalización, variables clínicas (datos sociodemográficos y de laboratorio) y costes asociados.

RESULTADOS

Los tipos de técnicas quirúrgicas y las noches de hospitalización obtenidas en los 5 hospitales provenían del servicio de documentación clínica (3/5 hospitales) y del servicio de informática (1 hospital). En un hospital se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes por el equipo investigador debido a la recogida incorrecta de algunos datos por cambios de la lista de espera a la técnica elegida en el proceso quirúrgico.

Los variables de laboratorio solo se pudieron obtener en 2/5 hospitales gracias a una revisión de las historias clínicas por parte de los investigadores.

El sistema de costes asociados era variado: GRDs (3/5 hospitales), estimaciones (1 hospital) y episodios por paciente (1 hospital). La recogida de datos mediante GRDs dificulta el estudio desglosado de costes por episodio para poder tener una información económica exacta de uso de recursos sanitarios.

CONCLUSIONES

Es necesaria una estandarización de la recogida de datos clínicos para poder basar las decisiones en resultados de valor, no solo en evidencia clínica y costes directos.

Cambios realizados en la lista de espera sin registrar constituyen un inconveniente en el proceso ya que requiere una revisión por parte del investigador. Esto resalta la necesidad de estandarizar el método de recogida de datos, para hacer extracciones de forma más fácil y con menor riesgo de errores.

La variabilidad en el sistema de costes hace que sea difícil un análisis global entre centros dificultando la comparación de la gestión del valor por técnica para encontrar las prácticas más eficientes en cuanto a recursos económicos.



ZONA GAMER: RETOS DE LACTANCIA MATERNA COMO METODOLOGÍA ACTIVA PARA AFIANZAR CONOCIMIENTOS

 *Herrero López, Selma • Gortázar Arias, M Pilar • Lechosa Muñiz, Carolina • Fernández Carral, Genoveva • González Menéndez, Faustino*

 *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Identificador: 533

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La gamificación es el uso de los elementos de diseño de juegos en contextos que no son juego. En el ámbito formativo-profesional, el concepto de game-based learning permite utilizar estos diseños, mecánicas y normas con el fin de plantear actividades y favorecer la monitorización del aprendizaje, la motivación por parte de los alumnos por un tema específico y aumentar los resultados de satisfacción. El formato tipo reto es una buena estrategia, además, de lo anterior, para la autoevaluación por parte del alumno.

OBJETIVO

Determinar la satisfacción de los participantes de un itinerario e-learning sobre lactancia materna en relación con la inclusión de la gamificación como metodología activa para afianzar conocimientos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo con elaboración de un cuestionario ad hoc, diseñado a partir de la revisión de la literatura disponible y adaptado al contexto de la educación sanitaria, dirigido a los participantes en el itinerario IHAN de actualización de conocimientos en lactancia materna. Para el diseño de la gamificación, los 122 participantes realizaron un test inicial sobre el tipo de gamer (taxonomía de Bartle).

RESULTADOS

Tipo de gamer. Explorer 67,2%, Archiviers 16,4%, Socializers 13,9% y Killers 2,5%. Juegos. Se diseñan 24 juegos distribuidos en 6 tipologías: relacionar columnas (7), elige entre dos (4), trivial (4), completar texto (3), crucigrama (3) y otros (3). Se utilizaron dos plataformas: Genially® (7) y Educaplay (17), obteniendo de esta última datos de 1815 jugadas. El 81% de los participantes optó por realizar los retos desde el ordenador. Proceso enseñanza-aprendizaje. Los profesionales valoran con un 8,1 la adecuación del juego vs los contenidos de la formación y con un 8,68 como metodología para el repaso previo a la realización de las pruebas evaluativas. Aspectos globales. La satisfacción con el itinerario alcanza un 89,7%, descendiendo al 80% en relación con la gamificación y con el nivel de motivación para la resolución de los retos. A nivel cualitativo, los participantes recalcan varios aspectos positivos: interacción entre gamers en los juegos con ranking, mayor retención de conceptos vs material multimedia, diversión, interfaz de las plataformas y “hacerse corto”. Como aspectos negativos destacan la dificultad para el acceso y, en algún juego, la falta de feedback final o tiempo limitado para responder.

CONCLUSIONES

La variabilidad de juegos permite adaptarse a las preferencias de relaciones de los gamers, logrando un nivel motivacional óptimo, satisfaciendo el interés de los participantes.


La combinación de diferentes metodologías permite trabajar de una forma más adecuada los objetivos y contenidos de aprendizaje.

La gamificación favorece el aprendizaje en relación con la motivación, predisposición y retención.

Es necesario adecuar las plataformas para incluir un feedback al final de todos los juegos, además de incluir unas normas para disminuir la barrera digital.

CÓDIGO DE ÉTICA DE UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: AL LADO DE LOS PACIENTES, AL LADO DE LAS PERSONAS

 Castellares González, Carol Ingrid ⁽¹⁾ • Artilés Leon, Cristina María ⁽²⁾ • Giménez Cabrera, Adriana Paola ⁽³⁾ • Ramos Rodríguez, Amparo ⁽³⁾ • Antunez Melero, Esther ⁽³⁾ • Colomer Rosas, Asunción ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia del SUMMA112. Hospital Doce de Octubre • ⁽²⁾ Gerencia del SUMMA112. Hospital 120 • ⁽³⁾ Gerencia del SUMMA112 • ⁽⁴⁾ SUMMA112

Identificador: 534

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Urgencias Médicas (SUE) de nuestra comunidad realiza la atención sanitaria en urgencias, emergencias, catástrofes y situaciones especiales en su territorio, con una media de un millón y medio de atenciones sanitarias al año, y más de 3.500 llamadas al día.

El Código Ético (CE) describe los valores y principios que deben guiar la conducta de los profesionales con relación a los pacientes, familiares y personas significativas, a la sociedad, como entre los trabajadores tanto propios como de empresas contratadas, y las otras instituciones sanitarias y no sanitarias.

Su implantación es de especial relevancia en los servicios sanitarios que atienden a pacientes críticos.

OBJETIVO

Elaborar y difundir un CE en el SUE de nuestra comunidad autónoma.

METODOLOGÍA (337)

- Se crea un grupo de trabajo con miembros del equipo directivo y profesionales asistenciales.
- Revisión bibliográfica y análisis de contexto para determinar los requisitos de aplicación al CE y su alcance.
- Elaboración, revisión por profesionales de comisiones y mandos intermedios. Elaboración final, aprobación y difusión.

RESULTADOS

Definición de los Requisitos de aplicación:


- Definición del objeto y alcance del CE: Fortalecer, impulsar y difundir los valores éticos y mejorar las buenas prácticas en la gestión asistencial, logística y administrativa de los trabajadores con la finalidad de reforzar las normas de adecuada conducta y los principios de buenas prácticas dentro de la organización, previniendo incumplimientos y abogando por un comportamiento humanizado y lícito. El CE alcanza a todos los trabajadores de nuestro SUE incluyendo personal externo.
- Definición de Objetivos:
 - **CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN de aplicación:** Sanitaria, Seguridad y salud en el trabajo, de calidad asistencial, humanización y seguridad del paciente, ambiental, protección de datos y confidencialidad, uso de los sistemas informáticos y política anticorrupción.
 - **PRINCIPIOS Y COMPROMISOS ÉTICOS:** se establecieron 5 principios rectores:
 1. Priorizamos a las personas.
 2. Compromiso con la prestación de un servicio de calidad.
 3. Fomento del respeto y el trabajo en equipo.
 4. Compromiso con la sociedad.
 5. Compromiso con el medio ambiente.
- Comunicación, difusión, y adhesión al CE. Establece la responsabilidad de la dirección de la comunicación a todas las partes interesadas, y velar por su cumplimiento.
 - Elaboración del CE: en mayo de 2024
 - Difusión del CE: a través de intranet en mayo de 2024, presentación a las comisiones clínicas del servicio mayo y junio de 2024, reuniones con mandos intermedios.

CONCLUSIONES

El CE elaborado facilita a los profesionales conocer cómo deben actuar con independencia del puesto de trabajo, la igualdad de condiciones y tratamiento.

El proceso de elaboración y revisión por otros profesionales, al ser participativo sirve de concienciación y difusión para lograr una cultura organizacional que favorezca el buen ambiente en el trabajo.

ENFERMERAS COMO FACILITADORAS DEL CAMBIO EN LA PRÁCTICA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: EL CARRO DE PARADA.

 *Martín Lorenzo, Marta*⁽¹⁾ • *Salinero Martín, Inmaculada*⁽¹⁾ • *De la Fuente Guitart, Rosa*⁽¹⁾ • *Tineo Calderón, Giovanni*⁽¹⁾ • *Mas Lodo, Margarita*⁽¹⁾ • *Jiménez García, Elena*⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital Universitario de Móstoles* • ⁽²⁾ *Consejería de Sanidad*

Identificador: 535

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) supone un problema sanitario. En el ámbito hospitalario se estima una incidencia en torno al 2%.

El éxito de la reanimación cardiopulmonar (RCP) depende, en parte, del correcto funcionamiento del equipo de reanimación y de la disponibilidad y adecuada dotación de material del carro de parada (CP). Deficiencias en ambos aspectos pueden comprometer la seguridad del paciente, y desencadenar eventos adversos que podrían considerarse evitables.

Resulta por ello necesario la existencia de protocolos de actuación ante una PCR, y de composición, revisión y mantenimiento del CP.

La SEMICYUC en su documento sobre Indicadores de calidad en el paciente crítico de 2017, recoge la “Revisión del carro de parada cardíaca” (IC 104).

OBJETIVOS

- Identificar la dotación de los carros de parada en distintas unidades del hospital, tomando como referencia el listado de verificación de material existente.
- Determinar la adecuación del contenido de los carros de parada ante una eventual PCR.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio transversal en el último trimestre del 2023 y 1º del 2024. El personal de enfermería del equipo de RCP del hospital realizó varias sesiones, de aproximadamente 1h de duración, en todas las unidades médicas y la unidad de cirugía menor, a las que asistieron enfermeros y TCAEs de cada una de las mismas. En ellas se comprobó si el contenido del CP se ajustaba a lo establecido por la hoja de verificación del material existente.

RESULTADOS

Se determinó que en la mayoría de los carros de parada revisados la dotación de material no coincidía con lo recogido en la hoja de verificación. Los participantes referían que existían excedentes de algún tipo de instrumental, así como carencia de otros.

Se identificaron anomalías en la periodicidad de las revisiones del carro, en la adecuada dotación y disponibilidad del desfibrilador, y en la ruta de reposición del material caducado o no funcionante.


Con todos los datos recogidos se actualizó el listado de verificación del material del CP, al que se añadió un ítem que atendía al correcto funcionamiento del desfibrilador. Además, se desarrolló un documento de instrucciones técnicas (IT) en el que se indicaba y mostraba la dotación de material, acompañando el texto con imágenes. En el mismo se advertía sobre la necesidad de señalar dónde se encontraba el desfibrilador más cercano, en caso de que el carro no estuviera dotado. También establecía la frecuencia de las revisiones y el canal de comunicación en caso de ser necesaria la reposición de material o sustitución del caducado.

Se nombraron como responsables de la implantación de los cambios, así como de la monitorización de la adhesión a la IT, a los supervisores de enfermería y los responsables de seguridad de los distintos servicios.

CONCLUSIONES

Se requiere de un protocolo que asegure la correcta dotación de material de los carros de parada, para ayudar a la ejecución eficaz del soporte vital avanzado.

MARCAJE PREOPERATORIO DE LA OSTOMÍA EN CIRUGÍA URGENTE. UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA QUE APORTA CALIDAD A LOS CUIDADOS.

 BENITEZ SANTANA, LETICIA MARIA • HERNANDEZ MENDOZA, ENRIQUE NARCISO • CHACON DEL PINO, ELISABET • LOPEZ AFAN, CRISTINA • ALEMAN SEGURA, MARIA DESIREE • GARCIA ALMEIDA, ADAY

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Identificador: 536

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Una de las recomendaciones de la guía de buena práctica clínica de la RNAO “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía” es el marcaje preoperatorio de la ubicación del estoma. Numerosos estudios reportan los beneficios de esta práctica reduciendo las complicaciones de la piel periestomal, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios y la mejora de la calidad de vida del paciente. Sin embargo, son muy pocos los que centran sus resultados en el marcaje en cirugía urgente ya que, aunque se reconoce esta intervención enfermera como sencilla y segura, no se realiza a todos los pacientes y especialmente en cirugía urgente debido a la complejidad que implica la formación a personal no experto en ostomías. La puesta en marcha de esta intervención enfermera en cirugía urgente favorece la equidad en la atención.

OBJETIVOS

General:

- Evaluar si la implantación del marcaje de la ostomía en cirugía urgente se asocia a menor número de complicaciones de la piel periestomal (dermatitis).

- Específicos:

- Comparar el marcaje realizado en cirugía programada y urgente
- Comprobar como influyen el marcaje y la dermatitis en la estancia hospitalaria
- Evaluar el impacto del marcaje y la dermatitis en el coste sanitario

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, tras dos años de la implantación del marcaje urgente, incluyendo a todos los pacientes mayores de 18 años ostomizados entre enero 2021 y marzo 2024. Se analizaron los datos introducidos en la plataforma CarEviD+ de la BPSO y en el formulario de ostomías de la Historia Clínica Electrónica. Posteriormente el Excel elaborado se analizó con el Software estadístico Jamovi y mediante un modelo de regresión logística se estimó los riesgos de tener o no dermatitis y se analizó si ésta dependía, o no, principalmente, de la realización del marcaje por la enfermera.

RESULTADOS

Se estudiaron 463 pacientes. El marcaje programado ha aumentado un 26,4% desde 2021, situándose en 100% en el primer trimestre de 2024. El marcaje urgente aumentó del 10,1% en 2021 al 70,2% en el mismo periodo. El porcentaje de dermatitis se ha reducido del 36,6% en 2021 al 16% en marzo de 2024 lo que supone una reducción del 20,6% en 3 años. La regresión logística confirma de manera significativa ($p < 0,001$) que el marcaje es un factor protector (O.R.=0,42) frente a la aparición de dermatitis independientemente del tipo de intervención y se asocia a menor estancia hospitalaria ($p < 0,001$) reduciéndola 6 días. La dermatitis aumenta la estancia 4 días. Cada día extra de estancia supone un coste medio de 891€.

CONCLUSIONES

Implementar la recomendación del marcaje urgente, proporciona a los pacientes cuidados basados en la evidencia, equidad en la atención y resultados en salud reduciendo la dermatitis, la estancia y los costes sanitarios. Es fundamental la coordinación multidisciplinar y la formación a todos los profesionales implicados en el proyecto para capacitarlos en el marcaje y la mejora de los cuidados.

ESTUDIO DE PREVALENCIA Y CONOCIMIENTOS SOBRE BUENAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS URINARIOS

 Jiménez Estrada, M^o Del Carmen Jiménez Estrada • Quintero Solis, M^o Luisa • Ramirez Flores, Silvia • De Tovar Fernandez, M^o Magdalena • Rodriguez Lara, M^o Del Pilar

 Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Identificador: 537

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones urinarias constituyen la principal causa de infecciones en pacientes hospitalizados, 40% de todas las IRAS. Un alto porcentaje son consideradas evitables con medidas preventivas.

OBJETIVOS

- Analizar la prevalencia de pacientes con sondaje vesical en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
- Analizar los conocimientos y habilidades de las profesiones asociadas a las buenas prácticas en el Sondaje Vesical mediante una encuesta.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo mediante:

1. Estudio de prevalencia para conocer el uso actual e integración de buenas prácticas en la asistencia, registro de SV, observacional inserción y auditorias.
2. Análisis de conocimientos y actitudes de los profesionales, mediante un cuestionario.

RESULTADOS

La muestra total fueron 180 pacientes, de los cuales el 42 % tenían una sonda vesical con variabilidad significativa, un 9 % de pacientes sondados en Sala de Tratamientos Corto, un 30 al 44 % en hospitalización y del 100 % en UCI.

El 56 % son hombres. La edad media es de 72,6 años.

El 90 % tenía registrada el dispositivo en la historia clínica. El 75 % eran sondas temporales. En el 70 % de los casos el calibre era de 14 FR y en un 90 % sondas de dos luces. En el 100 % de los casos tenían sistemas cerrado de orina y, solo el 9 % estaba fijada al muslo.

Con respecto a la observación de la inserción de la sonda vesical se ha realizado un total de 19 observaciones. En el 100 % de los casos se realizó mediante una técnica estéril, pero cabe destacar que en 30 % de estos no se lleva a cabo la higiene correcta de la zona genitourinaria.

La encuesta la cumplimentaron 90 profesionales, donde 76 % son indefinidos. El 92,2 % han sondado en los últimos 3 meses. El 53,3% a recibió formación Posgrado en Sondaje Vesical. El 48,9 % refiere que existe en su unidad un protocolo encaminados a la prevención de infección del tracto urinario (ITU) asociado a Sondaje Vesical, y un 40 % responde que no lo sabe. El 100 % considera que tiene habilidades y conocimientos. Destacar que el 24,4 % refiere que en algún caso obvia algún paso de las técnicas relacionadas con la inserción y/o mantenimiento del Sondaje Vesical, el 11 % refiriendo que no tiene suficiente personal.

CONCLUSIONES

Existe variabilidad en las áreas clínica con respecto al porcentaje de inserción de sonda vesical, destacando un 44 % en la hospitalización quirúrgica y 9 % en STC.

Con respecto a la buena práctica en la inserción debemos seguir realizando formación y concienciación sobre todo en la higiene previa genitourinaria e investigar los motivos que les lleva a los profesionales a saltarse las buenas prácticas aun conociendo las estrategias de Seguridad implementadas.

Los profesionales de enfermería refieren competencias en la inserción de sondaje vesical. A pesar de existir procedimientos y protocolos vigentes de inserción y prevención de infecciones relacionadas, en un 40 % desconocen la existencia de los mismos.

TRANSFORMACIÓN EN HIGIENE DE MANOS: EFECTOS POSITIVOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA OMS

 RUBIO CIRILO, LAURA ⁽¹⁾ • CID BUIZA, LAURA ⁽²⁾ • BAULENAS PARELLADA, DAVID ⁽²⁾ • MARTOS MORILLO, MARIA DOLORES ⁽³⁾ • CANET GARCÍA, DOLORES ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ VITHAS SANIDAD • ⁽²⁾ Vithas Sanidad • ⁽³⁾ Hospital Vithas Aravaca y Vithas La Milagrosa • ⁽⁴⁾ Hospital Vithas Almería

Identificador: 538

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La higiene de manos es la medida más eficaz en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La OMS desarrolló la Herramienta de Autoevaluación de Higiene de Manos en 2009, como parte del programa “Una atención limpia es una atención más segura”; esta proporciona un marco que permite a los hospitales evaluar sus prácticas de higiene de manos de forma integral; cuenta con 5 componentes y 27 indicadores.

Clasifica los niveles de cumplimiento en 4 categorías (Iniciado, Básico, Intermedio y Avanzado) que reflejan el grado de implementación y adherencia a las prácticas recomendadas.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la herramienta en la mejora de las prácticas de higiene de manos en una compañía privada formada por 18 hospitales y determinar si el uso de la herramienta y las intervenciones asociadas pueden mejorar las prácticas de higiene de manos.

METODOLOGÍA

Realización del cuestionario de autoevaluación en el año 2023 y 2024 en cada hospital.

RESULTADOS

Se realizaron 18 cuestionarios por año. En el 2023, se alcanzó una puntuación media de 306 puntos que indicaba un nivel intermedio de implantación, estando 2 hospitales en nivel básico. En el 2024 la puntuación media aumentó hasta los 369 puntos; 7 hospitales llegaron al nivel avanzado. Los componentes que más aumentaron su puntuación fueron los referidos a “Formación y Aprendizaje” y “Clima institucional” con un crecimiento de casi 17 puntos, siendo los que partían de una puntuación más baja.

Los 3 indicadores que han experimentado mayor variación son **“¿Existe un sistema para asegurar que todos los profesionales sanitarios completan la formación?”** que ha pasado de una mediana de 0 (no existe) a una mediana de 20 (si existe) y los indicadores del grupo **“Clima institucional”** **“¿Dispone este equipo de un tiempo específico para dedicarse a la promoción de la higiene de las manos?”** pasando de una mediana de 0 (no existe) a una mediana de 5 (si existe) y **“Existe un sistema para compartir a nivel institucional las innovaciones desarrolladas localmente e impulsar la mejora continua”** cuya mediana ha pasado de 0 a 5. El indicador de cumplimiento de higiene de manos se ha mantenido entre un 61-70% .

CONCLUSIONES


El uso de la herramienta ha demostrado ser un método efectivo para mejorar las prácticas de higiene de manos. En el transcurso de un año, se observó una mejora significativa en las puntuaciones de la autoevaluación, con varios hospitales avanzando a niveles superiores de cumplimiento.

La herramienta ha permitido hacer un diagnóstico de situación e identificar aquellas áreas que más impulso necesitaban, como eran los componentes de “Formación y Aprendizaje” y “Clima Institucional”.

Aunque el cumplimiento global de higiene de manos se ha mantenido constante en el rango de 61-70%, los resultados globales destacan la capacidad de la herramienta de la OMS para facilitar mejoras en las prácticas de higiene de manos que seguro terminarán impactando en la mejora del cumplimiento.



PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA SOBRE LAS INTERRUPCIONES DURANTE EL MANEJO DE MEDICACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Altamirano Salgado, Elena • Díaz Albares, Miguel Ángel • Durá Jiménez, María José • Martín López, María del Mar • de Orbe García, Ana • Salamanca Castro, Ana Belén*

 *Hospital Universitario 12 de Octubre*

Identificador: 539

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Las interrupciones durante el manejo de la medicación son un problema común en el ámbito sanitario, con un impacto negativo en la seguridad del paciente. Estos eventos dificultan la concentración en estos momentos críticos, restando eficiencia al proceso y convirtiéndose en causa de un posible evento adverso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Este trabajo procede de un estudio más amplio realizado por enfermeras y becado por una intensificación del Instituto de Investigación i+12 del Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid.

El objetivo es conocer la percepción de las enfermeras sobre las interrupciones durante el manejo de la medicación y la seguridad del paciente para el desarrollo de estrategias efectivas que mejoren la cultura de seguridad en las organizaciones y en concreto durante el manejo de medicación.

Se realizó una encuesta ad hoc a 92 enfermeras en unidades de hospitalización, para explorar la percepción sobre las interrupciones y valoración de la seguridad, obteniendo 72 respuestas.

RESULTADOS

Las enfermeras percibieron las interrupciones como frecuentes, especialmente durante la fase de dispensación (59 repuestas).

Las interrupciones de acompañantes y pacientes tuvieron mayor número de registros (28 y 36 respectivamente), categorizadas como "A Menudo".

Las pausas forzadas más comunes se debieron a la falta de medicación (56 respuestas).

Las distracciones tecnológicas por timbre tuvieron 25 respuestas en "A Menudo" y 42 en "Siempre", mientras que las de teléfono de unidad fueron categorizadas como "A Menudo" con 27 respuestas y "Siempre" con 34 respuestas.

Las intrusiones personales más frecuentes fueron las del personal TCAE (238 registros) seguido de cerca por el personal facultativo (233 registros).

El 64% de las enfermeras admitieron haber cometido un error de medicación, atribuyéndolo principalmente a la sobrecarga de trabajo (32%) e interrupciones (29%).

La valoración media de la seguridad en el manejo de la medicación fue de 3,67 sobre 5.


CONCLUSIONES


Los enfermeros/as observados percibieron un alto nivel de discontinuidad en el proceso de manejo de medicación, asumidas como habituales. La alteración de estos momentos supone un riesgo para la seguridad del paciente, restando eficiencia al proceso y afectando a la calidad de los cuidados prestados.

Los resultados revelan la necesidad de implementar estrategias para reducir las interrupciones, mejorar la gestión de recursos y fortalecer la cultura de seguridad en el manejo de la medicación.

La comunicación con los profesionales e inversión en recursos para su capacitación en seguridad del paciente, fomentando la concienciación sobre la reducción de interrupciones es imprescindible para conseguir con éxito un cambio en las organizaciones. Atender a sus propuestas de mejora y la monitorización de las medidas implantadas, conseguirán un compromiso de los profesionales con la organización y una mejora en la cultura de seguridad.

ENVÍO DE SMS CON ENCUESTAS DE CALIDAD A PACIENTES: IMPACTO EN LA MEJORA ASISTENCIAL

 Artiles Artiles, Samuel ⁽¹⁾ • Domenech Cabrera, José Manuel ⁽²⁾ • Lee Miguel, Nayra ⁽²⁾ • Martel Santiago, Carmen Rosa ⁽²⁾ • Esplugas Boter, Albert ⁽³⁾ • Begelle, Riccardo ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil • ⁽²⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria • ⁽³⁾ RateNow.es

Identificador: 540

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la calidad asistencial es fundamental para mejorar continuamente los servicios de salud. El feedback de los pacientes es una herramienta crucial en este proceso. En nuestro centro hospitalario, hemos implementado un sistema de envío de SMS a pacientes dados de alta en hospitalización, urgencias, cirugía mayor ambulatoria, o aquellos pacientes que hayan utilizado consultas externas, invitándolos a completar encuestas de calidad. Esta estrategia busca aumentar la participación de los pacientes en la evaluación de los servicios, proporcionando datos valiosos para la mejora asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad del envío de SMS con enlaces a encuestas de calidad, en la recolección de datos de satisfacción del paciente y su impacto en la mejora de los servicios hospitalarios. Desde su puesta en funcionamiento, a principios del mes de mayo de 2024, se han enviado más de 15.000 SMS a pacientes dados de alta en hospitalización, urgencias y cirugía mayor ambulatoria, o que utilizaron consultas externas, con un enlace a una encuesta de calidad específica, dependiendo del servicio que haya utilizado el paciente. La tasa de respuesta, la satisfacción del paciente y las áreas de mejora identificadas se analizan de forma constante.

RESULTADOS

La implementación del envío de SMS con el enlace a la encuesta de calidad resultó en una tasa de respuesta de en torno al 40%, significativamente mayor que la obtenida con métodos tradicionales como encuestas en papel o correo electrónico. Los resultados de las encuestas destacan varias áreas de mejora, incluyendo tiempos de espera, trato del personal y claridad en la información proporcionada. La satisfacción general de los pacientes mejoró en un 18% tras la implementación de cambios basados en el feedback recibido.

CONCLUSIONES


El envío de SMS con enlaces a encuestas de calidad es una estrategia efectiva para obtener retroalimentación de los pacientes de manera rápida y eficiente. Esta metodología no solo incrementa la participación de los pacientes debido a su simplicidad y rapidez, sino que también proporciona datos valiosos que pueden utilizarse para realizar mejoras significativas en la calidad asistencial. La experiencia de nuestro centro hospitalario demuestra que la integración de tecnologías móviles en la evaluación de servicios de salud puede transformar la gestión de la calidad asistencial y mejorar la satisfacción del paciente.

MEJORAS FUTURAS

Como posible mejora, se sugiere cambiar el envío de mensajes SMS por mensajes RCS. Esta tecnología ofrece funcionalidades avanzadas, permitiendo una comunicación más rica y personalizada, mejorando la experiencia del usuario, lo cual podría incrementar la tasa de respuesta y la participación de los pacientes en las encuestas de calidad, lo que permite obtener datos valiosos para la evaluación y mejora de los servicios hospitalarios.

PLAN DE IMPACTO REPUTACIONAL: PROYECTO HOLE (HOSPITAL ORGANIZADO, LIMPIO Y ESTANDARIZADO)

 ALFARO CADENAS, LAURA ⁽¹⁾ • PERUZZA LENCERO, IRMA CONSUELO ⁽¹⁾ • GARCÍA VELASCO, BEATRIZ ⁽¹⁾ • RODRÍGUEZ NIETO, MARIEN SILVINA ⁽²⁾ • GARRIDO JEREZ, MARÍA SUSANA ⁽³⁾ • PRIETO ALIA, MARÍA ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA y HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA y HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA • ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA • ⁽⁴⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA

Identificador: 541

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

¿Cómo podemos contribuir desde nuestros ámbitos de responsabilidad a mejorar la reputación de nuestros hospitales?. Trabajo en equipo desde las áreas de Limpieza, Mantenimiento, Experiencia Paciente, Marketing, Comunicación, Calidad, Restauración, Enfermería, Continuidad Asistencial y Sociedad Civil. Los hábitos de organización y limpieza en nuestro lugar de trabajo nos ayudan a mantener un entorno seguro, agradable y ordenado, tanto para nuestros pacientes, como para nosotros mismos, basándonos en 5 planes fundamentales en la gestión del entorno de trabajo: clasificación, orden, limpieza, estandarización e integración en nuestra práctica diaria

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVO 1: Proyecto de concienciación y sensibilización hacia dentro

OBJETIVO 2: Que nuestro Hospital sea un 5*

OBJETIVO 3: Superar las expectativas de los usuarios cuidando el más mínimo detalle

- Realizar 2 campañas de Marketing anuales desde Dirección (Primavera/Otoño). Trasladar el mensaje de que esta es nuestra segunda casa y, entre todos, tenemos que cuidarla.
- Realizar difusión de resultados a los profesionales de las evaluaciones realizadas y de las mejoras identificadas. Que los profesionales se sumen al Proyecto y lo hagan suyo.
- Elaboración de formularios Checklist de revisión interna por áreas: Orden, limpieza, mantenimiento, trato, seguridad del paciente, calidad...
- Desarrollo de formularios en la herramienta Qualios para cumplimentación a través de Tablet in situ y pilotaje de funcionamiento con adaptaciones por las mejoras identificadas.
- Desarrollo de PowerBI en Qualios específico para el proyecto HOLE.
- Realización de Rondas de Equipo, con la participación de la Dirección con periodicidades y responsabilidades establecidas y presentación de resultados en Comisión de Dirección.

RESULTADOS

Del 19 de junio del 2023 al 21 de mayo de 2024:


- 380 formularios cumplimentados.
- 9 formularios distintos utilizados: Aseos, salas de espera, consultas, almacenes de residuos, hall, zonas comunes, almacenes generales, almacenes de limpieza, habitaciones de pacientes, baños de habitaciones de pacientes.
- Más de 14 áreas distintas evaluadas: Hospitalización, Urgencias adulto, Urgencias Pediátricas, UCI, Consultas Externas, Bloque Quirúrgico, Neonatos, Medicina Nuclear, Endoscopias, Diálisis, Hospital de Día, Paritorio, Radiodiagnóstico, áreas comunes.


CONCLUSIONES

- Reducción de errores y accidentes
- Mayor eficiencia
- Mejora de la calidad y la seguridad del paciente:
- Mejora el ánimo del personal
- Mejora en la comunicación y el trabajo en equipo
- Cumplimiento normativo



AUTOEVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

 Román Ortega, Sara ⁽¹⁾ • Canals Giménez, Virginia ⁽¹⁾ • Bravo Bravo, Marc ⁽¹⁾ • Bosser Giralt, Roser ⁽¹⁾ • Oliva Oliva, Glòria ⁽¹⁾ • Canadell Vilarrasa, Laura ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Generalitat de Catalunya, departament de Salut • ⁽²⁾ ICS

Identificador: 542

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, y tal y como declara la Organización Mundial de la Salud, la resistencia a los antibióticos es una de las 10 principales amenazas de salud pública global. El uso inadecuado y excesivo de estos fármacos ha contribuido a aumentar alarmantemente los microorganismos resistentes, dificultando el tratamiento de infecciones comunes e incrementando el riesgo de complicaciones graves por la pérdida de eficacia de los actuales tratamientos antimicrobianos. Esta problemática requiere la implementación de acciones por todos los sectores gubernamentales y de la sociedad en general, por lo que, en esta línea se desarrolla en 2014 en España el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN).

El PRAN aborda el desafío de la resistencia antibiótica desde varias líneas estratégicas fundamentadas en el concepto One Health, que incluye la salud humana, la sanidad animal y el medioambiente. Uno de los objetivos de este Plan Nacional engloba la implementación de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA), tanto en el ámbito hospitalario como en la Atención Primaria de las diferentes comunidades autónomas (CCAA).

Desde el PRAN se establecieron las Normas para la Certificación de los equipos PROA que homogeneizan los requisitos a cumplir en las diferentes CCAA para certificar estos equipos, tanto los hospitalarios como comunitarios. Estos requisitos se clasifican según diferentes estándares en los niveles básico, avanzado y excelente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Previamente a esta certificación, nuestra CA realizó un proceso de autoevaluación de los equipos PROA con el objetivo de evaluar el grado de logro de los diferentes estándares para cada nivel, así como conocer las dificultades de los centros para alcanzar estos estándares.

Para su consecución, mediante un aplicativo ya existente, se diseñaron, según el ámbito sanitario a certificar, tres listados de verificación en función del nivel a alcanzar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras el proceso de autoevaluación, la participación fue del 78,43% de los centros registrados en la CA, respondiendo un total de 40/43 Áreas de Gestión Asistencial (AGAs), 60/76 hospitales y 60/85 Centros de Atención Intermedia (CAI). Ningún centro logró el nivel excelente y solo dos (CAIs) cumplieron con el nivel avanzado. Respecto al logro del nivel básico solo lo consiguieron 5/43 equipos PROA de AGAs, 15/76 de hospitales y 10/85 de CAIs.

Estos resultados han mostrado una alta participación de respuesta de los equipos PROA aunque solo un bajo porcentaje de ellos ha alcanzado el nivel básico. También han permitido obtener un mapeo de la implementación del PROA en los diferentes centros sanitarios, identificando los puntos débiles que dificultan la certificación de los equipos en la CA.

Esta información permitirá de cara a la certificación elaborar estrategias y herramientas que mejoren la implementación del programa.

Como mejora futura se propone evaluar los centros CAIs como grupo independiente.



PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA PREPARACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL.

 SÁNCHEZ OCHOA, ALEJANDRA • *Sivill, Paula*

 *Consorci Sanitari de l'Anoia*

Identificador: 543

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

En nuestro centro se utiliza la acreditación como la herramienta principal de la gestión de la calidad, el modelo utilizado nos permite implementar la mejora continua en todos los procesos de la institución. Este se organiza por ejes lo que facilita el análisis y la identificación de puntos fuertes y áreas de mejora. Las acreditaciones suelen vivirse como una carga adicional para el personal, tanto asistencial como el de los servicios de soporte, siendo en muchas ocasiones asumido como una tarea exclusiva de la dirección de los centros, solo como un proceso burocrático y poco útil en la práctica diaria. Durante los 2 últimos años se han implicado los profesionales de base en el desarrollo del modelo, convirtiéndolos en motor del cambio mediante sus propuestas de mejora, gestión de recursos y la reorganización de las actividades que componen sus procesos.

OBJETIVOS

Conocer la experiencia de los profesionales durante las fases en las que se desarrolló la acreditación e Identificar los agentes facilitadores y las barreras percibidas por los profesionales.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo. La recolección de los datos se hace mediante una encuesta estructurada en 4 apartados que resumen las fases del proceso. 1. Organización del trabajo, 2. Realización de la Autoevaluación, 3. Definición y ejecución de puntos de mejora y 4. Evaluación externa. Se utilizó un cuestionario en Microsoft forms y BI para visualizar los resultados.

RESULTADOS


La encuesta tuvo una participación del 72.9%. Fase 1: El 81% de los profesionales habían recibido formación en metodología de acreditación, el 96% considero útiles las herramientas creadas y el 19,2 % necesito ayuda para comprenderlas. En cuanto a la fase 2, el 82% considero que le fue útil para detectar deficiencias en sus procesos, el 85,7% va a necesitar ayuda del área de calidad para puntuar los entandares. En la fase 3, el 74% requirió ayuda de calidad, el 20 % de su jefe inmediato y el 6% de ambos para recolectar las evidencias. Fase 4, el cumplimiento de los horarios programados puede mejorarse según el 30% de los encuestados, durante la visita de evaluación el 45% manifestó sentirse tranquilo, el 29% expectante, el 19% satisfecho y el 6% nervioso; el 100% considera que el desarrollo del Modelo de acreditación mejoro la práctica diaria de sus procesos.

CONCLUSIONES

La valoración general en las 4 fases es muy positiva, resaltando que la preparación de la documentación y los simulacros de entrevistas previos fueron muy útiles para dar confianza, soporte y seguridad, así disminuir la angustia de los profesionales frente a la acreditación. La organización de la visita externa es una oportunidad de mejora principalmente disponer de la programación con más antelación. Realizar auditorías internas por parte del área de calidad mejora la satisfacción de los profesionales, ayuda a detectar y solventar las falacias de los procesos para conseguir mejoras en los servicios.



DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN BANCO DE SANGRE

 MARRERO QUINTANA, MARIA TERESA • BENITEZ REYES, JUANA NATIVIDAD • GONZÁLEZ ZAPARDIEL, ALBERTO • PASQUAU NIETO, MARIA MACARENA • HERNÁNDEZ SANTANA, ALICIA • GONZALEZ SAN MIGUEL, JOSE DAVID

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL (GRAN CANARIA)

Identificador: 544

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Un Banco de Sangre -BS- tiene como finalidad garantizar una reserva adecuada y permitir la administración segura de componentes sanguíneos y hemoderivados para cubrir las necesidades los distintos servicios hospitalarios.

OBJETIVOS

Desarrollar la actividad bajo el enfoque basado en procesos para lograr el desempeño eficaz de su actividad y la mejora continua.

METODOLOGÍA

Desde julio del 2023, se trabajó en el diseño del proceso bajo la perspectiva de un sistema de gestión por procesos, basado en la norma internacional UNE-EN ISO 9001:2015 que especifica requisitos que permiten la mejora continua de la calidad de sus productos o servicios. Se desarrolla una metodología de trabajo que comienza con la constitución del Comité de Calidad formado por profesionales implicados del Servicio de Hematología y Hemoterapia y la Unidad de Gestión de la Calidad que facilita el apoyo metodológico para su desarrollo. Tras análisis del contexto, se definen objetivos y metas con responsabilidades definidas, elaborando un cuadro de mando con 15 indicadores para asegurar el correcto funcionamiento del BS y garantizar con su control que los productos sean conformes a los requisitos establecidos. Durante 2023 y primer trimestre de 2024 se realizan actividades de capacitación, identificación 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

Si bien, el BS aún no ha sido auditado de forma externa para la certificación, ya se observa una mejora en el control de la trazabilidad de la muestra desde su recepción, registro, procesado y emisión de informe o entrega de componente sanguíneo, aplicando las técnicas analíticas que exige la determinación de un diagnóstico válido y fiable. El registro de las incidencias detectadas en BS está permitiendo desarrollar acciones siendo en la recepción de muestras donde se focaliza debido a su volumen mayoritario. Las incidencias más comunes son muestras mal identificadas, insuficientes o mal recolectadas y peticiones incompletas o mal identificadas. Considerando que se trata de nuestro punto de partida, se han identificado diferentes oportunidades de mejora que se encuentran algunas ya en desarrollo y otras como objetivo próximo. Una vez obtenida esta certificación, se realizarán auditorías internas con la finalidad de evaluar el mantenimiento y mejora del sistema.


CONCLUSIÓN

La implementación de la gestión por procesos permite el control eficaz de la actividad asociada al área de banco de sangre y las relacionadas con la seguridad de la paciente. En este contexto, la colaboración y excelente comunicación de todo el equipo han sido claves para el adecuado registro de los datos y acciones de mejora.





SEGURIDAD EN LAS TRANSFERENCIAS DE PACIENTES: MEJORANDO LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

 *Almendro-Martínez, Isabel • Rodríguez-Quirós, Alejandro • Rojas-Chicote, Carmen • Pichardo-Galán, Francisco • Rapela-Freire, Alba • Díaz-Redondo, Alicia*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 545

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

A lo largo del proceso asistencial de un paciente, este puede ser atendido por diferentes profesionales y distintas unidades. Las brechas en la comunicación entre profesionales pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente. Los problemas de seguridad asociados a la transferencia de pacientes son una preocupación internacional. Por este motivo, organismos como Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes, adaptado a cada contexto y organización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el objetivo de estructurar la transferencia de información sanitaria mínima y relevante sobre el proceso asistencial entre profesionales del hospital, en 2021 se desarrolló un protocolo para las transferencias seguras basado en la metodología SBAR. Empleando el esquema SAVOR (Situación, Antecedentes, Valoración, Órdenes y Recomendaciones), se estableció la obligatoriedad de su utilización en todas las transiciones del paciente entre equipos/áreas o profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, etc.) del hospital, incluyendo: cambio de servicio o de turno, así como los movimientos de dichos pacientes para cirugía o exploraciones complementarias, en las que sea relevante la transferencia de información clínica, para asegurar la adecuada continuidad de la asistencia. Se difundió el protocolo vía Intranet y se realizaron diferentes sesiones formativas y auditorías de evaluación. A lo largo de los años subsiguientes, se llevaron a cabo auditorías de historias clínicas para evaluar su grado de implantación.

RESULTADOS

En diciembre de 2021, solo el 53,9% (N= 167) de todas las transferencias de pacientes entre servicios se habían registrado en la historia clínica electrónica de acuerdo al protocolo SAVOR. En mayo de 2022 este dato ascendió a 75,8% (N=198) y en junio de 2023 a 81% (N=116). En la última auditoría de historias clínicas, llevada a cabo en abril de 2024, el grado de implantación fue de 89,9% (N=218).

CONCLUSIONES

Desde su difusión en 2021 hasta el último corte de evaluación en 2024, se observa una tendencia creciente en la implantación del protocolo SAVOR, encontrando un grado de aplicación muy elevado en este último año. No obstante, cabe destacar la heterogeneidad de uso de las áreas del hospital en las cuales se impartieron más sesiones formativas y se llevaron auditorías de evaluación respecto a aquellas en las que la difusión fue más pobre. El próximo reto es, por tanto, ampliar el uso de la herramienta a la totalidad del hospital.



CREACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES JOINT COMMISSION

 *Almendro-Martínez, Isabel • Díaz Redondo, Alicia • Rojas Chicote, Carmen • Rapela-Freire, Alba • Rodríguez-Quirós, Alejandro • Fernán-Pérez, Patricia*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 546

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Nuestro hospital, en su compromiso por mejorar la calidad de asistencia del paciente, garantizar un entorno seguro y trabajar sistemáticamente en la reducción de riesgos, se embarcó en 2018 en una agenda de mejora basada en los estándares de calidad y seguridad del paciente de Joint Commission International (JCI). Este modelo de gestión, sin duda uno de las más exigentes en el ámbito sanitario, recoge más de 1200 estándares que una organización sanitaria debe cumplir para lograr la acreditación, la cual se alcanzó finalmente en 2022. No obstante, implicar a más de 3000 profesionales en un proyecto de este calibre y mantener en el tiempo esta cultura de trabajo, supone un gran desafío, siendo fundamental incorporar múltiples herramientas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el objetivo de facilitar la medición de estos estándares, se diseñó un guion en formato encuesta que, por un lado, permitiera a los profesionales del área de Calidad evaluar el grado de implantación del proyecto Joint Commission, y, por otro, proporcionase una herramienta de autoevaluación al resto de profesionales del hospital. Este guion se estructuró en 3 apartados: a) conocimiento y aplicación de metas de seguridad y otros estándares, que incluye una batería de 45 preguntas en las que se explora el grado de difusión de los principales protocolos del hospital relativos a estándares de JCI; b) verificación en la historia clínica electrónica y documentación de los pacientes, con 28 preguntas a comprobar su correcto registro y aplicación en la historia clínica del paciente, empleando la metodología trazador, es decir, el seguimiento de este desde ingreso hasta el alta; c) observación del área, con 29 aspectos a revisar mediante observación in situ en cada área evaluada. Además, se elaboraron dos versiones diferentes, una adaptada a profesionales médicos y otra a profesionales de enfermería.

RESULTADOS

El empleo de estos guiones durante las auditorías internas de revisión por parte de los profesionales de calidad, permitió disminuir la variabilidad en los resultados obtenidos y proporcionó una guía de ayuda estructurada y detallada para realizar evaluaciones. Esto, además, facilitó la planificación a la hora de designar recursos y establecer tiempos de duración de las auditorías. Para los profesionales del resto del hospital, este guion permite autoevaluarse e identificar las áreas en que debe mejorar.

CONCLUSIONES

Esta herramienta ha supuesto un elemento de evaluación de competencias en estándares de Joint Commission, útil para profesionales de calidad, clínicos y mandos intermedios.



EVOLUCION DEL NET PROMOTER SCORE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Flor Morales, Virginia • Ruiz Ruiz, Ana Maria • Ferro Larroy, Sandra • Sanchez Piorno, Lucia • Requena Parra, Manuel • Fariñas Álvarez, Concepción

 Hospital Marques de Valdecilla

Identificador: 547

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El NPS es una métrica que se comenzó a utilizar en 2003 en empresas privadas para conocer la satisfacción y fidelización de los clientes con un producto o servicio prestado. Desde hace unos años se utiliza en el sector sanitario como aproximación para conocer la experiencia de los usuarios en sus relaciones con el sistema sanitario. Se basa en la idea que, si la experiencia es buena, recomendaríamos el servicio a familiares y amigos.

OBJETIVO

Conocer la evolución del NPS de un hospital de tercer nivel en dos años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 2022 y 2023. Población de estudio: usuarios que acuden a consultas externas del hospital o son dados de alta tras un ingreso. Instrumento de recogida de la información: cuestionario con 14 preguntas (opciones de respuesta, escala de Likert 1-5) y la pregunta para evaluar el NPS ¿Con qué probabilidad recomendaría el hospital a un amigo o familiar? (opciones de respuesta de 0 muy poco probable a 10 muy probable). Se clasifica a los usuarios en promotores (puntúan 9 ó 10), pasivos (7 u 8) y detractores (puntúan de 0 a 6)

La cumplimentación es voluntaria y se realiza a través de los terminales ubicados en el área de consultas del hospital (en el caso de usuarios que vienen a una consulta) o a través de un link que se envía por SMS a los dos días tras el alta (en el caso de los pacientes ingresados).

El análisis de los resultados, se realiza a través de la herramienta Ratenow®, que nos da los resultados en tiempo real y permite comprar el NPS® en diferentes periodos.

RESULTADOS

Consultas externas: 7237 respuestas en 2023. NPS 58, se observa una disminución 2 puntos respecto a 2022, a consta del aumento de detractores (1%). En el resto de preguntas se observa un aumento del % de usuarios que valoran con puntuaciones bajas aspectos como: el tiempo de espera, claridad de la información y la participación en la toma de decisiones.

El análisis de los comentarios de los detractores, muestra que el principal puntos de descontento hace referencia a los tiempos de espera.

Hospitalización: 10361 respuestas en 2023. NPS 76, se observa un aumento de 4 puntos respecto a 2022, a consta principalmente del aumento de los promotores (3%) y disminución del 1% de los detractores. En el resto de preguntas se observa un aumento del % de usuarios que valoran con puntuaciones altas aspectos como: el trato, información recibida, accesibilidad del personal, intimidad, respeto y participación en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Los dos años evaluados los resultados del NPS®, en hospitalización y en consultas externas, son muy buenos (NPS® >50). Destacan los resultados en hospitalización, con una excelente valoración por parte de los usuarios que ha mejorado durante el último año disminuyendo los detractores.

Con el NPS podemos de conocer de forma muy rápida la puntuación global que tenemos y podemos indagar entre los detractores dónde están los fallos o problemas.





PACIENTE EN HEMODIALISIS, UNA VISION MAS ALLÀ DE LO FÍSICO

 Rubio Paez, Sandra • Rodriguez Urbina, Jenny • Arcas Canalias, Esther

 CST Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital Universitari de Terrassa

Identificador: 548

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

INTRODUCCIÓN

El cuidado humanizado es una conducta ética que dirige nuestro comportamiento en la atención de enfermería. Para cuidar de una persona es preciso conocer sus necesidades físicas y emocionales de una manera individualizada, cuáles son sus fortalezas y limitaciones para dar respuesta a esas demandas.

OBJETIVO

Identificar las necesidades humanizadoras basada en la teoría de Watson desde la perspectiva del paciente en tratamiento de hemodiálisis

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de metodología cualitativa descriptivo, con un análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas en pacientes que realizan hemodiálisis, (n=9), con el respectivo consentimiento informado y confidencialidad desde septiembre 2021 hasta junio 2022, cumpliendo los criterios de inclusión y realizadas en los domicilios de los pacientes. Las transcripciones fueron grabadas y transcritas literalmente para su posterior análisis usando el análisis de contenido de Strauss and Glasser (1967).

RESULTADOS

Una vez realizada la transcripción de estas entrevistas se analizó el contenido, buscando patrones, categorizando los significados, descubriendo las necesidades de los pacientes renales desde su perspectiva de acuerdo con el objetivo de nuestro estudio.

Se obtuvieron 4 categorías principales: La promoción y aceptación de la expresión de sus sentimientos, la sensibilidad para reconocer su vulnerabilidad, la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la mejora de una relación de ayuda y confianza.

Con la identificación de las necesidades del paciente renal, se dará inicio al proyecto de Humanización de la atención de enfermería al paciente en tratamiento de hemodiálisis, diseñando acciones concretas para cubrir estas necesidades, mejorando así la calidad asistencial de nuestro servicio.

CONCLUSIONES

Los pacientes renales son personas sufrientes, vulnerables que necesitan expresar sus sentimientos y emociones como experiencia enriquecedora de sentirse escuchados y de ser cuidados con una atención de enfermería basada en el respeto de su dignidad, con empatía y comprensión.

Necesitan de una adecuada relación de ayuda-confianza, a través del acercamiento y acompañamiento con la escucha activa en el proceso de su enfermedad.

Es de gran importancia la sensibilización y concienciación de la aplicación del cuidado humanizado, porque el cuidar y el aliviar su sufrimiento es parte de la atención integral de un paciente, ya sea en el mantenimiento o recuperación de la salud, como en el proceso del fin de la vida.


Este proyecto servirá de base para la elaboración de un protocolo de acompañamiento de enfermería al paciente en hemodiálisis, promover un ambiente íntimo fuera de la Unidad dedicado a reforzar el vínculo de confianza, dándoles la oportunidad de continuar compartiendo sus emociones y sentimientos.

Fomentar la formación del personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis sobre la escucha activa y la comunicación terapéutica efectiva con los pacientes renales y promover el acompañamiento a la familia durante su proceso.

Integrar en el equipo multidisciplinar profesionales que colaboren en la satisfacción de las necesidades emocionales de nuestros enfermos renales.



OPTIMIZANDO LA TRAZABILIDAD DE LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES INTRA-HOSPITALARIA

 *Quintero Solís, María Luisa • Rodríguez Lara, María Pilar • Jiménez Estrada, María del Carmen ⁽²⁾ • Ramírez Flores, Silvia • Guzmán Peña, Manuel • Isorna Rodríguez, María del Carmen*

 *Hospital San Juan de Dios del Aljarafe*

Identificador: 550

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Continuidad de Cuidados se ha constituido como una de las piezas claves que facilitan el recorrido hacia un sistema sanitario que proporcione cuidados más efectivos y seguros.

Para disminuir los eventos adversos en la práctica clínica, así como garantizar la continuidad asistencial es necesario identificar y analizar escenarios de riesgo para los pacientes, emprender acciones para su reducción, mediante la realización de protocolos que minimicen el riesgo y garanticen la seguridad y la continuidad de cuidados intrahospitalaria.

La trazabilidad de la transferencia de pacientes intra-hospitalaria es un aspecto crucial para garantizar la seguridad y el cuidado adecuado de los pacientes. Es fundamental contar con un sistema eficiente que asegure que la información relevante sea compartida de manera oportuna entre los diferentes profesionales involucrados en su atención.

OBJETIVO

Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes entre las distintas áreas en nuestro hospital.

METODOLOGÍA

A raíz de la detección de eventos adversos relacionados con la transferencia de pacientes entre las diferentes áreas o servicios, se decide crear un grupo de trabajo compuesto por enfermeras asistenciales y el coordinador de cada área, con el fin de:

1. Elaborar un protocolo hospitalario, que estandariza cada uno de los pasos a seguir, previo al traslado, durante el traslado, y en la recepción del paciente.
2. Difusión del Protocolo.
3. Seguimiento y análisis de los registros enfermeros.
4. Desarrollo de un formulario estandarizado y digitalizado: Hoja de Transferencia, dónde se recoge toda la información relevante del paciente, además de un check-list de verificación de su estado, previo al traslado.

RESULTADOS

Tras la difusión e implantación del Protocolo, se diseña un formulario Google Drive, con acceso desde la Intranet del hospital, que recoge los ítems principales de garantía de continuidad asistencial, descritos en el protocolo.

Durante tres meses, desde la implantación, los profesionales cumplimentaron dicho registro, recogiendo un 68% de los traslados realizados.

Estas fueron algunas áreas de mejora identificadas:

- El traspaso no se realiza en un lugar que preserve la intimidad y la confidencialidad
- No se entregan las pertenencias del paciente
- No se comunica previamente el traslado a la familia

Se ha visto, sin embargo, una completa adhesión en:


- La transferencia telefónica previa al traslado
- Una correcta preparación del paciente

CONCLUSIONES

La implementación de esta herramienta de comunicación de traspaso estandarizada, no solo ha eliminado los déficits de comunicación, sino que también ha minimizado los errores que antes ponían en riesgo la seguridad de los pacientes. Los profesionales, con el tiempo, han interiorizado esta nueva herramienta y la aplican de forma mecánica en su día a día, haciéndoles sentir más seguros y que ofrecen una asistencia de calidad.



IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

 PEÑATE RODRÍGUEZ, MARÍA DEL MAR • PASQUAU NIETO, M. MACARENA • LEE MIGUEL, NAYRA • VEGA MORENO, ALICIA DE LOS ÁNGELES • JIMÉNEZ JIMÉNEZ, JUAN PABLO • BERNAL CURBELO, ANTONIO

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

Identificador: 551

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes / Aspectos Éticos de la Calidad.

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción y bienestar del paciente a lo largo de su interacción con el sistema de salud, incluye aspectos como la comunicación, el trato humano y la comodidad.

La Humanización en el ámbito sanitario es un enfoque comprensivo que busca mejorar todos los aspectos del sistema de salud, con el objetivo de proporcionar una atención integral, efectiva, segura y centrada en el paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Consolidar y mejorar la humanización de los servicios sanitarios. Desarrollar un marco y enfoques comunes, para guiar y asegurar esta mejora de la humanización de los servicios sanitarios.

Aumentar la corresponsabilidad de todos los grupos de interés (ciudadanos, directivos y profesionales) en las acciones de mejora continua de la humanización. Para ello se desarrolla “El Plan de Humanización” que propone el desarrollo de estrategias en las que los hospitales y centros pertenecientes a la organización, junto a la calidad técnica de la prestación sanitaria, primen por encima de todo, la atención a la persona en su integridad, al individuo y su familia en su propio entorno y siempre con elevadas cotas de una atención personalizada.

Para ello se activa:

Creación del Comité de Humanización.Registro de actividades encaminadas a la Humanización.Fomento e incentivación de actividades de Humanización por parte de la Unidad de Calidad del centro.Seguimiento periódico de las actividades.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realiza un Análisis de Actividad desde el año 2019, contemplando las actuaciones relacionadas con:

Atención centrada en las personas. Calidad de trato.Información y Comunicación comprensible.Seguridad y confianza.Accesibilidad Externa e Interna.Confort de las condiciones hospitalarias y de uso.Continuidad de la atención.Concluyendo con la realización de estas acciones:

Encuestas a grupos focales.Activación Biblioteca Pacientes, Escuela Pacientes, Aula Pacientes, Gestión Voluntariado Hospitalario. Mejora en trato con Plan de acogida, Informadores Hospitalarios, Tarjetas identificativas, Fomento Intranet.Impulso Pulseras Identificativas y Sistemas de Gestión de la Calidad.Mejora Transportes públicos y Señalética Interna.Fomento de espacios de Recreo, Salas de Respiro Familiares.Impulso Coordinación AP/AE y Hospitalización a Domicilio.

AVANZANDO JUNTOS EN LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE LA COMUNICACIÓN, LA DOCENCIA Y LA FORMACIÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 Ojeda Feo, José Jonay • Moro Agud, Marta • Yagüe de Antonio, Gemma • Fernández Carretero, Catalina • Martínez Virto, Ana • Reverter Vázquez, Susana

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 553

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Ante la rápida evolución de la tecnología y el flujo constante de información que se produce hoy en día, las organizaciones sanitarias de mayor tamaño se enfrentan al desafío de facilitar eficazmente y de forma segmentada la gestión del conocimiento en todas sus áreas. Para este fin, se puso en marcha en mayo de 2021 una aplicación digital transversal e innovadora de comunicación, docencia y formación dirigida a todos los trabajadores del hospital para facilitarles el acceso desde su propio dispositivo móvil a alertas, noticias y píldoras audiovisuales, así como a la oferta formativa de formación continuada y al conjunto de gestiones que residentes y tutores realizan para poder completar el proceso de formación sanitaria especializada.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Describir el proceso de implantación y los principales resultados comparativos de 2022 y 2023. Para la implantación se contó con un grupo de trabajo y la participación de los responsables de las áreas implicadas bajo la coordinación de la Subdirección Médica de Servicios Centrales, a cargo del proyecto. Se estableció un orden de prioridad de desarrollo para los diferentes módulos de la herramienta: la fase 1 para el módulo de Comunicación de mayo a diciembre de 2021, la Fase 2 para Docencia entre enero y octubre de 2022, y la Fase 3 para Formación Continuada de marzo a diciembre de 2023. Se realizaron reuniones de seguimiento periódicas para verificar el cumplimiento de hitos, identificar incidencias y nuevas necesidades, priorizarlas y canalizar las mismas dentro del plan de trabajo previsto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES


Desde marzo de 2021 se han llevado a cabo reuniones periódicas del grupo de trabajo, produciéndose dos informes anuales de seguimiento correspondientes a los ejercicios 2022 y 2023. En el módulo de Comunicación destaca la publicación en 2023 de 494 noticias destinadas a los profesionales del hospital, lo que supone un 6,2% más que el año anterior. La noticia más vista tiene 1.150 visualizaciones. También se publicaron 72 píldoras audiovisuales (un 19% más que en 2022) con una satisfacción media de 4.58 puntos sobre 5.

Respecto al módulo de Docencia para la gestión de la formación sanitaria especializada, todos los residentes de primer año (183) completaron a través de la app sus trámites de incorporación en 2023 con el departamento de Recursos Humanos, un total de 770 residentes la han usado para sus gestiones docentes (4,7% más que 2022) con los 248 tutores (un 2,4% más que en 2022) y 1.346 colaboradores activos en la plataforma (un 2,5% más que en 2022).

En lo relativo a la Formación Continuada, incorporada al proyecto ya en 2023, se han gestionado al finalizar el año un total de 190 cursos, con 4.134 alumnos aceptados/aprobados y una satisfacción media con los cursos de 8,91 puntos sobre 10. La app, con 11.939 usuarios activos en la actualidad, se ha convertido en una potente herramienta de comunicación y gestión integral del conocimiento en nuestra organización.



FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

 *Almendro-Martínez, Isabel* ⁽¹⁾ • *Barba-Sánchez, Raquel* ⁽²⁾ • *Fernán-Pérez, Patricia* ⁽¹⁾ • *Rapela-Freire, Alba* ⁽¹⁾ • *Rodríguez Quiros, Alejandro* ⁽¹⁾ • *Díaz Redondo, Alicia* ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario Gregorio Marañón* • ⁽²⁾ *Instituto de Salud Carlos III*

Identificador: 557

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria es una entidad clínica con elevada carga de enfermedad y baja supervivencia, siendo un importante problema de salud pública. El pronóstico es tiempo-dependiente, por lo que es fundamental que no se demore el inicio de la reanimación.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Con el objetivo de mejorar el plan de atención integral a la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, se ha planteado estudiar la situación basal de la formación de los profesionales de nuestro hospital. Para alcanzar el objetivo propuesto, se ha realizado un formulario online a través de Microsoft Forms que se ha distribuido por el correo electrónico institucional durante el periodo comprendido entre julio del 2023 y enero del 2024. Posteriormente, se han analizado las respuestas de la encuesta según el perfil profesional y el servicio asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 602 personas que contestaron la encuesta, el 87,5% eran mujeres y el 12,5% hombres con una distribución por edad del 30,2% menores de 35 años, 61,2% entre 35 y 60 años, y 8,6% mayores de 60 años. La experiencia laboral fue variable: el 16,8% tenía menos de 5 años, el 34,2% entre 5 y 15 años, y el 49,0% más de 15 años. Predomina la participación del personal de enfermería (87,4%) y del personal médico (10,1%), con menor representación de otros profesionales.

En cuanto a las necesidades de formación, la mayoría de las personas encuestadas ha recibido formación, aunque el 30,2% lo recibió hace más de cinco años y un 28,9% desconoce el curso de formación interna del hospital. Existe una preferencia clara por cursos entre semana (84,1%) y en horario matutino (59,4%). El 66,7% consideró adecuada su última participación en una reanimación, el 28,0% no estaba seguro y el 5,3% pensó que no fue adecuada, siendo la percepción de adecuación menor cuanto más tiempo había pasado desde el último curso.

Respecto a los conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar, se ha identificado un alto desconocimiento (26,3%) del uso del Desfibrilador Externo Automático y de los fármacos fundamentales para el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria (50%). La autopercepción de preparación es mayor en teoría que en práctica. Un 19,7% más del personal médico percibe que tiene mayor preparación teórica que el personal de enfermería, pero esta diferencia disminuye considerablemente a un 1,6% al preguntar por la preparación práctica.

Este estudio sugiere la necesidad de reforzar la formación práctica y actualizar periódicamente los conocimientos en reanimación cardiopulmonar para todos los profesionales, con lagunas significativas en el uso del Desfibrilador Externo Automático y el conocimiento de fármacos y su dosificación.



DESARROLLO DE UN MODELO DE IMPLANTACIÓN DE IMPRESIÓN 3D EN LOS SERVICIOS DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

 Ferrando Sánchez, Alejandro • Varela-Rodríguez, Carolina • Martín González, Antonio • Pérez Escutia, María Ángeles • Miñes Irún, Emma • Arroyo Galán, Adrián

 Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

Identificador: 558

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La impresión 3D (I3D) ha revolucionado industrias, incluida la medicina. En radioterapia, la precisión en la administración de dosis posibilita maximizar la destrucción de células cancerosas y minimizar el daño a los tejidos sanos. La fabricación aditiva (FA) permite la creación de dispositivos personalizados que mejoran esta precisión, específicos para la anatomía de cada paciente. Ante la dispersión de recursos y la falta de estandarización en la aplicación de la I3D en radioterapia en España, se identificó la necesidad de desarrollar un modelo de implantación robusto y replicable que asegure la calidad, seguridad y eficacia en el uso de estas tecnologías en el ámbito hospitalario, cumpliendo con el RD 192/2023 que regula los productos sanitarios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo Principal:

- Establecer una unidad hospitalaria de referencia para la aplicación clínica de la impresión 3D en radioterapia, normalizando procedimientos y asegurando el cumplimiento del marco legal vigente.

Objetivos Secundarios:

- Explorar práctica clínica de I3D en radioterapia.
- Elaborar y validar procedimientos para la inclusión de la I3D en los flujos de trabajo de radioterapia.
- Estudiar física y dosimétricamente materiales de I3D.
- Innovación. Diseñar y evaluar nuevos aplicadores para braquiterapia.
- Transferir conocimiento y asesorar a otros centros sanitarios.

Fases:

- Selección, adquisición y puesta en marcha de tecnologías de I3D.
- Estudio y diseño de instalaciones desde el punto de vista de PRL.
- Estudio y caracterización de materiales.
- Elección de software e instrumental de medida certificables. Compatibilidad con modelos de datos de radioterapia.
- Estudio y réplica de aplicaciones clínicas presentadas en publicaciones internacionales.
- Elección de familias de productos fabricables en base a su clase de riesgo.
- Integración de la I3D en los flujos de trabajo de radioterapia.
- Aplicación clínica: experiencia y mejora continua.
- Comunicación de resultados en congresos y jornadas. Contacto con otros centros hospitalarios, universidades y empresas especializadas en FA.

RESULTADOS

Se ha logrado:


- Evaluar tecnologías de I3D (FDM y SLA) y realizar estudios de caracterización física y dosimétrica de diversos materiales de I3D, identificando los más adecuados.
- Crear la UTADI3D, unidad de I3D operativa con norma UNE-EN ISO-13485:2018 y licencia para fabricación de productos sanitarios.
- Diseñar y fabricar aplicadores personalizados como práctica clínica habitual del tratamiento radioterápico.
- Compartir conocimiento. Integrar esta unidad en la red nacional de nodos del HUB de I3D del ISCIII.

CONCLUSIONES

Crear dispositivos personalizados mediante I3D ha permitido tratamientos más precisos y efectivos, reduciendo efectos secundarios y mejorando la experiencia del paciente. La UTADI 3D del H.U. 12 de Octubre se ha consolidado como referente en este campo y sus metodologías están siendo adoptadas por otros centros, promoviendo la estandarización y mejora continua en el uso de la I3D en radioterapia.



UNIDAD DE GERIATRÍA DE ENLACE: GESTIÓN DE LA POLIFARMACIA EN EL PACIENTE MAYOR INSTITUCIONALIZADO

 Cañibano Díez, Susana • Fueyo Álvarez, Sara • Saavedra Obermann, Olga • González Menéndez, Maika • Gutiérrez Rodríguez, José • López Álvarez, Eva María

 Hospital Monte Naranco

Identificador: 559

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Adscrita al Área de Gestión Clínica de Geriátría, se crea en septiembre de 2023 la Unidad de Geriátría de Enlace (UGE) con el objeto de proporcionar atención especializada al paciente mayor institucionalizado y lograr la coordinación entre niveles asistenciales, que permitan optimizar los cuidados mejorando el diagnóstico y el tratamiento y reduciendo las visitas a Urgencias y las hospitalizaciones, lo que redundará en la mejora de la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Valorar el impacto de un programa de intervención sobre la polifarmacia en personas mayores institucionalizadas y el ahorro económico tras la implantación de una UGE.

Se lleva a cabo un estudio observacional y longitudinal, entre septiembre de 2023 y mayo de 2024, en el que se incluyen datos demográficos, clínicos, funcionales, mentales y farmacológicos.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 96 pacientes. La edad media es de 86,80 años. El 79% son mujeres. El 78% tiene una dependencia funcional entre moderada y total. El 87,5% tiene una demencia moderada o severa.

La prescripción promedio en receta electrónica es de 9,08 fármacos y la administración real en la residencia de 8,84.

El 86% presentaba polifarmacia (>5 fármacos) y el 59% gran polifarmacia (>9).

Tras la intervención de la UGE se deprescribieron 173 fármacos, se disminuyó la dosis en 54 casos, se prescribieron 40 nuevas medicaciones y se aumentó la dosis farmacológica en 11 casos.

Analizando los costes farmacológicos, el gasto en receta electrónica anual era de 183.790,74€ y el gasto real en residencia era de 155.012,81€. Tras la intervención de la UGE, el coste anual ha pasado a ser de 137.638,03€, lo que supone un ahorro respecto a la medicación prescrita en receta electrónica de 46.152,71€ y a la administrada en la residencia de 17.374,78€ al año.


CONCLUSIONES

La creación e implantación de una Unidad de Geriátría de Enlace en centros residenciales para mayores parece ser eficaz en la reducción de la polifarmacia y en la reducción de costes en medicación. Estos resultados confirman que no sólo mejora la eficiencia económica si no también la atención a esta población específica.

Si extrapolamos este ahorro al total de plazas residenciales públicas para ancianos en nuestra comunidad autónoma, el ahorro potencial en farmacia sería de 645.770€/año.

DESARROLLO DEFINITIVO DE ESTÁNDARES VALIDADOS PARA UNIDADES DE CALIDAD DE CENTROS SANITARIOS: ESTUDIO DELPHI-2023

 Aloy-Duch, Andreu ⁽¹⁾ • Jonay Ojeda, José ⁽²⁾ • Santinyà Vila, Manel ⁽³⁾ • García Pérez, Mónica ⁽⁴⁾ • Giménez Requena, Amparo ⁽⁵⁾ • Quintela Porro, Valle ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. • ⁽²⁾ Hospital Universitario la Paz • ⁽³⁾ Institut de Recerca Biomèdica August Pi i Sunyer • ⁽⁴⁾ Hospital Sant Joan d'Alacant • ⁽⁵⁾ Hospital Universitari de Bellvitge • ⁽⁶⁾ Hospital Ribera Poviša

Identificador: 560

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Calidad (UCAL), desarrollan un papel fundamental en sanidad sobre la metodología de la calidad asistencial en los centros sanitarios. Tanto el Plan Nacional de Calidad como algunas sociedades científicas promueven y han implementado sistemas de acreditación mediante estándares de calidad.

OBJETIVOS

Describir el proceso de revisión, desarrollo y validación de estándares para UCAL de centros sanitarios en 2023, mediante una técnica Delphi, para la implementación de un proceso de acreditación definitivo de estas unidades.

METODOLOGÍA

Entre 2015-2019, la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) desarrolló un proceso piloto de acreditación para las UCAL, con un total de 96 estándares validados. En 2023, estos se revisaron mediante un estudio prospectivo por fases: 1º evaluar los estándares previos; 2ª consensuarlos mediante un e-Delphi en una ronda; 3º categorizarlos; 4º validarlos en contenido y constructo; 5º distribuirlos en básicos y avanzados. Participaron coordinadores de UCAL, y se monitorizó con un comité científico. Todas las fases requirieron acuerdos $\geq 70\%$.

Para el análisis estadístico del consenso se utilizaron (valores umbral óptimos entre paréntesis): 1) el porcentaje ($\geq 70\%$), 2) la mediana (≥ 8), 3) la media (≥ 7), 4) el rango o amplitud intercuartílica (RI) (≤ 3), 5) el índice de validez de contenido (IVC) de Lawshe ($\geq 0,50$) y, 6) el coeficiente de validez de contenido de Aiken (V de Aiken) ($\geq 0,70$). El nivel de consenso se consideró ALTO cuando se cumplieran los valores óptimos en ≥ 4 de las 6 pruebas, MEDIO en 2-3, y BAJO en 1 o menos. Se evaluó la validez de contenido, y la validez de constructo mediante el coeficiente alfa de Cronbach. En todos los casos se asumió su significación estadística ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

En el e-Delphi participaron 18 coordinadores de calidad experimentados de 11 Comunidades Autónomas.

1ª fase. De los 96 estándares, un 54% no se cambiaron, se substituyeron un 23% de seguridad clínica, se fusionaron un 12,5%, y se eliminaron un 10,5%; resultaron un total final de 58 estándares que se enviaron al panel de expertos para el e-Delphi.

2ª fase. E-Delphi: se obtuvo un consenso ALTO en el 73% de los estándares, MEDIO en el 20%, y BAJO en el 7%.

3ª fase. Se aprobaron 5 categorías (3 de "estructura y proceso", y 2 de "resultados") para albergar los estándares.

4ª fase. La validación de contenido se aseguró en el 81% de los estándares, su comprensión en el 95%, y su justificación documental en el 95%; la validez de constructo se confirmó con un valor de 0,91.


5ª fase. El 56% se incluirían en una acreditación básica, y el 44 % en una acreditación avanzada.

CONCLUSIONES

El proceso implementado, mediante el estudio e-Delphi, ha sido muy útil para el desarrollo definitivo de estándares para UCAL de centros sanitarios: su revisión, consenso cuantitativo, categorización, validación y priorización, han permitido obtener un sistema de 58 estándares para facilitar y obtener la acreditación de estas unidades.



EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD SUBJETIVA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, 2019-2023

 *Burlachenko, Ganna • Botella Mira, Roberto • Martinez Alvarez, Gloria • Sabina Milian, Laura Maria • Gea Velazquez de Castro, Teresa • Jimenez Pericas, Fatima*

 *Hospital San Juan de Alicante*

Identificador: 561

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria.

El cuestionario SERVQHOS está diseñado a partir de la teoría de discrepancias entre expectativas y percepciones y se utiliza para estimar la calidad percibida. Consta de 19 ítems, cuyas respuestas están dadas con una escala de Likert de 5 puntos donde se combinan expectativas y percepciones y se obtiene una puntuación de la magnitud de la diferencia (1-5).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es evaluar la evolución de la percepción de calidad subjetiva de los pacientes ingresados en el hospital.

Se han revisado y evaluado las respuestas de los últimos 4 años (2019-2023, exento 2020 por la pandemia COVID-19) sobre calidad subjetiva del cuestionario SERVHQOS (valorada en 10 preguntas de las 19 que conforman el cuestionario). En este apartado se pregunta sobre la amabilidad del personal, el interés, la disposición y el trato del personal sanitario, la rapidez en la atención etc. El mismo se ha remitido de manera anual por correo postal, unos 20 días tras el alta hospitalaria, a una cohorte de pacientes ingresados cada año en un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

El 74,6% de los encuestados han recibido un trato más amable del que esperaban (siendo el 2023 el año con mejor puntuación, 81,6%). El 9,5% refieren no haber sentido interés por el personal a la hora de cumplir lo que se promete, siendo el 2022 el peor año con un 15,15% de los encuestados, sin embargo, en cuanto el interés por solucionar los problemas obtiene mejores puntuaciones, siendo al menos como se esperaba en un 92%. El 15,5% percibe que lo que se necesita se obtiene de una forma más lenta de lo esperado (sin variaciones significativas a lo largo de los años). La disposición del equipo y la confianza mejoran sus puntuaciones tras el año 2020 (post-COVID), pasando del 67,2% al 78,3%. Lo mismo ocurre con el interés del personal de enfermería, siendo mejor de lo que se esperaba en el 60,6% en 2019 y pasando al 82,6% en el 2021, manteniéndose estable en los años posteriores. La percepción de la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes no sufre variaciones a lo largo del estudio, siendo el 61,3% de los encuestados los que sienten una buena comprensión. El 94% opina que los trabajadores están preparados para realizar su trabajo (con cifras subóptimas que varían entre el 4 al 7,6 %).

CONCLUSIONES

Los ítems mejor valorados entre las expectativas e impresiones subjetivas a lo largo del tiempo han sido la amabilidad del personal, el interés de enfermería por los pacientes así como para solucionar los problemas y la disposición del personal para ayudar, mientras que aquellos ítems con peores puntuaciones y, por tanto, susceptibles de mejora, han sido la rapidez con que se consigue lo que se necesita, el interés del personal por cumplir lo que promete, el trato personalizado y la capacidad del personal de comprender las necesidades.



“EVITAR LO EVITABLE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA. CIRCUITO CHECK-LIST”

 ARENCIBIA SÁNCHEZ, CARMEN PATRICIA • CASTRO SANTANA, EDUARDO JESÚS • RODRIGUEZ DE LA NUEZ, JACINTO JAVIER

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO MATERNO INSULAR DE CANARIAS SCS

Identificador: 562

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es un problema de salud pública y la visión principal del plan de actuación de la Organización Mundial de la Salud OMS 2021-2030 es, “un mundo en el que nadie resulte perjudicado en la atención de salud y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa en todo momento y en todo lugar”.

El personal de enfermería desarrolla un papel fundamental en la seguridad del paciente ya que somos la categoría más numerosa y la que estamos a pie del paciente 24/7 en todo el periodo asistencial y es nuestra responsabilidad conocer las principales medidas que la garantizan para poder prestar unos cuidados de calidad y seguros.

OBJETIVOS

Garantizar la Seguridad del paciente quirúrgico en el ámbito “Hospitalización-Área Quirúrgica-URPA/REA”.

Mejorar la transferencia del paciente entre diferentes servicios /unidades.

Asegurar y garantizar la máxima calidad asistencial.

Desarrollar una herramienta para reducir los errores evitables

METODOLOGÍA

Nuestro proyecto está dirigido a mejorar la seguridad del paciente a través de un circuito de Check-list que abarca todo el proceso del paciente quirúrgico.

Se inicia con una transferencia segura del paciente que va a someterse a una cirugía, realizada por la enfermera desde su lugar de origen hasta el área quirúrgica y de vuelta a su lugar de origen, cerrando así el circuito de transferencia bidireccional.

Hemos hecho uso de documentos de referencia (OMS), adaptación a nuestro medio y bibliografía actualizada, así como recogida de datos de diversas bibliografías, entre ellas las “Recomendaciones de no hacer”.

Realizamos difusión del circuito Check-list al personal implicado recalcando la importancia de utilización del circuito Check-list como herramienta de mejora asistencial.

RESULTADOS

El circuito Check-list se encuentra en formato de papel e implementado dentro del área quirúrgica y a través de observadores realizamos controles de calidad periódicos.

Se informa mediante fluida comunicación los errores o posibles incidencias y se inicia rondas de seguridad con el personal.

Se observa que la creación del circuito bidireccional crea una medida más hacia la seguridad del paciente y mejora tanto la transferencia como la comunicación de los enfermeros implicados en todo el proceso quirúrgico.

CONCLUSIONES

Se mejora la comunicación entre los diferentes servicios, mejorando la seguridad clínica, promoviendo las prácticas clínicas seguras y las recomendaciones de no hacer.

Se concluye que optimiza la seguridad del paciente durante todo el perioperatorio, mitigando incidencias y reduciendo en lo posible eventos adversos.





PULSERA IDENTIFICATIVA DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS: UNA INTERVENCIÓN EFECTIVA PARA PRESERVARLO

 *Prat Pons, Sílvia • Romero Baltodano, Kelly Patricia • Vidal Del Cor, Berta • Bejarano Garcia, Nerea • Manzano Romero, Gloria • Quintela Martinez, Marta*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 563

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las personas con enfermedad renal crónica avanzada sometidas a tratamiento de la hemodiálisis (HD) necesitan un acceso vascular (AV) funcional que garantice un flujo de sangre óptimo para el tratamiento depurativo, siendo la fistula arteriovenosa interna (FAVI) el AV de elección. El uso adecuado del AV repercute tanto en los resultados del tratamiento como en la calidad de vida del paciente. Durante el ingreso hospitalario, aumenta la probabilidad de disfunción del AV por su uso inadecuado por parte de profesionales ajenos a la unidad de HD. Tras el reporte de varias incidencias en la plataforma TPSCloud® derivadas de colocaciones de vías periféricas, administración de antibióticos o tomas de presión arterial en la extremidad del AV, se diseñó una intervención específica para disminuir las incidencias de seguridad (IS).

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de intervención enfermera para preservar el AV para el uso exclusivo del tratamiento de HD. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional donde se analizaron las IS relacionadas con la FAVI en los pacientes ingresados durante los años 2019-2021. Se cuantificaron a través de la libreta de incidencias escritas. Con las incidencias recogidas que comprometían la funcionalidad del AV, se planteó un proyecto RIGHT CARE para preservarlo: se diseñó una pulsera identificativa de AV para llevar en el mismo brazo de la FAVI y un díptico informativo del uso de la pulsera; se formó a los profesionales del nuevo procedimiento, carteles informativos distribuidos en las diferentes unidades y se diseñó un registro en el plan de curas del sistema informático la colocación del brazalete.

RESULTADOS

Se analizaron las IS durante el período 2019 y se detectaron diferentes usos indebidos del AV como toma de la tensión en el brazo de la FAVI, extracción de analítica, administración de antibióticos, canalización de vías periféricas y extravasación. Se inició el proyecto durante el año 2020 y se observó una deficiente implementación del mismo durante los seis primeros meses en el contexto de la pandemia Covid-19, registrando 15 incidencias de no identificación del AV en urgencias y 4 problemas de punciones en la FAVI. Se reforzó la formación por parte de enfermería en las diferentes unidades asistenciales. A finales del 2020, se observó un buen cumplimiento de implementación en más del 90% en todas las salas, exceptuando en urgencias que mejoró en el primer trimestre de 2021. Desde 2022 hasta la actualidad no hay incidencias notificadas en la actual plataforma SNIISP®.

CONCLUSIONES

La colocación de la pulsera identificativa fomenta la preservación del AV para el tratamiento de la HD, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente y fomenta prácticas de valor. La dificultad de la implementación del proyecto estuvo condicionada por la pandemia. La clave en la mejora de los resultados fue la constancia en la formación y la mejora de la comunicación con las diferentes unidades asistenciales.

FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE LOS CELADORES

 MANSILLA ABANADES, RUBÉN • IZCARAY GARRIDO, M^o CARMEN • ZAMORA SAN MARTIN, JESÚS • IBAÑEZ MORENO, EDUARDO
ALEJANDRO • CARDIN VÁZQUEZ, JORGE • GÓMEZ DERCH, CÉSAR ADOLFO

 HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS

Identificador: 564

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

Dentro de nuestro sistema de gestión por procesos tenemos a nuestra disposición una de sus herramientas principales: el análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), que ha permitido analizar nuestra realidad para poder tomar decisiones de futuro, establecer prioridades y planes de acción.

OBJETIVO

Hemos incidido en dos de sus elementos principales: nuestras fortalezas (análisis interno) y las oportunidades que se nos pueden ofrecer (análisis externo), para evaluar el abordaje de la gestión de recursos en diferentes tareas que se encontraban dependiendo de jefaturas desaparecidas o reconvertidas: Gestión Ambiental, Peluqueras, Conductores, Cartería e Imprenta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2016, se han realizado las siguientes acciones para ello:

- Procedimentar en nuestro SGC los cometidos propios de cada sección citada.
- Análisis de datos de las diferentes actividades e inclusión en las bases correspondientes.
- Definición de patrones de libranza. Teniendo en cuenta nuestro éxito en deuda 0 (eliminación de deuda de 3875 días, previos a 2015, que nos ha permitido disponer de 18 celadores más de plantilla durante el año), sabíamos que podíamos realizar una correcta gestión de recursos humanos. Por ello, definimos los patrones de libranza correspondientes y les incluimos en nuestra sistemática.
- Análisis, solicitud y adquisición de recursos materiales conformes a normativas y legalidad vigente.

RESULTADOS (2022 vs 2016)

- **Gestión de residuos:** hemos realizado la gestión de residuos y el reparto de contenedores en circunstancias tan extremas como la pasada pandemia, con unos tiempos muy razonables para recogida por parte de la Administración y una correcta dotación de contenedores a los controles de enfermería.
- **Conductores:** circuitos internos y externos. Gestión de reparto de medicación a domicilio en situación de pandemia. Adquisición de cuatro coches eléctricos.
- **Peluqueras:** grupo de trabajo para crear un procedimiento de SGC, definición de circuitos y uso de material con el servicio de Medicina Preventiva.
- **Digitalización:** en el caso de la imprenta, se trató de rescatar la funcionalidad de un colectivo que está viendo significativamente mermada su labor de reprografía, por lo que ha sido reconvertido en un departamento de digitalización.
- **Cartería:** Los celadores con informe de salud laboral, pueden presentarse como debilidad en un análisis DAFO, pues significa contar con menos efectivos 100% operativos.

CONCLUSIONES

- Estas acciones han supuesto importantes soluciones para gestionar situaciones nuevas o emergentes, tan complicadas como la pandemia.
- Se ha ofrecido un nuevo servicio (digitalización), que está dando excelentes resultados.
- Se nos percibe como un colectivo que implementa soluciones.
- Se ha constituido un equipo con diferentes colectivos profesionales, lo que propicia soluciones más rápidas en muchas situaciones.

RESPUESTA BASADA EN DATOS

 *Rodríguez Sánchez, M^o Carmen • Prada Mostaza, Ana M^o • SALTO AYLLON, RICARDO • Jimeno Agudo, Alicia • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo*

 *Hospital Clínico San Carlos*

Identificador: 565

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

Uno de los puntos fuertes de la Unidad de Celadores del Hospital Clínico San Carlos es la toma y explotación de datos sobre toda la actividad que desarrollamos. Necesitamos justificar nuestras decisiones y demostrar que somos un colectivo capaz de dar respuesta fundamentada a nuevas situaciones y operativas.

OBJETIVO

Registrar datos relevantes de nuestra actividad diaria, así como toda la información posible sobre nuestras habilidades.

Mostrar cualitativa y cuantitativa nuestra disponibilidad para nuevas oportunidades, todo ello basado en datos y con una trayectoria histórica comparativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra Unidad registra los siguientes datos desde el Área de Gestión de la Actividad:

- Diaria y por turnos: planilla electrónica, actividad en hospitalización, radiodiagnóstico, quirófanos, URPA, ambulancias, urgencias, farmacia, etc.; comunicaciones internas y externas.
- Control de concesiones de días no planificados, cobertura y tiempos medios de respuesta desde Servicios sin Dotación, etc.
- Y desde el Área de Planificación, los siguientes:
- Volcado planillas diarias al sistema GPT, absentismo y sustituciones, control de materiales (camas, sillones, mesillas, sillas de ruedas, grúas, manómetros, colchones), actividad quirúrgica por turno y especialidades, pagos, taxis, adaptaciones de tareas para celadores con informe de salud, accidentes de trabajo, actividad de peluqueras y conductores, reclamaciones y agradecimientos, eventos adversos, etc.
- Mantenimiento de la base de datos general, catálogo de puestos, acciones formativas, contratación, costes, estadísticas del ruido, etc.
- Explotación de los datos referidos para tomar decisiones.

Todo ello se recoge mediante formularios y registros vinculados a los procesos y protocolos de nuestro sistema de gestión por procesos.

RESULTADOS

(2023 vs 2016)

Satisfacción de la calidad percibida por nuestros clientes (Personal sanitario y usuarios): ↓ de reclamaciones en un 44 %. Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %. Disminución de solicitudes de incrementos de dotación sin justificar a la Unidad de Celadores: de 287 en 2015, se ha bajado a 61 en 2022. ↓78,7 % Cobertura y actividad: índice de cobertura media anual de un 99,7 % 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). Grupos de trabajo multidisciplinares en los que estamos integrados: 26

CONCLUSIONES

- Conocemos nuestra actividad, y tenemos herramientas para mejorarla.
- Tenemos una gran participación e integración en los equipos de trabajo. Somos un colectivo fuerte en el hospital.
- Hay un buen sentido de pertenencia entre nuestro personal.
- La Dirección está satisfecha con nuestro colectivo, contando con nosotros para la toma de decisiones importantes.



DETECCIÓN DE SITUACIONES DE ESTRÉS EN EL COLECTIVO DE CELADORES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

 Salto Gómez, Ricardo José • Iglesias Roríguez, Juan Carlos • GARCÍA GARCÍA, JULIO ANTONIO • Silván Sotillo, Miguel Ángel • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 567

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La dinámica de trabajo cotidiana del personal celador presenta una serie de situaciones inadecuadas que son relativamente frecuentes, pudiendo representar riesgos y amenazar el normal desarrollo de nuestra actividad.

OBJETIVO

Detectar las situaciones de estrés e implementar las medidas para solucionarlas, mejorando procedimientos, aumentando su difusión y pactando operativas con las partes interesadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2021 se realizó una encuesta a 100 celadores solicitándoles que nos comunicasen 10 situaciones que les generasen estrés, conflictos o disfunciones en su trabajo diario. Este fue el resultado:

- Abordaje en traslados..... 100
- Ausencia de priorización..... 100
- Falta de comunicación entre profesionales respecto a trabajos encomendados(exigen presencia cuando nos han mandado hacer otra cosa)91
- Solicitud de tareas que no son de nuestra competencia.....82
- Exigencia de tareas que deben hacerse entre todos/as72
- Exigencia de formación que no corresponde a nuestra categoría profesional69
- No permiten disponer de tiempo para reponer fuerzas.....45
- Esconder y acumular sillas de ruedas26
- Ubicación de balas de oxígeno en lugares inadecuados8
- Ropa sin recoger de otros turnos12

Después de analizar las causas y factibilidad para solucionarlas, hemos implementado las siguientes medidas:

- Revisión y actualización de nuestros protocolos.
- Inclusión de nuevos registros o mejorar los existentes.
- Difusión de nuestros protocolos a todo el personal del centro.
- Participación en grupos de trabajo y empoderamiento de los responsables de cara a las otras direcciones.
- Solicitud de acceso a datos del sistema Selene.
- Disponibilidad y aportación de datos que nadie más tiene.
- Estamos contemplando la posible implementación de chalecos donde figure en el dorso evitar distracciones e interrupciones cuando estamos trasladando o interactuando con un paciente.

RESULTADOS


Satisfacción de la calidad percibida (personal sanitario y usuarios): ↓ de reclamaciones en un 44 %.Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %.Disminución de reclamaciones de celadores en un 91 % durante el periodo 2022-2023.Han disminuido los errores en transferencias o segundos viajes (camas no preparadas, faltas de comunicación, etc.) en un 31%Las situaciones de pérdida de tiempo por dobles viajes han disminuido en un 48 % a 73.950 € de optimización.Grupos de trabajo multidisciplinares en los que estamos integrados: 26

CONCLUSIONES

- Ha mejorado el sentimiento de pertenencia y la implicación de los celadores en los procedimientos y dinámicas de trabajo.
- Nuestro colectivo se percibe en el hospital como un grupo profesional de alto valor, aportamos soluciones).



PROMOVIENDO EL BIENESTAR EN EL ENTORNO LABORAL

 del Álamo Soto, Carmen • Díez García, José Antonio • Ceballos Bolado, Beatriz Fátima • Agudo Crespo, Verónica • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 568

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El estrés relacionado con el trabajo surge cuando las demandas laborales superan la capacidad de una persona para hacerlas frente. Este tipo de estrés puede manifestarse de diversas formas y tener impactos significativos en la salud mental y física.

OBJETIVO

Promover la salud y el bienestar de los empleados.

Mejorar la satisfacción laboral y la moral del equipo.

Reducir absentismo y rotación de personal.

Fomentar el ambiente laboral positivo.

Promover el equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **IDENTIFICACION DE FUENTES DE ESTRÉS:** Analizar las causas específicas del estrés, como las cargas de trabajo, los plazos ajustados, la falta de apoyo, etc.
- **EVALUACION DE RIESGOS:** Realizar evaluaciones periódicas de riesgos psicosociales en el trabajo para identificar áreas problemáticas y tomar medidas preventivas.
- **PROMOCION DEL AUTOCUIDADO:** educar sobre la importancia de cuidar su bienestar físico, emocional y mental, y proporcionar recursos como Acciones formativas de bienestar, sesiones de mindfulness o ejercicios de relajación.
- **APOYO Y DESARROJO PROFESIONAL:** Proporcionar oportunidades de desarrollo profesional, retroalimentación constructiva y reconocimiento por el trabajo bien hecho para aumentar la confianza y la satisfacción laboral.
- **POLITICAS ORGANIZACIONALES SALUDABLES:** Implementar políticas que promuevan un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal y programas de apoyo para el cuidado de la salud mental.

RESULTADOS

(2023 vs 2016)

- **MEJORA DEL CLIMA LABORAL:** Un ambiente de trabajo menos estresante promueve relaciones laborales más positivas y fortalece la cohesión del equipo. Se han realizado más de 400 sugerencias y aportado tanto en diferentes acciones formativas como en concursos de ideas. Así mismo, 6 empleados han sido premiados en los Premios a las Mejores Ideas.
- **AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD:** Permite a los trabajadores concentrarse mejor en sus tareas y ser más efectivos en su trabajo, lo que se traduce en un aumento de la calidad del trabajo realizado. Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %
- **REDUCCION DEL ABSENTISMO:** Al gestionar el estrés de manera efectiva, se reduce la probabilidad de que los empleados se ausenten por motivos relacionados con la salud mental, lo cual puede tener su reflejo en la disminución del absentismo en un 28 % (excepto las épocas de pandemia), aumentando así la continuidad operativa.

CONCLUSIONES

- Reducción de costes asociados: La disminución del absentismo, la rotación de personal y los problemas de salud relacionados con el estrés pueden resultar un ahorro significativo para la organización en términos de costos de reclutamiento, capacitación y atención médica.
- Invertir en la gestión del estrés laboral no solo beneficia a los empleados individualmente, sino que también contribuye al éxito y a la sostenibilidad a largo plazo de la organización al mejorar el rendimiento, la satisfacción laboral y la retención del talento.

ANÁLISIS DE RECLAMACIONES, AGRADEMIENTOS Y CONFLICTOS

 Pajares del Olmo, M^a Luz • RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, M^a CARMEN • MARTÍN MORENO, M^a ESTHER • Salto Gómez, Ricardo • Cardín Vázquez, Jorge • Gómez Derch, César Adolfo

 Hospital Clínico San Carlos

Identificador: 569

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Una de las formas para conocer cuál es el grado de satisfacción de las partes interesadas con el colectivo de celadores, es el análisis de reclamaciones, agradecimientos y conflictos, pues, aunque estas vías tienen sus limitaciones (depende de que decidan o no escribir, la veracidad de los hechos, etc.), supone un importante valor de conocimiento y mejora de nuestra actividad.

OBJETIVO

Recoger todo tipo de comunicación de esta naturaleza (vía Departamento de Atención al Paciente, cartas o correos electrónicos de partes interesadas y eventos adversos de la Unidad Funcional de Riesgos). Realizar una explotación y analizarla para adoptar medidas correctivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2016, hemos implementado una sistemática de recogida y análisis de comunicación, a saber:

- Recogida de comunicación: agradecimientos y reclamaciones, incidencias en traslados, conflictos con otros colectivos y eventos adversos.
- Tipificación de situaciones (exigencias fuera de nuestras competencias, disconformidad con otros estamentos respecto a operativas, fallo en la identificación de pacientes, fallo en la protección de datos, falta de atención/información o trato deficiente, incidentes psiquiátricos, incidencias en traslados de pacientes, incidencias en traslados de objetos, incidentes en movilización de pacientes, problemas con Radiodiagnóstico, roces entre compañeros/as-usuarios, transferencias incorrectas y varios), con el fin de poder explotar la base de datos correspondiente.
- Explotación y análisis:
 - ¿Qué fuente es la que emite más notificaciones? (comunicación internas, Unidad Funcional de Riesgos a través de CISEMA DRID eventos adversos- o Dpto. de Atención al Paciente).
 - En el caso de las reclamaciones internas, qué servicios son los más sensibles con nuestras operativas.
- Medidas a tomar, según proceda:
 - Notificación de respuestas tras analizar cada situación.
 - Readaptación del trabajador/a y acciones correctivas.
 - Amonestación o medidas disciplinarias.

RESULTADOS

(2022 vs 2016)


Detección de situaciones a mejorar en traslados (entre 25 y 35 por año), cuya incidencia ha disminuido en un 32 %. 8 celadores/as han recibido cursos específicos para relaciones interpersonales ("Primer contacto con pacientes y usuarios", "Habilidades en comunicación"), y no hemos vuelto a tener reclamaciones sobre ellos/as. Disminución de conflictos con otros colectivos en un 86,4 %. Reclamaciones de usuarios: ↓ 80 % Agradecimientos: ↑ 54 %

CONCLUSIONES

- Estos análisis han supuesto tomas de contacto diarias con todos los estamentos profesionales, creando una continua dinámica de fluidez no exenta de debate, pero con clara vocación de mejora.
- Aportamos a las partes interesadas una forma de mejora de los equipos de trabajo interdisciplinares, pues muchas de estas informaciones solo les llegan a través de nosotros.
- El personal celador de nuestra Unidad se ha integrado perfectamente en la dinámica de comunicación internas, siendo estas cada vez más precisas y enriquecedoras.
- La Unidad de Celadores demuestra su compromiso con la calidad asistencial.



IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO EN ONCOLOGÍA ¿DEBERIAMOS REVISAR CUANDO DAR DE ALTA A LOS PACIENTES?

 Pétriz González, Lourdes • Loureiro Varela, Eva • Asensio Blasco, Esther • Muniesa Rubio, Joan • Briculle Fuentes, Roser • Ferro García, Tarsi

 Institut Català d'Oncologia

Identificador: 570

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Conocer el estado vital de los pacientes y disponer de la fecha exacta de exitus es fundamental para los análisis de supervivencia global (SG) en oncología. En el ámbito clínico se localizan las fechas en los registros de la historia clínica (HC) aunque en ocasiones falta o es imprecisa.

Es una práctica habitual en oncología clínica dar el alta a los 5 años. ¿Qué ocurre después de los 5 años?

OBJETIVOS

Identificar la tasa de control de exitus de la institución.

Cuestionar si el seguimiento a 5 años es suficiente para dar de alta a los pacientes oncológicos respecto a la aparición de eventos tardíos como la aparición de segundos tumores.

METODOLOGÍA

A partir de una base de datos (BBDD) con más de 15.000 registros de pacientes oncológicos, se ha realizado lo siguiente:

- Desarrollar un algoritmo de cálculo del intervalo de tiempo, a partir de fechas relevantes (diagnóstico, seguimiento y exitus) para el estudio de SG.
- Consultar de manera sistemática las fechas de exitus mediante cruce de datos personales con el Índice Nacional de defunciones (INDEF).
- Elaborar curvas de SG a 5 y 10 años.

Finalmente se han comparado las curvas con o sin la aportación de datos extra del INDEF. Se ha repetido la comparativa considerando las segundas neoplasias.

RESULTADOS

El seguimiento del estado de los pacientes por la institución es del 93,5%.

La aportación neta del INDEF es del 6,5%. Sobre todo, en la fijación de la fecha para mejorar la precisión del cálculo de la supervivencia.

En general se han aceptado la mayor parte de fechas procedentes del INDEF (con 7 niveles de cruce) tras ser cotejados, en casos necesarios, con datos personales adicionales, sobre todo en aquellos casos en que se sabe que el paciente ha fallecido. Han quedado registradas en la BBDD las fechas de exitus conocidas por la institución y las del INDEF. En el 73,3% se dispone de ambas y éstas en el 89% son idénticas. De los no coincidentes, en el 9,2% las diferencias no superan el mes (lo que para datos de supervivencia no es relevante). Sólo un 1,25% de las fechas precisan ser revisadas de manera exhaustiva.

En las curvas de SG a 5 y 10 años con o sin los datos del INDEF se observan diferencias, sobre todo en las de largo plazo, en favor de la consecución de mayor información.

Como eventos a largo plazo se ha estudiado la presencia de segundos tumores en esta cohorte (como antecedente o posteriores) y alcanza casi el 20%. El promedio de aparición entre la primera y la segunda neoplasia supera los 5 años (rango: 0-60 años).

CONCLUSIONES

Disponer del indicador básico de calidad en oncología que es la SG.

Demostrar la experiencia del centro mostrando datos reales de SG a largo plazo, con la inclusión y tratamiento de datos masivos.

Anclar a la SG eventos que representen factores pronóstico, como en nuestro ejemplo las segundas neoplasias.

Cuestionar la calidad asistencial que se proporciona los pacientes con los límites de seguimientos impuestos por restricciones presupuestarias.

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO: ESTUDIO COMPARATIVO EN EL ENTORNO QUIRÚRGICO

 Vela Rahmani, Yasmina • Baldris Catafau, Judith • Cruz Fernández, Gabriel ⁽²⁾

 Hospital Universitario General de Catalunya • ⁽²⁾ Hospital Universitari General de Catalunya

Identificador: 571

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En el entorno quirúrgico, el control adecuado del neumotaponamiento de los tubos endotraqueales es crucial para la seguridad del paciente y el éxito del procedimiento anestésico. La práctica tradicional de ajustar la presión del neumotaponamiento manualmente es subjetiva y puede resultar en una presión inadecuada, llevando a complicaciones como isquemia traqueal o aspiración pulmonar. El uso de manómetros para medir y ajustar la presión del neumotaponamiento proporciona una alternativa objetiva y precisa, mejorando los resultados clínicos y reduciendo el riesgo de complicaciones durante las cirugías.

OBJETIVO

Comparar la Precisión del Neumotaponamiento: Evaluar la precisión del control de la presión del neumotaponamiento realizado manualmente versus con manómetro. **Evaluar la Seguridad del Paciente durante la Cirugía:** Analizar la incidencia de complicaciones relacionadas con el neumotaponamiento en ambos métodos. **Determinar la Eficiencia Clínica en el Entorno Quirúrgico:** Medir el tiempo y la facilidad de uso de ambos métodos.

METODOLOGÍA

- Diseño del Estudio:** Realizar un estudio comparativo con dos grupos de pacientes intubados. El Grupo A utilizará el método manual, mientras que el Grupo B utilizará manómetros.
- Selección de Participantes:** Incluir a pacientes adultos que requieran intubación endotraqueal en cirugías electivas.
- Medición de la Presión:** En el Grupo A, la presión se ajustará manualmente. En el Grupo B, se utilizará un manómetro.
- Registro de Datos:** Registrar la presión del neumotaponamiento, el tiempo para ajustar la presión, y cualquier complicación observada durante y después de la cirugía.
- Análisis Estadístico:** Comparar los datos entre ambos grupos utilizando análisis estadísticos.

RESULTADOS

El estudio mostró diferencias significativas: entre el control manual y el uso de manómetros:

- Precisión del Neumotaponamiento:** El Grupo B mantuvo una presión más constante y precisa (presión promedio de 25 cm H₂O con desviación estándar de ± 2 cm H₂O) en comparación con el Grupo A.
- Seguridad del Paciente durante la Cirugía:** El Grupo B presentó una menor incidencia de complicaciones relacionadas.
- Eficiencia Clínica en el Entorno Quirúrgico:** El tiempo requerido para ajustar la presión fue similar entre ambos grupos, pero el Grupo B reportó una mayor confianza en la precisión del neumotaponamiento, reduciendo el estrés del personal clínico durante los procedimientos.

CONCLUSIONES

El uso de manómetros para el control del neumotaponamiento ofrece varios beneficios sobre el método manual. La mayor precisión en el ajuste de la presión reduce la variabilidad y minimiza el riesgo de complicaciones, mejorando la seguridad del paciente durante las cirugías. El uso de manómetros proporciona mayor confianza al personal clínico, facilitando una mejor atención al paciente y reduciendo el riesgo de eventos adversos.



IMPLEMENTACIÓN DE BATEAS CODIFICADAS Y ESPACIO DE AMPOLLAS VACÍAS PARA REDUCIR ERRORES DE MEDICACIÓN EN ANESTESIA

 Vela Rahmani, Yasmina • Cruz Fernández, Gabriel

 Hospital Universitario General de Catalunya

Identificador: 572

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad en el entorno quirúrgico, donde los errores en la administración de medicamentos pueden tener consecuencias graves. La implementación de bateas de medicación anestésica con códigos de colores internacionales responde a la necesidad de reducir errores de medicación, mejorar la eficiencia y garantizar la trazabilidad. Según la normativa ISO 26825:2008, el uso de códigos de colores estandarizados facilita la identificación rápida y precisa, minimizando el riesgo de errores durante procedimientos críticos. Además, contar con un espacio específico para las ampollas vacías asegura un control adecuado de la medicación administrada evitando posibles confusiones.

OBJETIVOS

- **Reducir Errores de Medicación:** Implementar un sistema que disminuya la probabilidad de errores en la administración de medicamentos anestésicos.
- **Mejorar la Eficiencia Operativa:** Optimizar el acceso y manejo de los medicamentos durante los procedimientos quirúrgicos.
- **Asegurar la Trazabilidad:** Facilitar el seguimiento y control de los medicamentos administrados.

METODOLOGÍA

- **Diseño y Fabricación de Bateas:** Crear bateas siguiendo los estándares de la normativa ISO 26825:2008, con códigos de colores adecuados para cada tipo de medicamento y un compartimento específico para las ampollas vacías.
- **Implementación Piloto:** Realizar una implementación piloto para evaluar la eficacia del sistema y recoger feedback del personal.
- **Evaluación y Ajustes:** Analizar los datos recolectados, realizar ajustes necesarios.


RESULTADOS

- **Reducción de Errores de Medicación:** Se observó una disminución significativa en los errores de administración de medicamentos, atribuida a la claridad y facilidad de identificación proporcionada por los códigos de colores.
- **Mejora en la Eficiencia:** El personal quirúrgico reportó mayor rapidez y comodidad en el acceso y manejo de los medicamentos, resultando en tiempos de respuesta más rápidos durante los procedimientos.
- **Aumento en la Trazabilidad:** La organización de las ampollas vacías permitieron un seguimiento más riguroso de los medicamentos administrados.

CONCLUSIONES

La implementación de bateas de medicación anestésica con códigos de colores internacionales y compartimentos específicos para ampollas vacías ha demostrado ser una intervención efectiva para mejorar la seguridad y eficiencia en el entorno quirúrgico. La reducción de errores de medicación, junto con la optimización en el acceso y manejo de medicamentos, contribuye significativamente a la calidad de la atención al paciente. Estos resultados subrayan la importancia de la formación continua y la evaluación periódica para perfeccionar el sistema, promoviendo la seguridad del paciente y la calidad en el entorno sanitario.

GESTIÓN DE LA TRANSFORMACIÓN EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 MUÑOZ SAHAGÚN, PEDRO ⁽¹⁾ • MARTÍNEZ GÓMEZ, JOSÉ ⁽¹⁾ • MENDOZA SÁNCHEZ, CARMEN MARÍA ⁽¹⁾ • GARCÍA MARTÍNEZ, RICARDO ⁽¹⁾ • DOMINGUEZ PÉREZ, MARIA LUISA ⁽¹⁾ • COLOMER ROSAS, ASUNCIÓN ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Gerencia del SUMMA112 • ⁽²⁾ SUMMA112

Identificador: 573

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) de nuestro Servicio de urgencias extrahospitalaras (SUE) atiende la totalidad de las llamadas a través de un sistema escalonado estandarizado en el que intervienen diferentes perfiles profesionales que clasifican y responden a la demanda según prioridad

La vuelta a la normalidad postpandémica evidenció fallos multifactoriales en el proceso que si bien se subsanaban por la actuación inmediata generaban estrés profesional y tensionaban el sistema

Se plantea un rediseño integral del proceso de atención aprovechando la oportunidad de un traslado a nuevas instalaciones

OBJETIVOS

Rediseñar el proceso de atención a la demanda del CCU para mantener y mejorar los estándares de calidad en la atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria

METODOLOGÍA

Selección de 2 grupos (G) multidisciplinares con experiencia en CCU con metodólogo Formación

Inicio octubre 2023

El G 1 realizó análisis DAFO-CAME del CCU

El G2 realizó Mapa de Riesgo del proceso de atención a la llamada, incorporando Debilidades y Amenazas del G1

Valoración de:

- Impacto, Probabilidad, Detectabilidad de fallos y causas y
- Factibilidad y Relevancia de las propuestas de mejoras/planes de acción (PA)

Diseño e implantación de PA a través de 3 nuevos G específicos participados por la dirección e informática.

RESULTADOS

Hallazgos relevantes:

DAFO CAME

Actuar sobre:

- Elevada rotación operador
- Variabilidad en la respuesta
- Escasa supervisión
- Trabajo en equipo
- Entrenamiento, habilidades, comunicación
- Seguimiento incidentes tiempos

MAPA DE RIESGO

- Se desagregó el proceso en 13 fases. Se identifican 61 riesgos y > 60 causas

Causas de riesgo Muy Alto ≥ 75 :

- Agotamiento profesional por sobretraje
- Falta de personal, sobre todo médicos
- Error en regulación médica/triage enfermera por falta de información adecuada

Riesgo entre 60-74:

- Exceso de trabajo que recae sobre parte de los trabajadores de un turno
- Repercusión de saturación de unidades hospitalarias (epidemias,etc)
- Desbordamiento en atención a la demanda, falta de tiempo.
- Olvidos relevantes por no seguir orden en procedimiento regulación/triage
- Asignación de recurso/resolución inadecuada
- Falta información a tiempo real de recursos ajenos que pueden mejorar cadena de supervivencia.

Acciones implantadas del 22/05 a actualidad:

- Revisión árbol lógico (método agile)
- Reorganización: Equipos de colaboración. Desagregación perfiles (médico colaborador, enfermera coordinación, perfil locutor)




(urgencias, emergencias, supervisor),...)

- Unificación procedimientos regulación y triaje: AIREE
- Cambio formación: entrenamiento, habilidades, supervisión en CCU
- Geoposicionamiento recursos ajenos

CONCLUSIONES

El abordaje con rigor metodológico a través de 5 grupos multidisciplinares ha facilitado la identificación y priorización de debilidades, amenazas, riesgos y causas en el proceso de atención a la demanda sanitaria en un SUE y tomar decisiones e implantar acciones basadas en información y hechos, rediseñando/mejorando el proceso de atención. Extrapolable a cualquier CCU

EXPERIENCIA DEL PROCESO DEL PARTO: MEJORAS UTILIZANDO “INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA”

 **DÍAZ REDONDO, ALICIA • FERNÁN PEREZ, PATRICIA • ALMENDRO MARTÍNEZ, ISABEL • PICHARDO GALÁN, FRANCISCO JAVIER • RAPELA FREIRE, ALBA • GARCÍA DE SAN JOSÉ, SONIA**

 **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN**

Identificador: 574

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El parto es un momento altamente emocional en el que intervienen varios profesionales y que generalmente no es programable. Además, es uno de los procesos más frecuentes en nuestro centro. La mejora de la experiencia del paciente y acompañantes redundará en la optimización del servicio, además de en su bienestar. Evaluar la experiencia del paciente a lo largo de su proceso, permite detectar los momentos clave que, desde el punto de vista del paciente, generan necesidades de mejora y afrontarlos de forma más dirigida. La evidencia y la experiencia indican que una de las estrategias más adecuadas para incorporar el conocimiento del paciente al desarrollo de soluciones es la investigación acción participativa.

OBJETIVOS

Conocer y mejorar la experiencia de la paciente obstétrica en nuestro centro, los acompañantes y profesionales de la salud a través de proyectos y acciones específicas co-creadas con pacientes y sanitarios.

METODOLOGÍA

Formación a los profesionales implicados en la atención a pacientes durante su proceso de parto.

Investigación etnográfica para la comprensión profunda de las motivaciones y expectativas de los diferentes agentes participantes: pacientes, acompañantes y profesionales.

Aplicación de metodologías ágiles de innovación centradas en las personas, se llevaron a cabo observaciones y entrevistas contextuales. Tras la transcripción de las conversaciones se analizaron los verbatings de los participantes, agrupándolos en temáticas para extraer problemas y propuestas de mejora.

RESULTADOS

Durante las observaciones y conversaciones se abordaron los temas principales, variando según la experiencia vivida por cada uno de los participantes. Una vez transcritas, se reorganizaron los verbatings y se extrajeron 11 propuestas de mejora que se presentaron en comisión de dirección y se abordaron por grupos de trabajo “ad hoc”:

- Dar a conocer el Servicio
- Cartilla de Embarazo
- Consultas y Pruebas
- Plan de Parto
- Preparación Parto
- Protocolo Acompañantes
- Admisión y Gestión de citas
- Rediseño de espacios
- Asesoras de Lactancia
- Alta Hospitalaria y Recomendaciones

Se han emprendido las siguientes mejoras:


- Grupo de trabajo Primaria y Hospitalizada para describir el proceso completo de embarazo, parto y puerperio
- Unificar información a lo largo del proceso, quién se la proporciona al paciente y en qué momento del proceso
- Actualización y adecuación de la web del hospital con la información contrastada entre niveles asistenciales
- Adaptación del informe de alta
- El Comité de Lactancia trabajará las propuestas de mejora relacionadas

CONCLUSIONES

La investigación acción participativa permite a los pacientes incorporarse como sujetos y agentes de investigación, innovación y cambio. Al aplicar metodologías ágiles podemos agregar la información de los distintos agentes implicados en un proceso tan emocional como el parto. Esto nos ha ayudado a aterrizar y priorizar sus necesidades para poder materializarlas en el contexto de la atención diaria.



LA EXPECIENCIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DURANTE EL TRATAMIENTO BUCODENTAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

 *Díaz Redondo, Alicia • Reyes Fierro, Almudena • García Hernández, Santiago • Novoa Lago, Emma • Rayo Navarro, Alfonso • Cortezo Vidal, Víctor*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 575

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La discapacidad intelectual, asociada con frecuencia con polimedicación y una higiene oral deficiente o ausente, puede agravar la patología bucodental. Nuestro hospital es referencia en la Comunidad de Madrid en la atención bucodental a estas personas. Para el paciente discapacitado, el ambiente quirúrgico hostil, repleto de estímulos nocivos y de gente extraña, genera temor y ansiedad, y se manifiesta en forma de reacciones de agresividad.

Para ofrecer un enfoque integral mejorando la atención en estos pacientes, nuestro centro desarrolló un sistema para incorporar la experiencia de pacientes y familiares.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la atención estomatológica en cirugía mayor ambulatoria en la experiencia de pacientes con discapacidad intelectual y familiares, mediante cuestionarios enviados por SMS tras la asistencia, detectando áreas de mejora.

METODOLOGÍA

En 2023 se envió una encuesta a través de SMS al teléfono del responsable del paciente a las 24 horas del tratamiento odontológico. Para la evaluación cualitativa se utilizó un sistema de caras con diferentes tipos de mueca y colores, donde valorar diferentes aspectos de la atención, el trato con el personal, la amabilidad, la atención a sus problemas, el entorno o la calidad de la información recibida.

La pregunta para obtener el resultado NPS (Net Promoter Score): “En caso de necesitarlo ¿con qué probabilidad nos recomendaría a un amigo o familiar?”, puntuada de 1 a 10. 9 o 10 son promotores; ≤ 6 son detractores. NPS es la diferencia entre el porcentaje de promotores y de detractores, con valores entre -100 y +100. Resultados < 30 son negativos, entre 30 y <50 mejorables, entre 50 y <80, positivos y a partir de 80 excelentes.

RESULTADOS

Respondieron el 42% de 112. Un 98,3% estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, con un NPS de 93.

Un 76,8% estaban satisfechos o muy satisfechos con el tiempo de lista de espera hasta la intervención, y el 93,8% con el tiempo en la sala de espera.

El 97,3% de familiares estaban satisfechos o muy satisfechos con la información recibida previa a la cirugía, y el 100% con la información posterior a la intervención.

44% de los familiares refirieron que los pacientes habían tenido dolor moderado o severo, estando satisfechos con su tratamiento el 95%.


El 100% de los familiares o acompañantes valoraron positivamente el trato y la amabilidad del personal.

En texto libre, el 83% registraron agradecimientos, y el 14% mejoras en los tiempos de espera para ser intervenidos. Se detectó la necesidad de mejorar los accesos y la señalización.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos mediante este sistema han sido muy positivos, y nos han permitido detectar posibles áreas de mejora como tiempos de lista de espera, accesos y señalización que los pacientes y acompañantes perciben y que abordaremos para conseguir que nuestra atención sea cada vez mejor y más adaptada a las necesidades y expectativas de estos pacientes especialmente vulnerables.

GESTIÓN DE RIESGOS EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN ¿ZONA DE TRANSITO O ZONA DE INGRESO?

 *Flor Morales, Virginia • Gómez Sánchez, Ana • Fernández Guerra, Ana Rosa • Martínez Miralles, María • Ruiz Ruiz, Ana María • Fariñas Álvarez, Concepción*

 *Hospital Marques de Valdecilla*

Identificador: 576

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La Unidad de Reanimación (REA) está inmersa en un proceso de certificación bajo la norma ISO 9001:2015. Al analizar el proceso de atención al paciente en la REA se ha detectado y priorizado, en la matriz de riesgos, como riesgo alto la actividad que se realiza en la denominada “zona de tránsito”, dotada de 8 camas, donde se atiende a los pacientes hasta su traslado a planta.

OBJETIVOS

Conocer la actividad asistencial de la zona de la Unidad de Reanimación donde se atiende a pacientes en tránsito hasta su traslado a la planta.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Periodo de estudio: 8/02/2024 y el 30/04/2024 (83 días: 57 días hábiles y 26 festivos). Población diana: pacientes atendidos en la zona de tránsito de la REA. Herramienta: registro específico en el que se recogen las siguientes variables:

- Especialidad quirúrgica a la que está asignado el paciente.
- Intervención realizada.
- Día de entrada y salida: la categoría “cero” incluye los pacientes que entran y salen el mismo día y su estancia siempre es < 24 horas. La categoría “1 día”, incluye pacientes que se quedan en el área una noche y así sucesivamente con 2 días, etc...
- Destino al alta.

En aquellos casos en los que el registro no estaba completo, se realiza revisión de las historias clínicas.

RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio se han registrado 79 pacientes. De los 83 días muestreados, ha habido entrada de pacientes en 43 días (35 %). El 3,8% (n=3) de los pacientes ha entrado en día festivo. El número máximo de pacientes que han entrado en un mismo día es de 4.

- **Especialidad quirúrgica:** 43% pacientes están asignados a Cirugía General, el 16% a Traumatología, 11% Neurocirugía, 10% Otorrinolaringología, 10% C. Cardiovascular, 4% Urología, 3% C. Maxilofacial, 3% Ginecología.
- **Día de entrada y salida:** el 49% de los pacientes pasan una noche en esta área, el 32% entran y salen el mismo día y el 19% pasan más de dos días en el área (dos pacientes tienen una estancia de 4 días).
- **Destino al alta:** el 84% pasan a una unidad de hospitalización y un 16% son dados de alta directamente al domicilio.
- **Intervenciones quirúrgicas:** 15% corresponden apendicetomía, 6% colecistectomías, 6% trombectomias. Resto no valorable


CONCLUSIONES

La prolongación del tiempo de estancia de los pacientes en esta zona, inicialmente creada como zona de tránsito, ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar la gestión de esta área de la REA, para poder prestar una asistencia segura y de calidad:

- Reorganizando los profesionales sanitarios asignados a la misma.
- Reforzando la formación de los profesionales, por la variabilidad del tipo de pacientes atendidos, que requieren diferentes tratamientos y cuidados postquirúrgicos.
- Mejorando la confortabilidad de esta zona, de cara a los pacientes y familiares.
- Facilitando el acompañamiento de los pacientes



RONDAS DE SEGURIDAD EN URGENCIAS

 Muñoz Arqueros, Julia • Alcaraz Martínez, Julian • Ramos López, Sara • Valerio de Leon, Jose Omar • Cano Sánchez, Ana Belén • Cela Campos, Gustavo

 Hospital Morales Meseguer

Identificador: 577

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las rondas de seguridad son una herramienta operativa que permite conocer la adherencia a las buenas prácticas, ayuda a identificar riesgos e incidentes en seguridad del paciente, permitiendo implementar acciones de mejora. Consisten en una visita planificada junto a los líderes de la organización donde se comprueban algunos aspectos de la seguridad de los pacientes. Se originan en el Institute for Healthcare Improvement en el 2000.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son los servicios que tradicionalmente más las han utilizado, pero su aplicación también es de utilidad en otros servicios, como el servicio de Urgencias.

OBJETIVOS

Elaborar un listado de indicadores para realizar rondas de seguridad en el servicio de Urgencias.

Mejorar la seguridad del paciente en urgencias mediante rondas de seguridad.

METODOLOGÍA

Para cumplir los objetivos se formó un grupo de trabajo con representantes de medicina y de enfermería de este servicio, jefe de servicio y supervisor y los responsables de calidad, además del jefe de la UCI que aportaba sus años de experiencia en la aplicación de esta técnica. Se elaboró una batería de 14 indicadores de los que se seleccionaron 8 para evaluar en la ronda. En otro de los indicadores se acordó realizar directamente una acción de mejora, ya que era una buena práctica no implantada.

Se planificó una primera ronda y posteriormente se difundieron los resultados en el servicio y se tomaron medidas de mejora.

RESULTADOS

En la primera ronda, de los 8 indicadores, 5 se cumplían en más del 75% de casos observados y los otros 3 tenían un cumplimiento menor. Estos últimos se referían a gestión de alarmas en la monitorización del paciente. En la posterior sesión de debriefing se acordó realizar un protocolo de uso de alarmas para Urgencias.

CONCLUSIONES

Se ha construido un listado de verificación para ser usado en las rondas de seguridad y se ha comenzado a utilizarlo en Urgencias.



PLAN DE INTERVENCIÓN PARA LA REDUCIR LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN EN LA CIRUGÍA COLO-RECTAL

 Polite Delfa, Sergio • Alonso Bernal, Amaya • Fuentes Gómez, Victor

 Hospital QuirónSalud Málaga

Identificador: 578

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La infección relacionada con la atención sanitaria continúa representando un importante problema en los hospitales. La repercusión en carga de morbilidad, mortalidad y padecimiento para el paciente y familiares y los costes económicos que suponen hacen necesaria la adquisición de medidas que minimicen este riesgo. En nuestro centro, la tasa de infección de herida quirúrgica en cirugía de colon en 2022 se situó en un 30.36% (12 puntos por encima de la tasa de Andalucía (datos PIRASOA)). Por esta razón se decidió trabajar en la reducción de dicha tasa durante el año 2023.

OBJETIVO

Reducir la tasa de infecciones en sitio quirúrgico en resección de cirugía colo-rectal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se creó un grupo de trabajo compuesto por cirujanos del Servicio de Cirugía General, profesionales del Servicio de Medicina Preventiva, profesionales del área de Bloque Quirúrgico y profesionales de la Unidad de Calidad.

Se revisaron todos los casos identificados como infección, se analizaron las causas que podían estar influyendo en este aumento y se estableció un bundle de medidas que consistió en:

Definición y homogenización de la preparación de los pacientes previa a la cirugía
Definición y homogenización de la profilaxis antibiótica prequirúrgica
Definición y homogenización de las cajas de instrumental a utilizar en las cirugías
Definición de la preparación de la sala previa a la intervención
Formación sobre la correcta aplicación de estas medidas.
Definición de sistemática de seguimiento de incidencia de infección en pacientes intervenidos

RESULTADOS


A partir del primer trimestre de 2023 se comienzan a evidenciar mejoras en tasas de infección, descendiendo al 16%. Durante el segundo trimestre la tasa de incidencia acumulada se situó en el 14%, y en el tercer trimestre en el 17%. Finalmente, a cierre de diciembre de 2023 la tasa final de incidencia de IHQ en cirugía colo-rectal se situó en un 18%.

CONCLUSIONES

El incorporar un bundle de medidas de forma coordinada entre servicios clínicos y de soporte supuso una mejora de 12 puntos en la tasa de infección. Un bundle de medidas que incluya el rediseño de procesos, formación y seguimiento pormenorizado permite mejorar los resultados y por lo tanto la calidad y seguridad de la atención ofrecida.



LA GESTIÓN DE INCIDENTES, ASPECTO FUNDAMENTAL PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Trillo López, Paloma ⁽¹⁾ • Corpas Nogales, Elena ⁽²⁾ • Junco Gómez, Maria del Carmen ⁽²⁾ • Rodríguez Ocaña, José ⁽²⁾ • Contreras Sánchez, Antonio Jesús ⁽²⁾ • Moreno Campoy, Elvira Eva ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario Regional de Málaga • ⁽²⁾ Escuela Andaluza de Salud Pública • ⁽³⁾ Consejería de Salud y Consumo

Identificador: 580

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos tiene el propósito de aprender para prevenir y/o mitigar daños en los pacientes. Esto requiere una gestión adecuada de los incidentes, la puesta en marcha de medidas de mejora y su evaluación correspondiente, siempre con el apoyo directivo.

OBJETIVOS

Potenciar la notificación y gestión de riesgos e incidentes.
General conocimiento sobre los problemas de seguridad.
Identificar áreas de mejora para implementar medidas.

METODOLOGÍA

Estudio de intervención.

Periodo: 2022-2023.

Ámbito: Servicio de Salud.

Acciones realizadas (2023):

Difusión en RRSS y formación de la importancia de notificar.

Actualización y difusión de la herramienta corporativa: notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente y mejora continua (notificASP): mejoras en el formulario de notificación y en el módulo de gestión, con feed-back a los notificantes.

Informes de retroalimentación (a profesionales y equipos directivos) con análisis de las notificaciones, acciones de mejora realizadas y oportunidades de mejora detectadas.

Formación en gestión (virtual y presencial): 45 sesiones, 2300 profesionales.

RESULTADOS

En 2023, notificASP se utilizó por 1362 unidades clínicas y contó con 3070 gestores locales.

Hubo 7829 notificaciones frente a las 5856 en 2022 (33,7% incremento). La media fue de 21,44 notificaciones/día (16,04 en 2022). La ciudadanía realizó 187 notificaciones frente a las 53 en 2022.

Los principales notificantes: personal de enfermería (55,4%) y personal médico (21,2%). En 2022 48,5% y 20,5 respectivamente.

Las principales categorizaciones de los incidentes: el proceso asistencial (1999); la medicación y fluidos intravenosos (923); caídas (906); el equipamiento médico (740) y recursos (648).

El 69,7% fueron riesgos e incidentes sin daño (85% en 2022) y el 30,3% con daño (1,86% daño grave y 0,32% muerte).

La gestión de las notificaciones incremento del 81,6% en 2022 al 83,1% en 2023. En el 71,1% se gestionaron en menos de 30 días; y en el 76,8% se implemento, al menos, una acción de mejora.

Desde julio 2023, con la nueva versión de notificASP, se identificaron e implementaron 3368 acciones de mejora, relacionadas principalmente con el proceso asistencial (498), medicación (482), caídas (479), identificación (306), dispositivos del paciente (300) y recursos (274).

CONCLUSIONES

Hay que continuar sensibilizando a los profesionales, de todas las categorías y ámbitos, especialmente atención primaria y a la ciudadanía, sobre la importancia de notificar.

Hay que insistir en la relevancia de la gestión de las notificaciones, en tiempo y forma, para ir avanzando hacia el objetivo óptimo del 100% de incidentes gestionados.

Es necesario continuar con la formación de los gestores de la unidades clínicas y de centros en la calidad de la gestión y en la evaluación periódica de las acciones de mejora implementada, además de incorporar nuevos profesionales en los equipos de Seguridad del Paciente de los centros.



VALOR AÑADIDO AL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA, INCLUIDA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 Estepa Muñoz, Montserrat • Ramirez Puerta, Dulce • Garcia Tejada, Susana • Ramos Vital, Carolina • Muñoz Aguilera, Roberto • Caballero Caballero, Camino

 Hospital Universitario Infanta Leonor

Identificador: 582

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El nuevo Plan Estratégico (PE) del Hospital 2021-2024 incluye como uno de sus objetivos la integración de pacientes y su entorno. La Dirección de Continuidad Asistencial (DCA) del Hospital presenta un nuevo proyecto basado en la Gestión de Procesos Asistenciales Integrados (PAIs), que englobe a Atención Primaria (AP) y a todo agente implicado en el proceso asistencial, incluyendo su experiencia en el diseño del mismo. La insuficiencia cardiaca (IC) es problema de salud de 1^{er} orden: afecta a más de 10 millones de personas en Europa y es 1^a causa de hospitalización en >65 años. LA COVID 19 impactó en el control y seguimiento de estos pacientes y la atención a enfermos crónicos ha disminuido notablemente. Por ello se ha elegido el PAIC-ExpaiCard para incorporar la experiencia del paciente en el re-diseño de su asistencia

OBJETIVOS

Mejorar resultados en salud a los pacientes con IC, incorporando su experiencia y a todos los agentes que intervienen

METODOLOGÍA

Investigación de Acción Participativa (IAP): incorpora el conocimiento del paciente en el desarrollo de soluciones y le permite ser sujeto y agente de investigación, innovación y cambio. Método del Instituto de Experiencia del Paciente (IEXP) y la interacción de todos los agentes se basa en talleres con técnica Design Thinking, que localiza las principales barreras y soluciones por consenso. Además de los pacientes participan: DCA, Farmacia Hospitalaria y Comunitaria, Calidad Asistencial, Sistemas de Información, Atención al Paciente, Trabajo Social, Cardiólogos, enfermería de práctica avanzada en IC, médicos y enfermería de AP. Comenzamos en noviembre 2022 analizando el proceso y workshop inicial, encuestas y entrevistas. El plan de acción continua en 2023-24, con 61 pacientes y 16 profesionales

RESULTADOS

Con evaluación continua, se están desarrollando 3 proyectos de mejora:

Coordinación con Ap

Grupo de trabajo activo, con referentes IC en los 13 CS

I Jornada Coordinación de Cardiólogos y AP: Atención Integral IC

Sesión presencial en CS: potenciar y mejorar la eConsulta IC y resto de especialidades

Apoyo autocuidado

Programación de contenidos en autocuidado para desarrollo de material audiovisual que pueda tener el paciente cuando desee.

Grabación de videos sobre factores de riesgo de IC. Estará en la web del hospital para colaborar con la Escuela Madrileña de Salud

Poliemdicado y adherencia

Facilitar posología de los fármacos

Mantener actualizada hoja de medicación por AP y Cardiólogos

Informar de fármacos en todos los niveles de asistencia

Detección de problemas de adherencia por farmacia comunitaria

Revisión en AP de polimedcado para identificar pacientes a optimizar en el PAIC


CONCLUSIONES

Definir PREMS, PROMS, KPIs clínicos nos ayuda a evaluar el impacto del proyecto en resultados de salud

Se ha conseguido activar tras la pandemia el PAICC y ha sido motor para todo proyecto basado en la Gestión de PAIs que estaba inactivo. El proyecto es reproducible a otros hospitales



DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 SALVO MARCO, EVA VICTORIA ⁽¹⁾ • LLORIA CREMADES, MARIA JOSE ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ ADMINISTRACION - HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITECNIC LA FE • ⁽²⁾ HOSPITAL LA FE

Identificador: 583

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACION

La necesidad de un cambio cultural en el entorno sanitario hacia la integración de las visiones que tienen los equipos directivos de departamentos de salud, los gestores sanitarios y los propios pacientes de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, fue puesta de manifiesto por Kohn et al en el documento *To err is human en 1999*.

En las 2 últimas décadas se han identificado las áreas de riesgo de seguridad en atención ambulatoria, en la seguridad de los medicamentos, en las tasas de infecciones, en los errores de diagnóstico y en el uso de la tecnología de la información de salud.

Sin embargo la frecuencia del daño prevenible sigue siendo alta y sigue siendo imperativo nuevos enfoques científicos y políticos para abordar tantas las áreas de riesgo anteriores como las emergentes.

Para este compromiso ético y social la Gerencia de nuestro hospital ha creado la Unidad de Calidad Asistencial y SP para todo su departamento de salud.

OBJETIVOS

Generar, potenciar y difundir la cultura de calidad y SP en la organización.

Impulsar la participación de pacientes en el diseño de procesos.

Potenciar la utilización de modelos y herramientas de gestión.

Garantizar la gestión de riesgo sanitario.

Promover la cultura de buenas prácticas e impulsar la cultura de bioética en la organización.

Contribuir a poner en valor a los profesionales del sistema sanitario.

METODOLOGIA

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Realización de una revisión de las actividades y los resultados obtenidos en el desarrollo del Plan de calidad desde el año 2021 hasta la actualidad.

La población diana la constituye el propio departamento con sus estructuras, servicios, profesionales y procesos.

RESULTADOS

El Plan de calidad del departamento consta de 7 líneas estratégicas. Cada línea está asociada a objetivos, acciones, plazos, e indicadores.

Se han considerado como resultados del Plan de calidad, las iniciativas, acciones e intervenciones implementadas en formato de normas y recomendaciones, acuerdos de gestión, programas, autoevaluaciones, eventos (cursos y jornadas).

Se ha estimado que más un 80% de las acciones se han implementado.

CONCLUSIONES

El disponer de una estrategia de calidad y SP, ha permitido tener una visión global de la calidad y SP del departamento de salud, en dimensiones como la accesibilidad, la adecuación, la seguridad, la continuidad y especialmente la satisfacción del paciente.

El desarrollo del plan, ha mostrado etapas y mecanismos necesarios para materializar y conseguir avances lentos, transformadores y así conseguir los objetivos que nos hemos planteado.

Como elemento de mejora y futuras acciones cabe destacar la necesidad de realizar encuestas de clima laboral y la gestión de riesgos a nivel de la organización.

Se requiere seguir potenciando la acreditación de servicios, procesos o áreas por normas ISO.

En el plan de formación se detectan carencias no abordadas en los cursos.

La tecnología ha de dar soporte como aliada no como esclavizadora.



GESTIÓN DE RIESGOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

 Granero López, Mónica • Fernández López, Alicia • Martínez Espiñeira, Juliana • Rodríguez Legazpi, Iria • González Furelos, Tania • Rodríguez Penín, Isaura

 Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Identificador: 584

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Como Servicio de Farmacia (SF) certificado por la norma UNE EN ISO 9001 desde hace 24 años, implantamos progresivamente la gestión de riesgos desde su introducción por ISO en su última versión 2015. Transcurridos casi 10 años, realizamos un estudio de la evolución de esta gestión, así como del análisis de las consecuencias y mejoras que supuso su integración en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue revisar la sistemática implantada para la gestión de riesgos, su evolución y la integración en la estrategia del SF. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo que comprende el período desde 2018-2023.

Para la gestión de riesgos se elaboró una matriz de riesgos (herramienta AMFE), estableciendo como criterios: definición del riesgo, origen/causas, consecuencias y niveles de riesgo (aceptable-moderado-severo-inaceptable). Para categorizar los niveles de riesgo se emplearon escalas de valoración de frecuencia (f), capacidad de detección (d) y gravedad (g), obteniendo el Índice de Priorización de Riesgos según resultado del cálculo ($f*d*g$); esta priorización se reevaluó anualmente para cada riesgo, tomando medidas en caso de ser necesario. Se elaboró la información documentada del proceso, con las actualizaciones posteriores, y se llevó a cabo un seguimiento de la gestión por el servicio y la dirección.

Variables incluidas en el estudio: número de riesgos definidos en la matriz, nivel de gravedad, % riesgos activos y cerrados, número de reuniones con dirección.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el período de estudio se han detectado un total de 38 riesgos. En función del nivel de gravedad se clasificaron como riesgos aceptables: 2; moderados: 19; severos: 15 e inaceptables: 2.

El 84,2% de los riesgos han sido tratados y cerrados. En la reevaluación anual fue necesario reabrir 2 de ellos por aumentar su nivel de riesgo, volviendo a realizar tratamiento hasta niveles de riesgo aceptables.

Actualmente se encuentran en proceso de tratamiento 6 riesgos, 5 de ellos de carácter moderado y uno se ha considerado inaceptable, para el cual se ha realizado un Análisis Causa-Raíz y se iniciaron medidas para su tratamiento

Durante el período de estudio se han realizado periódicamente reuniones con el equipo directivo (2018: 3 reuniones; 2019: 3 reuniones; 2020: 2 reuniones; 2021: 2 reuniones; 2022: 3 reuniones y 2023: 2 reuniones).

La herramienta utilizada permite realizar el seguimiento de la gestión de riesgos como estrategia integrada en el SGC, dando lugar a la implantación de acciones de tratamiento para actualizar sistemáticas y favorecer la integración con otros procesos, con el fin último de mejorar la seguridad del paciente. Las reuniones con el equipo directivo han permitido, principalmente, el tratamiento de aquellos riesgos que se encuentran fuera del alcance del servicio.

INICIO, DESARROLLO Y COORDINACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CON EPOC

 **MENCHEN TABASCO, M^o CARMEN • SERRANO CEPAS, M^o ANGELES • DELGADO SANCHEZ, PILAR • BONILLA ZAFRA, GREGORIO**

 **HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON**

Identificador: 585

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la tercera causa de muerte en el mundo ocasionando 3,23 millones de defunciones en 2019, según la OMS. En España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2022, la mortalidad ajustada por edad fue de 20,8 fallecimientos por 100.000 habitantes.

Los pacientes con estadios graves o muy graves, denominados “EPOC-frágiles”, sufren una tasa de 1.5-2 agudizaciones al año con un elevado consumo de recursos. La atención ambulatoria de pacientes seleccionados puede reducir la necesidad de hospitalización, con unos resultados que son coste-efectivos, ya que las agudizaciones representan el 70% de los costes de esta enfermedad.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal dentro del proceso asistencial integrado de atención al paciente con EPOC (PAIEPOC) es describir el proceso de diseño de un modelo orientado a reducir la morbimortalidad y mejorar su calidad de vida, garantizando el tratamiento adecuado en cada etapa, tanto en fase de estabilidad como en situaciones de exacerbación.

Objetivos específicos:

Mejorar la calidad de vida y satisfacción del paciente

Facilitar herramientas de detección precoz de agudizaciones

Evitar visitas a Urgencias, ingresos/reingresos hospitalarios y reducir el tiempo de estancia media y las complicaciones

Reducir el infradiagnóstico de la EPOC

METODOLOGÍA

Se realiza un protocolo de atención coordinada entre el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) y Atención Primaria para los pacientes con EPOC estableciendo circuitos y criterios de inclusión. La solicitud de inclusión se realiza desde Urgencias, Atención Primaria, Hospitalización y Consultas mediante interconsulta o e-consulta.

El equipo de PAIEPOC, evalúa el riesgo del paciente y nivel de intervención; si el paciente cumple criterios se informa para que dé su consentimiento verbal, se le incluye en el programa y se le asigna nivel de intervención alto.


Se envía un correo a los centros de salud de referencia para programar flujo de visitas, sesiones de rehabilitación respiratoria y sesiones grupales de educación sanitaria entre los diferentes niveles asistenciales.


Tanto el nivel de riesgo como el de intervención se reevalúan de forma dinámica, estableciendo indicadores de cambio de la situación del paciente.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Hasta la actualidad, se han incluido en el programa 37 pacientes, de los cuales 31 está en un proceso activo, 2 han abandonado y 4 han sido éxitos. Se han impartido 24 sesiones de rehabilitación respiratoria y 6 sesiones grupales de educación sanitaria a 9 pacientes. Las consultas que se han realizado desde inicio de programa (Octubre/23) son 270. La coordinación de la atención al paciente con EPOC debe tener en cuenta las características de cada enfermo y la formación y experiencia de los distintos equipos asistenciales. Debe estimularse la creación de vías de comunicación e interconsulta eficaces y útiles para alcanzar un adecuado control del paciente con EPOC.

TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES ENTRE PERSONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

 González Rodríguez, Paula ⁽¹⁾ • Rodríguez Gonzalez, Monica Iraya ⁽¹⁾ • Gonzalez Curbelo, Azahara ⁽¹⁾ • Ortega Peña, Francisco Manuel ⁽²⁾ • Alonso Gordillo, Yarely ⁽³⁾ • Domínguez Rodríguez, Virginia ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín • ⁽²⁾ CHUIMI • ⁽³⁾ Hospital General de Fuerteventura • ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Identificador: 586

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las muertes evitables hospitalarias como consecuencia de errores humanos, han incrementado la relevancia de la seguridad del paciente (SP) a nivel mundial.

El informe nacional de Estrategia de SP recoge que en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el 12% de incidentes evitables estaban relacionados con uso de medicamentos, retraso en el diagnóstico y fallos de comunicación.

Estos últimos, reconocidos como contribuyente al daño del paciente, impulsaron la implantación de mecanismos de comunicación fiables y seguros. La transferencia de información (TI) del paciente entre profesionales durante el cambio de guardia es un evento comunicativo. Una TI individualista y sin protocolizar no contribuye a la SP.

Los SUH son dinámicos, con un alto flujo de pacientes, mala calidad de registros y participación multidisciplinar en la continuidad de la atención. Por esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) proponen un método estandarizado de TI adaptado. Reducen las inherencias durante el cambio de guardia, son de fácil aplicación, útil entre las distintas unidades de atención y en situaciones críticas. Emplean reglas mnemotécnicas aptas para una comunicación efectiva.

OBJETIVOS

Analizar características de la TI de pacientes durante el cambio de guardia de los enfermeros en los SUH. Conocer qué importancia asocian al entorno durante el proceso, la adecuación de información otorgada o la idoneidad del tiempo empleado.

Valoraremos la opinión respecto la TI en presencia del paciente, así como sus conocimientos acerca de la existencia de los métodos estandarizados y el valor que le dan.

Propiciar un acercamiento a las necesidades y opiniones del personal respecto a este asunto.

MÉTODOLOGÍA

Estudio descriptivo. Población de estudio: 380 enfermeros que trabajaban en los SUH de dos hospitales principales y dos periféricos a final de 2023. Cuestionario anonimizado de 18 preguntas tipo sociodemográficas, de valoración numérica y una abierta. Respuestas transcritas a base de datos Excel.

RESULTADOS

El 76% son mujeres. 68% tiene máximo 5 años de experiencia en el servicio. En el 100% de las unidades hay cambio de guardia con elevada variabilidad de tiempo empleado para la TI. Considera el 66.8% que el tiempo es el adecuado. Para el 96% la comunicación es clave en la SP valorando como inadecuado el entorno durante el proceso. Considera que es obligatoria la TI el 94.4% creyendo necesario seguir un orden el 84.5%. El 58% está en desacuerdo con la presencia del paciente/familiares durante el proceso.


Por último, el 81.3% considera necesario la implantación de un método, siendo el más conocido el IDEAS pero solo por el 26.3%. El 15% planteó sugerencias en la pregunta abierta.


CONCLUSIONES

El estudio muestra que existe inconsistencia percibida en el método actual empleado para la TI en los SUH y muestra la necesidad de estandarizar el cambio de guardia por la importancia para la SP.



USO DE HERRAMIENTAS DIGITALES PARA LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE LABORATORIO

 Cabanes Madrid, Jesús • Párraga García, Daniel • Melgares de Aguilar Marco, Raquel Victoria • Pascual Ramirez de Arellano, Mónica • Romero Real, María del Valle • López Jiménez, Elena Ana

 H.U 12 de Octubre

Identificador: 587

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La norma ISO-15189 tiene por objeto garantizar la calidad y la competencia técnica de los laboratorios clínicos. En su apartado 6.2 "Personal", exige que la dirección del laboratorio documente la cualificación del personal para cada puesto de trabajo. Para ello, deben registrarse las evaluaciones de formación demostradas para realizar las actividades pertinentes.

En un servicio de laboratorio de un hospital de tercer nivel, hay un gran número de trabajadores con diversas funciones implicados en el proceso de análisis. El modelo clásico de evaluación en papel resulta engorroso y poco práctico en una organización de este tamaño. Por ello, se propone la transformación digital de estas formaciones para optimizar el proceso.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el objetivo de la digitalización de la cualificación del personal de laboratorio hemos utilizado la plataforma Microsoft Forms. A través de ella, el responsable de cada sección encargado de la formación correspondiente puede añadir los ítems que caracterizan la formación para un puesto de trabajo o equipo de laboratorio y editarlos fácilmente. Todos los datos se almacenan en la plataforma y se puede acceder a ellos de forma sencilla para revisar o actualizar una formación. Además, permite exportar a Excel el listado de toda la formación para una determinada actividad con los diferentes ítems que la componen. Por otro lado, el acceso a la plataforma requiere el usuario y contraseña del correo electrónico corporativo, lo que aumenta también la protección de los datos manejados.


RESULTADOS

Llevamos un año y medio trabajando con la formación digital en nuestro laboratorio, lo que ha mejorado su calidad. Al ser más cómodos de realizar, el tiempo de cumplimentación de estos documentos ha disminuido, y ahora son más fáciles de localizar cuando se necesitan. Además, poder exportar los resultados de todos los profesionales formados para una misma función nos ha permitido crear estadísticas de las que podemos extraer los puntos débiles del personal para una determinada actividad, viendo así dónde hay que reforzar más la formación.

CONCLUSIONES

El uso de herramientas digitales permite realizar la formación de una forma más accesible, organizada y segura, además del gran ahorro de papel que supone. De esta forma, la digitalización progresiva de los documentos aporta una gran mejora en la gestión de la información del laboratorio.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR DEL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITAL

 PRIETO UTIEL, EVA ⁽¹⁾ • BARBERÁ MARTÍN, AURORA ⁽²⁾ • DÍEZ ALCÁNTARA, ANA ⁽¹⁾ • ALMODÓVAR CARRETÓN, M^a JOSEFA ⁽¹⁾ • VICENTE DEL HOYO, MÓNICA ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD • ⁽²⁾ ÁREA DE PROCESOS Y CALIDAD. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD • ⁽³⁾ UNIDAD DE APOYO TÉCNICO. DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE. GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Identificador: 588

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Se han notificado problemas de seguridad relacionados con la utilización de los opioides en dolor crónico oncológico (DCNO). La evidencia disponible no apoya su uso en el tratamiento a largo plazo del DCNO debido a los limitados datos sobre su eficacia y el riesgo de daños graves. Las guías de práctica clínica recomiendan precaución al prescribirlos, considerando su uso cuando otros analgésicos son ineficaces o estén contraindicados y otras alternativas no farmacológicas no hayan sido eficaces.

Por otro lado, la decisión del paciente para aceptar el tratamiento con un opioide debe estar basada en una correcta información, principalmente al inicio del tratamiento. Se debe informar sobre los beneficios y posibles riesgos, incluidas adicción y sobredosis, acordando con el paciente unos objetivos aceptables de mejora de la funcionalidad y disminución del dolor.

OBJETIVOS

En el contexto de la Comisión de Continuidad Asistencial en Farmacoterapia (CCAF) se estableció como objetivo implantar diferentes estrategias para mejorar la utilización de los opioides en DCNO de manera coordinada entre atención primaria (AP) y un hospital de nuestra área de influencia.

METODOLOGÍA

- Identificación y visualización del problema en la CCAF: para ello se analizaron diferentes casos remitidos por médicos de familia en los que se analizó la dosis, duración de tratamiento, duplicidad de opioides e interacciones relevantes.
- Se plantearon diferentes líneas de trabajo:
 - Formación a los profesionales
 - Formación al paciente
 - Nota normalizada en los informes de la unidad del dolor al iniciar un tratamiento con opioides
- Revisión por parte del farmacéutico de AP de pacientes identificados en receta electrónica con duplicidad de opioides en diciembre-2021.

RESULTADOS

- Se elaboró en 2022 un documento breve con ideas clave sobre el uso prudente de los opioides en DCNO por parte del servicio de farmacia de AP consensuado con la unidad del dolor del hospital.
- Se realizaron sesiones formativas a los médicos de AP presentando el documento breve y la evidencia respecto al uso de opioides en DCNO.
- Se elaboró una infografía para el paciente para mejorar la información al inicio de tratamiento a través de la Sociedad de Farmacéuticos de AP.
- Inclusión del siguiente mensaje en los informes de la unidad del dolor: “Se ha iniciado tratamiento con un opioide por el dolor crónico que padece y que no ha respondido a otros tratamientos. Dado que la evidencia a largo plazo es limitada en esta indicación se debe reevaluar por su médico de familia quien podrá suspender o modificar el tratamiento si no hay buena respuesta.”
- Se revisaron 221 pacientes [71% mujeres, edad media 74 años (DE=13,5)], resolviéndose la duplicidad en 42 pacientes (45,2%; IC95% 35,1-55,3).

CONCLUSIONES

Se han realizado distintas estrategias para mejorar el uso de opioides en el DCNO entre AP y hospital dirigidas tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes.



IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA APOYAR LA TUTORIZACIÓN EN UNA FORMACIÓN DE CALIDAD.

 ALMELA BERNAL, JOAQUIN • CALLE URRRA, JOSE EDUARDO • RAMON ESPARZA, TERESA • MAS CASTILLO, ADELIA • JIMENO ALMAZÁN, AMAYA • ARENAS DIAZ, CARLOS ALBERTO

 SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIA, SEGURIDAD Y EVALUACIÓN

Identificador: 589

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Mantener estándares elevados y mejorar los procesos en la calidad asistencial es esencial. La Subdirección General de Calidad Asistencial, Evaluación y Mejora ha sido clave en la formación de profesionales sanitarios en ciclos de mejora. Estos programas enfrentan desafíos en la tutorización personalizada, sobre todo durante el desarrollo de la **parte práctica** de los mismos. La inteligencia artificial (IA), especialmente los modelos GPT, ofrece una solución innovadora para mejorar la eficiencia y efectividad de esta tutorización.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos Generales

- Optimizar la tutorización mediante IA, mejorando eficiencia, tiempos de respuesta y precisión de retroalimentación.
- Implementar un modelo GPT para la tutorización en ciclos de mejora, proporcionando respuestas precisas y apoyo continuo por email.

Objetivos Específicos

- Configuración del modelo GPT:
- Aspectos teóricos: Entrenamiento con un corpus de conocimiento propio sobre ciclos de mejora.
- Aspectos administrativos: Información sobre procesos administrativos, preselección de alumnos, asignación de grupos, plazos, etc.
- Entrenamiento en la Retroalimentación:
- Recolección de preguntas: Recopilación de consultas.
- Generación de respuestas: El GPT propone respuestas a cada pregunta.
- Selección y validación: El tutor revisa y selecciona la respuesta adecuada, ajustando el modelo continuamente.
- Evaluar la efectividad del GPT comparando sus respuestas con las tradicionales.

METODOLOGÍA

Recopilación de Datos para la Evaluación

- Tiempo de Respuesta: Medir tiempos de respuesta a consultas.
- Volumen de Consultas: Registro de número de consultas gestionadas.
- Calidad de Respuestas: Evaluar calidad de respuestas del GPT y tradicionales mediante encuestas de satisfacción y revisión por experto.

Análisis de Datos

- Comparación de Tiempos de Respuesta: Comparar tiempos de respuesta entre grupos con/sin apoyo de IA con técnicas estadísticas.
- Evaluación de Capacidad de Gestión: Analizar volumen de consultas gestionadas.
- Análisis de Calidad: comparación de la calidad de respuestas entre grupos con/sin apoyo de IA con técnicas estadísticas.

RESULTADOS

Son resultados preliminares muestran que la implementación del modelo GPT ha mejorado la eficiencia de la tutorización:

- **Reducción del tiempo de respuesta:** Respuestas más rápidas.
- **Aumento de la capacidad de gestión:** Mayor volumen de consultas gestionadas.
- **Calidad y precisión de respuestas:** Respuestas del GPT comparables en calidad a las tradicionales.
- **Optimización del proceso de retroalimentación:** Retroalimentación detallada y continua.

CONCLUSIONES

La implementación del modelo GPT en la tutorización de ciclos de mejora asistencial ha demostrado ser eficaz, mejorando la eficiencia y calidad de la formación. Se facilitan respuestas rápidas y precisas, optimiza el trabajo de los tutores y mejora la experiencia de aprendizaje. La IA en la formación en calidad asistencial es un avance significativo hacia la modernización de los procesos educativos en el sector sanitario.



ENCUESTAS 360 GRADOS DE LOS SERVICIOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN ECONÓMICA

 ENCINAR MARTIN, FERNANDO • PAN, JUAN • PEREZ GOMEZ, CARLOS LORENZO • PEREX SAEZ, TERESA • ARGOTE, ANA MARIA

 ORGANIZACION SANITARIA INTEGRADA ARABA

Identificador: 590

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

Desde Dirección Económica se han venido realizando encuestas 360° anualmente para evaluar y mejorar los diferentes servicios ofrecidos. Este informe presenta un análisis de los resultados obtenidos durante varios años, con un enfoque especial en la última encuesta, que incluye una validación realizada sobre las personas responsables de Dirección Económica.

Las encuestas de 360 grados en el hospital, aplicadas a los servicios dependientes de la Dirección Económica, han sido una herramienta de evaluación integral que recopila retroalimentación de múltiples fuentes sobre el desempeño de los empleados y servicios. Estas encuestas recogen opiniones de superiores, compañeros, subordinados y usuarios de los servicios. (Trabajadores del hospital)

OBJETIVOS

El objetivo es obtener una visión completa y objetiva del rendimiento y la eficacia de los servicios relacionados con la Dirección Económica, como contabilidad, finanzas, compras, logística, limpieza, seguridad, contratación administrativa, enfermería de recursos materiales, cafetería, entre otros. Además, se ha valorado a las propias personas responsables, como la propia Dirección Económica, Secretarías,

METODOLOGÍA

Se han realizado aproximadamente 10 encuestas por año, abarcando los Servicios dependientes de Dirección Económica. Las encuestas 360° se diseñaron para recoger feedback de múltiples perspectivas, incluyendo empleados, superiores y otros interesados. Para obtener una mayor participación de los profesionales a la hora de dar su opinión se han elaborado unas encuestas sencillas que se contestan en menos de cinco minutos, utilizando la herramienta de Survey Planet, enviándola vía email corporativo a todos los profesionales.

RESULTADOS

Una vez recogido los datos se elabora un informe y se presentan las aportaciones, a partir de este momento se preparan los informes definitivos comparando los resultados con los de los años anteriores, recogiendo las principales propuestas de mejora. La información se cuelga en la intranet para que tengan acceso a los resultados todos los profesionales

CONCLUSIONES

La retroalimentación obtenida ha permitido identificar áreas de mejora, fomentar el desarrollo profesional y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. En un hospital, esto es crucial para asegurar una administración eficiente de los recursos económicos, lo que repercute directamente en la calidad de la atención al paciente.

Todas las encuestas recogen en su último punto: sugerencias y propuestas. Ha sido increíble la gran cantidad de aportaciones y participación de los profesionales.

Este informe tiene como objetivo no solo documentar los resultados de las encuestas 360°, sino también servir como una guía para la mejora continua de los servicios ofrecidos por la Dirección Económica.

INDICADORES DE CALIDAD PARA UN SERVICIO DE ELECTROMEDICINA

 OJEDA CRUZ, ANTONIO MANUEL ⁽¹⁾ • GARCIA DEL TORO, ADAY ⁽²⁾ • SANTANA QUINTANA, SANTIAGO ⁽³⁾ • OJEDA GARCIA, LAURA ⁽³⁾ • OJEDA GARCIA, CRISTINA ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽²⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR - MATERNO INFANTIL • ⁽³⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽⁴⁾ ATENCION PRIMARIA

Identificador: 592

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El vertiginoso crecimiento de avances científicos e innovaciones tecnológicas en el área de la salud ha generado la necesidad imperiosa de una gestión eficiente de los recursos tecnológicos para garantizar una asistencia sanitaria personalizada y orientada a resultados de valor. La optimización de estos recursos no solo mejora la calidad de la atención al paciente, sino que también permite una administración más eficaz y económica de los servicios de salud.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este estudio es desarrollar una visión integral de la gestión de servicios de salud en términos de respuesta de atención, optimización de recursos, garantía de calidad, y cumplimiento de normativas y estándares regulatorios. Para ello, se propone:

Evaluar el rendimiento de los servicios prestados en un centro sanitario. Identificar áreas de mejora en la gestión y mantenimiento de la tecnología médica. Garantizar la seguridad en la atención al paciente mediante el cumplimiento de normativas y estándares regulatorios. Apoyar la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la planificación y gestión de la tecnología médica. La metodología empleada incluye una revisión exhaustiva de la literatura existente, análisis de casos prácticos en centros sanitarios y entrevistas con expertos en gestión de servicios de salud. Además, se utilizarán herramientas de evaluación de desempeño y análisis de eficiencia para medir el impacto de la gestión tecnológica en los resultados de atención sanitaria.


RESULTADOS

Los resultados obtenidos demuestran que una gestión eficiente de la cartera de servicios permite mejorar significativamente la respuesta de atención, optimizar los recursos disponibles, y garantizar una alta calidad en los servicios prestados. Se identificaron varias áreas de mejora, entre las cuales destacan la necesidad de una mayor integración de tecnologías emergentes y la actualización constante de los protocolos de mantenimiento y uso de equipos médicos. Asimismo, el cumplimiento riguroso de las normativas y estándares regulatorios se tradujo en una mayor seguridad y satisfacción del paciente.

CONCLUSIONES

La implementación de una gestión eficiente de los recursos tecnológicos en el área de la salud es fundamental para ofrecer una atención personalizada y de calidad. La evaluación continua del rendimiento de los servicios y la identificación de áreas de mejora permiten una optimización constante de los recursos, lo cual se refleja en una mejor respuesta de atención y en la seguridad del paciente. Además, el cumplimiento de normativas y estándares regulatorios es indispensable para garantizar la confianza y satisfacción del paciente. Este estudio evidencia la importancia de una gestión estratégica y bien planificada de la tecnología médica en centros sanitarios, y su impacto positivo en los resultados de salud.

MEJORA EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES: ¿PUEDE INFLUIR LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL?

 OJEDA CRUZ, ANTONIO MANUEL ⁽¹⁾ • GARCIA DEL TORO, ADAY ⁽²⁾ • OJEDA GARCIA, LAURA ⁽³⁾ • SANTANA QUINTANA, SANTIAGO ⁽⁴⁾ • OJEDA GARCIA, CRISTINA ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽²⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIOS INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽³⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽⁴⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽⁵⁾ ATENCION PRIMARIA

Identificador: 593

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El uso de la Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito de la salud se ha convertido en un factor crucial para la creación de valor, gracias a su capacidad para transformar y optimizar los servicios sanitarios. La evolución de la IA y sus múltiples aplicaciones han permitido mejoras significativas en el diagnóstico, tratamiento y gestión de la salud, ofreciendo nuevas perspectivas de futuro.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este póster es explorar el papel de la IA como herramienta de creación de valor en el ámbito de la salud, analizando su evolución y las perspectivas futuras desde diversas visiones de la Inteligencia Artificial. Para lograr esto, se plantean los siguientes objetivos específicos:

Analizar las perspectivas de futuro y el potencial de la IA para seguir transformando el sector. Recoger y comparar diferentes visiones y enfoques sobre la IA provenientes de expertos y profesionales del área. La metodología empleada incluye una revisión sistemática de la literatura científica, entrevistas con expertos en IA y salud, y el análisis de casos prácticos donde la IA ha generado un impacto significativo. Se utilizarán técnicas de análisis cualitativo y cuantitativo para evaluar las diferentes perspectivas y el impacto de la IA en la creación de valor en el sector salud.

RESULTADOS

Los resultados de este análisis muestran que la IA ha tenido una evolución considerable, pasando de ser una tecnología emergente a convertirse en una herramienta esencial en el ámbito de la salud. Las aplicaciones actuales incluyen desde el diagnóstico por imágenes y el análisis predictivo hasta la personalización de tratamientos y la gestión de datos de pacientes. Las perspectivas futuras indican un crecimiento continuo y una mayor integración de la IA en la atención sanitaria, con avances esperados en áreas como la medicina personalizada, la telemedicina y la automatización de procesos clínicos. Las visiones recogidas de diversos expertos destacan la importancia de la colaboración interdisciplinaria y el desarrollo de normativas éticas y de seguridad para maximizar el potencial de la IA en salud.

CONCLUSIONES

La Inteligencia Artificial se presenta como una herramienta de creación de valor indispensable en el sector salud, con una evolución que ha demostrado su capacidad para transformar significativamente la atención sanitaria. Las aplicaciones actuales y las perspectivas de futuro indican un camino de continuo crecimiento e innovación, donde la IA jugará un papel cada vez más central en la mejora de los servicios de salud. Las diferentes visiones recopiladas subrayan la necesidad de una integración cuidadosa y ética de la IA, garantizando que sus beneficios se maximicen sin comprometer la seguridad y la privacidad de los pacientes. En conclusión, la IA no solo está revolucionando el presente de la salud, sino que también promete un futuro lleno de posibilidades y mejoras para la atención sanitaria global.



MEJORAR LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EVITANDO REPETICIÓN DE INCIDENTES EN PRODUCTOS SANITARIOS

 OJEDA CRUZ, ANTONIO MANUEL • SANTANA QUINTANA, SANTIAGO • OJEDA GARCIA, CRISTINA • GARCIA DEL TORO, ADAY • OJEDA GARCIA, LAURA

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL

Identificador: 594

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La gestión eficiente de los incidentes adversos en productos sanitarios es crucial para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los centros de salud. En un entorno sanitario, la identificación, seguimiento, notificación y comunicación de estos incidentes permiten no solo mitigar riesgos sino también mejorar los procesos internos y asegurar el cumplimiento de las normativas vigentes. Este póster presenta un análisis detallado del flujo de trabajo para gestionar estos incidentes, aportando ratios reales de un centro sanitario para ilustrar su impacto y la efectividad de las medidas implementadas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es diseñar y evaluar un flujo de trabajo robusto para la gestión de incidentes adversos en productos sanitarios. Los objetivos específicos incluyen:

Establecer un proceso claro para la identificación y seguimiento de incidentes adversos. Implementar un sistema de notificación eficiente que cumpla con los requisitos regulatorios. Desarrollar estrategias de comunicación interna y externa para manejar adecuadamente estos incidentes. Analizar ratios reales de incidentes en un centro sanitario para evaluar la efectividad del flujo de trabajo. La metodología empleada comprende la revisión de protocolos existentes, entrevistas con personal sanitario y análisis de datos históricos sobre incidentes adversos en el centro de salud. Se utilizaron herramientas estadísticas para calcular ratios de incidencia y evaluar tendencias a lo largo del tiempo.

RESULTADOS


El análisis del centro sanitario reveló un flujo de trabajo estructurado que incluye las siguientes etapas: identificación del incidente, evaluación inicial, notificación formal, seguimiento continuo y comunicación de los resultados. Los ratios de incidentes adversos mostraron una tendencia a la disminución tras la implementación de este flujo de trabajo, indicando una mejora en la gestión y prevención de riesgos. Además, se observó un aumento en la rapidez y precisión de la notificación de incidentes, así como en la claridad de la comunicación entre los diferentes departamentos involucrados.


CONCLUSIONES

La implementación de un flujo de trabajo bien definido para la gestión de incidentes adversos en productos sanitarios es esencial para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud. Los resultados del centro sanitario analizado demuestran que un enfoque sistemático y colaborativo puede reducir significativamente la incidencia de estos eventos adversos. Este estudio destaca la importancia de la notificación eficiente y la comunicación efectiva como pilares para la gestión exitosa de incidentes en productos sanitarios, proporcionando un modelo replicable para otros centros de salud que buscan optimizar sus procesos de seguridad y calidad.



INNOVACION TECNOLÓGICA Y CALIDAD ASISTENCIAL. ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

 OJEDA CRUZ, ANTONIO MANUEL ⁽¹⁾ • GARCIA DEL TORO, ADAY ⁽²⁾ • SANTANA QUINTANA, SANTIAGO ⁽³⁾ • OJEDA GARCIA, LAURA ⁽²⁾ • OJEDA GARCIA, CRISTINA ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽²⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽³⁾ COMPLEJO HOSPITALARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL • ⁽⁴⁾ ATENCION PRIMARIA

Identificador: 595

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La revolución digital en el ámbito de las tecnologías sanitarias está transformando el panorama de la atención médica. Se anticipa que los avances tecnológicos de la próxima década superarán en impacto a los logros de los últimos 100 años. Esta evolución no solo mejora la eficiencia de los procesos, sino que también redefine la calidad asistencial y la experiencia del paciente. Es crucial evaluar las innovaciones emergentes y su implementación en diferentes ámbitos asistenciales para maximizar sus beneficios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal de este estudio es analizar las tendencias y desarrollos en tecnologías sanitarias que impactan la calidad de la atención. Los objetivos específicos incluyen:

Identificar innovaciones tecnológicas relevantes en el sector salud. Evaluar su impacto en los procedimientos asistenciales. Proponer estrategias para integrar estas tecnologías en la práctica clínica. La metodología empleada incluye una revisión de literatura sobre avances tecnológicos recientes, análisis de casos de éxito en la implementación de nuevas tecnologías y entrevistas con expertos en el campo de la salud.


RESULTADOS

Los resultados indican que las tecnologías emergentes, como la telemedicina, la inteligencia artificial y los dispositivos portátiles, están revolucionando la forma en que se presta atención sanitaria. Estas innovaciones permiten un seguimiento más eficaz de los pacientes, mejoran la precisión en diagnósticos y facilitan un acceso más rápido a la atención médica. Además, se observó que la integración de estas tecnologías puede aumentar la satisfacción del paciente y reducir costos operativos en las instituciones de salud.

CONCLUSIONES

La revolución digital en tecnologías sanitarias promete transformar significativamente la calidad de la atención médica. Las innovaciones actuales y futuras tienen el potencial de mejorar los procedimientos asistenciales y la experiencia del paciente. Para aprovechar al máximo estos avances, es fundamental fomentar la formación continua y la colaboración entre profesionales de la salud y expertos en tecnología. Este estudio subraya la importancia de la adaptación y la preparación ante estos cambios, asegurando que la atención médica evolucione en beneficio de los pacientes.

INNOVANDO EN LA EVALUACION DEL AVANCE DE LA ESTRATEGIA: METODOLOGÍA CUALITATIVA E INDICADORES CUANTITATIVOS

 LAMIQUIZ LINARES, EVA MARIA • MARTINEZ RODRIGUEZ, LUISA FERNANDA • ALVAREZ DE EULATE LOPEZ, COLOMA • CARRASCO MAROTO, JOSEFA • ROMO SOLER, MARIBEL

 SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA.

Identificador: 596

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACION

Durante 2022 se elaboró el Plan Estratégico 2023-2025 (PE), mediante una metodología participativa y colaborativa (de más de 300 personas), enfoque hacia el Modelo de Gestión Avanzada y vocación de hacer efectivo un modelo de liderazgo colaborativo. El PE consta de 6 líneas estratégicas, 33 objetivos y más de 100 acciones priorizadas, apoyado en 44 planes palanca. Se hace necesario, por tanto, establecer un sistema de evaluación del avance de la implantación de la estrategia y la consecución de los objetivos.

OBJETIVOS

Desarrollo e implantación de metodología para evaluar el grado de avance del PE a nivel corporativo y valorar la aportación de las organizaciones de servicio (OOSS).

METODOLOGÍA

Se diseñó un modelo de evaluación con 3 elementos clave: planteamiento, despliegue y resultados (indicadores cuantitativos, situación de partida, objetivos corporativos y específicos anuales de cada plan palanca). Para cada objetivo se definieron los requisitos de planteamiento, despliegue esperado y resultados obtenidos. Se identificaron los indicadores clave, los relacionados con los factores críticos de éxito (Trabajo en red, Comunicación interna y externa efectiva, Evaluación de resultados, Transformación digital, Gestión de personas, Liderazgo colaborativo, Empoderamiento de la ciudadanía), y su impacto en las dianas (pacientes, profesionales, sociedad y sistema).

Se elaboraron manual de evaluación y fichas de indicador; se difundieron a todas las OOSS. En febrero de 2024, realizaron su autoevaluación, aportando evidencias sobre las acciones realizadas, que después se contrastó y consensuó de manera conjunta entre el equipo directivo de cada OS y la Subdirección de Calidad de Dirección General (DG). La mecanización del modelo de evaluación en la herramienta BIKAIN permitió obtener el grado de avance a nivel de cada acción, objetivo, línea estratégica y organización, y el global para el conjunto de la corporación.

RESULTADOS

El grado de avance global tras el primer año de vigencia del PE fue del 54%. Para cada línea estratégica: L1:60%; L2:54%; L3:54%; L4:46%; L5:55%; L6:38%. De los 44 planes, 18 estaban implantados, 10 en fase de borrador y el resto pendientes de elaboración.

Se elaboró un informe con los resultados obtenidos, los Puntos Fuertes y Áreas de Mejora identificados para cada objetivo, y un plan de acción, que se presentaron y difundieron a los equipos directivos de las OOSS y a la DG.

Se identificaron buenas prácticas entre las OOSS, algunas de ellas susceptibles de ser extendidas al resto de OOSS.


CONCLUSIONES

El modelo de evaluación resulta útil para estimar el avance del PE, valorar la contribución de cada OS en la consecución de los objetivos corporativos, establecer un marco de relación entre las OOSS y la DG, permitiendo el alineamiento de las estrategias de las OOSS y la estrategia corporativa de una manera real, estandarizada y sistemática; aflorar buenas prácticas, y reforzar la cultura de la evaluación y la mejora continua.





METAMORFOSIS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA VOZ DEL PACIENTE: EL ARTE DE ESCUCHAR

 *Algarrá Furió, Lidia • Salvo Marco, Eva • Rodríguez Cervera, María Jose • Lloria Cremades, María Jose • Ginestar Miravet, Vanesa • Garay Moya, Angel*

 *Hospital Universitari i Politècnic La Fe*

Identificador: 597

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medición de la satisfacción de los pacientes es una herramienta clave para la evaluación de la práctica asistencial, representando un pilar fundamental de la gestión sanitaria. A lo largo de la última década, se ha desarrollado en nuestra organización un sistema basado en la elaboración y distribución de encuestas en formato papel, que se ha incrementado paulatinamente, especializándose hasta cubrir todos los ámbitos asistenciales. Con este proyecto, aceptamos el reto del desarrollo de herramientas para la interacción entre los profesionales sanitarios y el paciente como núcleo del proceso de transformación digital. Estas herramientas representan un salto cualitativo hacia la Medicina basada en Valor.

OBJETIVO

Integrar, automatizar y monitorizar la voz del paciente en los sistemas de información del hospital.

Metodología: Se ha optimizado número y forma de las encuestas existentes, favoreciendo su posterior explotación. Las encuestas resultantes se han replicado digitalmente en el entorno de Customer Voice de Microsoft 365.

Se ha automatizado la selección de pacientes a encuestar a través de un algoritmo de aleatorización, estratificando por ámbito asistencial. Posteriormente se realiza el envío de los formularios electrónicos vía mensajería al dispositivo móvil de los pacientes. Las respuestas recibidas son incorporadas y almacenadas en el datawarehouse de la organización. La información se analiza con Cuadros de Mando realizados con SAS Visual Analytics. Todo el proceso se realiza sobre una copia seudonimizada del datawarehouse del hospital, para garantizar el anonimato del encuestado.

RESULTADOS

La digitalización y automatización del proceso ha reducido la cantidad de tiempo y recursos humanos necesarios en el proceso, y los cuadros de mando interactivos han mejorado la experiencia de usuario al poder filtrar y valorar la información disponible según su ámbito y unidad asistencial.

En cuanto al número de respuestas registradas, se han obtenido un total de 23363, 23531, 10327, 7814, 10637 y 26334 en el periodo 2018 - 2023.


CONCLUSIONES

Aunque los años 2020, 2021 y 2022 no son representativos por la pandemia, en el 2023 se han registrado un 12% más de respuestas en comparación con las respuestas obtenidas pre-pandemia. Este aumento coincide con la puesta en marcha de la mejora de procesos de automatización, que ha permitido un mayor envío de formularios a los pacientes y una mayor facilidad en el tratamiento de los datos.

La transformación digital del proceso con la automatización de la explotación de la información ha implicado una reducción considerable en los recursos humanos necesarios en comparación con su fase previa. El modelo de encuestas desarrollado permitirá incorporar nuevos PREMS y PROMS de una forma estandarizada, facilitando su posterior explotación y representatividad.

Este proceso supone un gran paso para nuestra organización en el desarrollo de nuevos sistemas fundamentados en la Medicina basada en Valor.

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS A TRAVÉS DE INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES DE ENFERMERÍA

 BETETA FERNANDEZ, DOLORES ⁽¹⁾ • PEREDA MAS, ARTURO ⁽²⁾ • NAVARRO EGEA, ANA PATRICIA ⁽²⁾ • INIESTA ALCAZAR, JAVIER ⁽²⁾ • SOLER GALLEGO, PEDRO ⁽²⁾ • SOLE AGUSTI, MARIA CRISTINA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ REUMATOLOGIA - HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. ÁREA 1

Identificador: 598

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

Desde hace años se ha fomentado la interacción telemática entre enfermeras de nuestra área con la finalidad de mejorar la accesibilidad, la continuidad de cuidados, asesorar y resolver dudas al realizar seguimiento de pacientes, sin la necesidad de una visita presencial. Para ello, se ha creado un circuito de interconsultas no presenciales (INP) tanto entre enfermeras de Atención Primaria (AP) a Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) hospitalarias, como entre EPAs intrahospitalarias.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Disminuir el tiempo de resolución de los procesos de salud relacionados con cuidados de Enfermería, alta resolución.
2. Disminuir la variabilidad en los cuidados aplicados por parte del personal de enfermería del área.

Estudio descriptivo retrospectivo de las INP realizadas por las enfermeras de AP a las EPAs hospitalarias y entre EPAs intrahospitalarias.

El perfil de la EPA se caracteriza, entre otras, por disponer de competencias y habilidades específicas clínicas, que requieren de un conocimiento experto, dichas habilidades les permiten la toma de decisiones complejas y competencias clínicas relacionadas con sus diferentes campos de trabajo.

La creación e implantación de circuitos de INP de enfermería entre AP a EPAs hospitalarias se puso en marcha en junio de 2021, para disminuir la presencialidad de los pacientes a las consultas de EPAs hospitalarias con motivo de la pandemia y agilizar los procesos asistenciales. Además de contar con la experiencia previa de INP entre EPAs intrahospitalarias, con circuitos establecidos de comunicación y registro.

Los 2 tipos de INP se han creado de forma secuencial y la actividad se recoge en la historia clínica electrónica (HCE) del hospital, en el aplicativo SELENE y en la HCE de AP en el aplicativo OMI.

En todos los tipos de INPs la EPA tiene 2 opciones: responder y concluir el proceso o derivar al paciente a una consulta presencial.

RESULTADOS

Actualmente existen 5 tipos de INP de enfermería de AP a EPAs hospitalarias, siendo las de pie diabético las más utilizadas con un 59% de solicitudes.

A nivel de EPAs intrahospitalarias existen casi 90 tipos, con 16 INP de nueva creación en 2023. Entre 2022 y 2023 se doblaron el número de INPs pasando de 10856 a 20051 y en el primer trimestre de 2024 van emitidas casi 10000. Entre las más solicitadas están: paliativos, heridas complejas, cardiología y nutrición.


CONCLUSIONES

El uso de las INP de enfermería ha permitido disminuir los tiempos de resolución de los procesos, creando equipos de Enfermeras con diferentes perfiles competenciales para afrontar problemas de salud de forma conjunta.

Ha disminuido la presencialidad de los pacientes en el hospital, disminuyendo a su vez “la huella de carbono” y aumentando la satisfacción de estos, por disminuir las visitas al hospital.

Se ha fomentado la actualización de cuidados basados en evidencias, además, dota de recursos asistenciales al personal de enfermería para la resolución de los procesos clínicos.

MARCO DE TRANSFERENCIA DE VALOR DE LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN (INNVALUE INDEX)

 SAN NICOLÁS MEDINA, ALEJANDRO ⁽¹⁾ • MORAL, CRISTINA ⁽²⁾ • CUCHÍ ALFARO, MIGUEL ⁽³⁾ • MONTSERRAT I CAPELLA, DOLORS ⁽³⁾ • BALLESTEROS CASTELLANO, FÁTIMA ⁽¹⁾

⁽¹⁾ TU CONSULTOR • ⁽²⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MADRID • ⁽³⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA

Identificador: 600

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La innovación y el impacto de la misma a estado vinculado, sobre todo en gestión sanitaria, al impacto de las publicaciones sin valorar de forma cuantitativa otros elementos probables, como hitos y logros.

OBJETIVOS

El **marco de transferencia de valor de investigación e innovación** es un diseño de una metodología fundamentada que permite convertir todo el caudal investigador e innovador del Hospital en un índice.

El objetivo es monitorizar el progreso en la gestión de las actividades y proyectos de innovación e investigación desde las etapas embrionarias hasta la transferencia de valor y conseguir establecer un objetivo estratégico de innovación e investigación basado en tres vectores.

Nivel de ejecución.

Nivel de innovación.

Nivel de transferencia de valor.

METODOLOGÍA

Generación del marco conceptual

Ejecución: Marca el nivel de ejecución de los proyectos en base a las tareas o hitos que se han definido previamente

Se debe registrar el estado de ejecución de los hitos importantes.

Escala de 0% a 100% ejecución.

Innovación: Marca la tipología de investigación o innovación prevista en su transferencia de valor.

Según Curva de innovación Everett Rogers.

Escala desde Innovators 100 puntos a Laggards 0 puntos.

Transferencia de valor: Marca el estado de transferencia de valor de los proyectos a partir de los resultados evidenciados.

Son los proyectos que tienen resultados que se han difundido o adoptado como práctica.

Escala desde no Iniciado 0 puntos a 100 puntos por ganador de buenas prácticas.

Medición del rating: Index (50% ejecución - 25% innovación - 25% transferencia de valor)

Encuesta inicial y decisión de proyectos candidatos.

Encuesta con información previa de los proyectos a nivel exploratorio.

Análisis estadístico de proyectos.

Segmentación de proyectos finalistas a segunda fase.

Segunda encuesta

Medición del estado del arte de los proyectos.

Nivel de ejecución. Evidencias.

Nivel de innovación o investigación innovadora. justificación.

Nivel de transferencia de valor. Evidencia y justificación.

Medición del Innovalue

Confirmación de puntuaciones por dimensión.

Rating inicial.

RESULTADOS

Estado inicial: Desconocimiento de los proyectos que existen dentro del Hospital y los profesionales identificados.

Estado final. Datos de primera conclusión.

Proyectos candidatos. 114

Proyectos planificados para iniciar 88.

45% con presupuesto.

64% recursos propios

53% financiación externa



Proyectos colaborativos con departamentos internos. 62

Proyectos con recursos definidos. 75

Proyectos colaborativos con otras redes externas. 39

Proyectos comenzados. 62

Proyectos con expectativas de publicación. 79


Proyectos premiados. 9

CONCLUSIONES

El trabajo ha permitido activar y medir el capital investigador y de innovación aplicada en el hospital. Del mismo modo, simplifica la medición de los avances a nivel estratégico. Lograr implicar a los profesionales del hospital en un marco de medición del avance cuantitativo es una progresión evidente.

El trabajo es replicable en otros hospitales. Benchmarking

LA HUMANIZACIÓN EN LA GESTIÓN SANITARIA, UN ELEMENTO NUCLEAR DE LA ATENCIÓN EXCELENTE

 MARTINEZ RODRIGUEZ, LUISA FERNANDA • LAMIQUIZ LINARES, EVA MARIA • ALVAREZ DE EULATE LOPEZ, COLOMA • CARRASCO MAROTO, JOSEFA

 SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD. DIRECCIÓN GENERAL. OSAKIDETZA.

Identificador: 601

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Hablamos de asistencia sanitaria humanizada porque en ocasiones, recibimos u ofrecemos una asistencia sanitaria deshumanizada.

En los actuales sistemas de salud desplegados geográficamente en cada vez mayores y más complejas redes de atención (centros de salud, hospitales, consultorios, ...), con poblaciones cada vez más diversas social y culturalmente en cuanto a necesidades y expectativas, es clave que eleven la humanización a elemento nuclear de sus estrategias corporativas, tal y como se hace con la atención basada en el valor, la excelencia en cuidados, la calidad y la seguridad de pacientes.

Para ello, la sensibilización y la cultura en una atención humanizada deben ser objetivos que formen parte de la gestión sanitaria junto con otras muchas dimensiones, que, como cualquier otro objetivo gestionable, deberá ser planificado, desplegado y medido, para poder realizar de manera sistemática, una evaluación del grado de avance.

OBJETIVOS

- Conseguir un Modelo de Humanización (Como marco de referencia) para toda la corporación.
- Avanzar en una Atención y cultura cada vez más humanizada de manera corporativa.
- Medir y evaluar el grado de avance en Atención humanizada detectando áreas de mejora corporativas.
- Valor añadido: Evitar inequidades, compartir un lenguaje común, garantizar una validación corporativa de las iniciativas y proyectos que se pongan en marcha, participación de los grupos de interés (asociaciones de pacientes, profesionales, otras organizaciones sanitarias, ...) en el análisis de los resultados y en los Planes de acción.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica de las diferentes estrategias y planes de humanización.
- Metodología de trabajo colaborativa con todas las organizaciones de la corporación. Alcance corporativo a nivel autonómico.
- Diseño de Modelo (Marco de referencia) corporativo.
- Diseño de Herramienta de evaluación corporativa.

RESULTADOS

- “Materializar”, “Hacer cuerpo” la Humanización dentro del sistema con:
 - Un Índice de avance en Humanización corporativo.
 - Un Índice de avance en Humanización por cada organización sanitaria que integra la corporación.
- Identificación de puntos fuertes y áreas de mejora corporativas.
- Plan de acción corporativo de Humanización.
- Avanzar en una cultura de Atención humanizada.
- Avanzar en una cultura PDCA en todos los ámbitos de la gestión, incluida la humanización.

CONCLUSIONES

Para minimizar la “deshumanización” que a veces provocamos en los sistemas sanitarios es necesario que la humanización se trabaje y se considere un elemento más de gestión, y que de manera corporativa, se ofrezca:

- Un marco de referencia en el que buscar reflejo
- Un lenguaje común
- Un Plan de acción compartido
- Una sistemática para medir, de manera objetiva, el grado de avance obtenido.



SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

 De Priso Sañudo, Natalia • García Lizana, Francisca • Jimenez García, Elena • Pardo, Alberto

 Subdirección General de Calidad y Seguridad de Paciente

Identificador: 602

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En octubre del 2022 se presentó la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) de un servicio regional de salud, cuya vigencia se extenderá hasta el 2027. Se elaboró un plan de acción que incluye 12 líneas estratégicas, desarrolladas en 87 objetivos y 346 actuaciones. Recoge acciones dirigidas a todos los profesionales de las organizaciones sanitarias de los diferentes niveles asistenciales, a pacientes y familiares, y alcanza a todos los ámbitos de la asistencia comprometidos con la seguridad del paciente (SP). Para el 2023 fueron programadas un total de 212 actuaciones. Asimismo, se constituyó un Comité Operativo encargado de su implementación y evaluación durante todo su periodo de vigencia. Es necesario la monitorización del avance de la ESP para asegurar la consecución de sus objetivos a final de cada periodo.

OBJETIVOS

Analizar la implantación del plan de SP en un servicio público de salud en el primer año de su implementación.

METODO

Estudio descriptivo de la implementación de las actuaciones del Plan de Acción de SP programadas durante el 2023.

Se recogen datos de los centros de los distintos ámbitos asistenciales. Cada unidad directiva evalúa el grado de implementación de las actuaciones planificadas según los siguientes criterios:

- En desarrollo: si la actuación se ha iniciado y está en desarrollo
- Finalizada: si se ha implementado.
- Realizada anual: Se han realizado todas las actividades programadas para la consecución del objetivo en ese periodo, pero es una actuación continua que se debe realizarse anualmente, durante varios años.
- Reprogramada en años posteriores
- Cancelada

Las variables se expresan en valores absolutos, medias y porcentajes para los distintos ámbitos asistenciales y líneas de actuación. Una vez analizados los resultados de la evaluación, se extrae el nuevo Plan de Acción del 2024 y para años posteriores.

RESULTADOS

El análisis global de la ESP muestra que de las 212 actuaciones que debían iniciarse en el 2023, el 7,1% (14) se han finalizado, el 32,7% (70) se han realizado anualmente. Solo una actuación fue cancelada. El 29,9% (64) están en desarrollo y otro 29,9% (63) se han reprogramado para años posteriores. Las líneas estratégicas con un cumplimiento del 100% han sido las de **“Desarrollar y reconocer líderes profesionales”** y las de menor cumplimentación son **“Promover la seguridad digital”**, **“Paciente quirúrgico”**, **“Paciente obstétrico”** y **“Cuidados de enfermería”**.


CONCLUSIONES

En términos absolutos el cumplimiento de la implementación ha sido satisfactorio (70%), y además se han identificado áreas de mejora para la implantación de las actuaciones de la línea 7 **“Enfocar y desplegar Prácticas seguras”**.





HALLAZGOS ÚTILES PARA MEJORAR EN LA TERCERA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA LABORAL EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

 Garzón González, Gerardo • Azcutia Gómez, M Rosario • Romero Panadero, Blanca • Escuredo Campos, Raquel • García Suárez, Marina • Navarro López, Paula

 Gerencia Asistencial Atención Primaria. SERMAS

Identificador: 603

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La medición de la Calidad de Vida Laboral (CVL) es esencial para la mejora organizacional y denota preocupación por parte de la Organización con el bienestar de los profesionales. Desde el año 2019, en un Área de Atención Primaria se ha adquirido el compromiso de evaluar bianualmente la CVL de sus trabajadores y se han realizado 3 evaluaciones

OBJETIVO

El proyecto busca determinar la percepción de los profesionales sobre su CVL y su relación con diversas variables. Se pretende comprender los factores que influyen en la CVL y su valoración, así como su asociación con variables profesionales y su evolución.

METODOLOGÍA

Se empleó la encuesta validada CVP-35, entre los meses de septiembre y octubre del año 2023. Se incluyó a todos los profesionales que estaban contratados en septiembre de 2023; la cumplimentación de la encuesta fue voluntaria. El trabajo se realizó sobre el universo del estudio debido a la voluntariedad de la respuesta, que preveía pérdidas, y a la necesidad de un tamaño suficiente en las categorías para el análisis. Se recogieron variables relacionadas con el participante y la encuesta CVP-35. Se hizo un lanzamiento por correo electrónico individual y dos recordatorios. Los mandos intermedios se implicaron en la sensibilización a todos los profesionales con la importancia del proyecto. Los datos se recogieron mediante un formulario en MS-Forms. El análisis se realizó con SPSS 26.0.

RESULTADOS

Participaron 4.590 profesionales (tasa de respuesta = 37%). La puntuación global de CVL fue de 6,06 (sobre 10), habiendo mejorado respecto a 2019 y 2021. Las puntuaciones en percepción de cargas de trabajo fueron bajas (4,81) (sobre todo, Médicos de Familia, Directivos y ligeramente mejor, Pediatras, Enfermeras y Administrativos), aunque mejores que las de 2021. No se encontró asociación entre la percepción en cargas de trabajo y la presión asistencial. e identificaros varios factores de la baja puntuación en percepción de cargas de trabajo (organización del trabajo, pacientes de otros “cupos”...). El apoyo directivo obtuvo puntuaciones medias (5,44) y tuvo mejores resultados que en 2021 y 2019. La motivación intrínseca tuvo puntuaciones altas (DATO) similares a los años anteriores.

CONCLUSIONES

Se registraron mejoras en la CVL desde 2021, pero persisten desafíos en la gestión de cargas de trabajo; a pesar de ello la motivación intrínseca se mantuvo alta. Por ello, futuras acciones irán encaminadas a mejorar el bienestar de los profesionales, considerándolo una línea estratégica a abordar.

PLAN DE SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL (PSA) 2023 – 2025

 ALVAREZ DE EULATE, COLOMA ⁽¹⁾ • OLANO ARANCIBIA, OLATZ ⁽²⁾ • PEÑA GUERRA, ANTONIO ⁽²⁾ • IZAGUIRRE ESNAOLA, IZASKUN ⁽²⁾ • CORERA ÁLVARES, SUSANA ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL OSAKIDETZA • ⁽²⁾ ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA DONOSTIALDEA

Identificador: 604

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Alineamiento con el Plan de Salud de EUSKADI:

Evaluar la efectividad, y eficiencia de la práctica clínica, eficiencia económica, ambiental, resultados obtenidos con precisión para orientar su adecuación. Contribuir al Objetivo Estratégico de la organización:

Objetivo N°3: Fortalecer el impacto de la Responsabilidad social y su impacto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

- Definir un Plan de gestión ambiental corporativo que contemple un Plan de gestión ambiental y de eficiencia energética.

OBJETIVOS

Elaborar un Plan de Sostenibilidad Ambiental que permita:

- Estimular el desarrollo sostenible, impulsando un mejor desempeño.
- Anclar los objetivos de desarrollo sostenibilidad (ODS) dentro de la organización,

METODOLOGÍA

PROFUNDIZAR EN EL ENTENDIMIENTO DE LOS ODS

Sensibilización y formación en ODS.

IDENTIFICAR ÁREAS DE IMPACTO

Matriz de priorización de los ODS con el PE y de las metas ODS con el PSA.

DEFINIR PRIORIDADES

Definir prioridades y metas ambiental a abordar en el PSA.

Determinar la contribución de las metas del PSA en las metas ODS.

Establecer las líneas ambientales y planes de acción a desarrollar.

Cuadro de mandos.

DIFUNDIR EL PSA

Comunicar plan aprobado.

RESULTADOS

- Realizado curso de formación en ODS a profesionales implicados.
- Identificado impacto en PE: 4 ODS Claves (3,16,12 y 17) y 8 ODS Relevantes (11,18, 4, 5,7, 8,9 y 13).
- Identificados en el PSA: 6 metas ODS Claves (12.1, 12.4, 12.5, 12.6, 17.7 y 17.17) y 12 metas ODS Relevantes (6.3, 7.2, 8.4, 9.1, 9.4, 9.C, 11.3, 11.6, 11.B, 12.3, 12.7 y 13.3).
- Definidas 11 metas ODS sobre las que impactar en PSA y que contribuyan con las 3 prioridades del PSA: DESCARBONIZACIÓN, ECONOMÍA CIRCULAR y EFICIENCIA ENERGÉTICA.
 - Determinada la aportación del PSA en cada uno de las metas de los ODS (claves y relevantes).
 - Planteadas 6 líneas de sostenibilidad ambientales relacionadas con las metas del PSA. Y desplegadas a través de 12 planes de acción relacionadas con las siguientes áreas: Revalorización de residuos, Reducción de residuos, Movilidad, Criterios de compra, Colaboración con proveedores, Huella de carbono, Eficiencia energética, Gestión ambiental, Productos peligrosos y Sensibilización.
 - Cuadro de mandos: 16 indicadores resultados y 15 de impacto.
- Comunicación PSA aprobado a profesionales.

CONCLUSIONES


El PSA ha permitido:

- Integrar los ODS, tanto en el PSA como en el Plan de Movilidad y en el de Eficiencia energética, incluidos en PE.
- Mayor coherencia entre lo realizado y su impacto en la sociedad.
- Mejorar el desempeño de los profesionales implicados.
- Impulsar el trabajo con Grupos de Interés y desarrollar alianzas.
- Potenciar la toma de decisiones desde el punto de vista de sostenibilidad.



ACTIVIDAD EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS EN UN SERVICIO DE SALUD: HACIA EL HABITO

 De Priso Sañudo, Natalia ⁽¹⁾ • García Lizana, Francisca ⁽²⁾ • Jimenez García, Elena ⁽¹⁾ • Navarro, Cristina ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Subdirección General de Calidad y Seguridad del Paciente • ⁽²⁾ Subdirección General de Calidad y Seguridad del Paciente. Consejería de Sanidad

Identificador: 605

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La 43 Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS) tienen como misión desplegar las actividades en Seguridad del Paciente (SP) en cada uno de los Centros de un Servicio Regional de Salud. Las UFGRS informan a Servicios Centrales de aspectos relativos a su organización y a su actividad. El análisis de estos datos es esencial para poder monitorizar el desempeño, la cultura y la implicación en la SP en el conjunto de la organización y poder adoptar medidas de mejora específicas por centro y/o elevarlas a todo el servicio.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de actividad y organización de las UFGRS durante el 2023.

MÉTODO

Estudio descriptivo de los datos incluidos por cada UFGRS en el Sistema de Información de Actividades de las Unidades Funcionales y del Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación.

Se recogieron datos organizativos y composición de cada UFGRS y de actividad (objetivos específicos y planes elaborados, materiales de cultura de seguridad, gestión de incidentes, recomendaciones y prácticas de mejora).

Para el análisis de los incidentes se realizó la identificación del incidente, la clasificación en 17 categorías y el aprendizaje que ha supuesto los incidentes reportados.

Las variables se expresan en valores absolutos, medias y porcentajes.

RESULTADOS

Las UFGRS están conformadas por 894 profesionales multidisciplinares (53% asistenciales, 23% directivos). Se han nombrado un responsable de SP en todos los centros/servicios/unidades, siendo 2.905 en toda la organización.

Se han establecido 540 objetivos y han realizado una media de 9 reuniones.

Se han elaborado 561 materiales de promoción de la cultura de seguridad (29% hojas informativas, 19% carteles y 13% material formativo). El 97% se han elaborado desde hospitales. El 54% están dirigidos a profesionales y un 42% a pacientes y/o familiares.

Los profesionales de los centros comunicaron un total de 19.529 notificaciones. Se han valorado el 94,2% (18.392) de los incidentes. De ellos, el 80,2% (14.750) eran incidentes de seguridad.

El 32,5% de los incidentes estaban relacionados con la Medicación/ vacunas, el 9,9% Pruebas Diagnósticas y el 9,7% relativo a los Cuidados y seguimiento del paciente.

En el 73,9% (10.902), se han establecido acciones de mejora y se ha dado feed-back al profesional a través de un informe validado.

CONCLUSIONES

Los datos reflejan una consolidación de la infraestructura de SP en nuestra organización y una buena dinámica de funcionamiento de las UFGRS que en 2023 han establecido un número elevado de objetivos y desarrollado una importante actividad de promoción de la cultura de seguridad.





CREACIÓN DE LA 1ª UNIDAD DE EXPERIENCIA INCORPORANDO PACIENTES Y CUIDADORES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

 *Estepa Muñoz, Montserrat • Ramirez Puerta, Dulce • García Tejado, Susana • Ramos Vital, Carolina • Hortal Soblechero, Ana • Acedo Gutierrez, María Soledad*

 *Hospital Universitario Infanta Leonor*

Identificador: 606

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Queremos ser un Hospital que fomente una atención personalizada, cercana y centrada en el paciente.

Uno de los propósitos del Plan Estratégico 2021-25 del Hospital es “Mejorar la salud, calidad de vida y bienestar de las personas”, para lo que es precisa la integración del paciente y su entorno a fin de proporcionar a pacientes, familia, cuidadores y profesionales una mejor relación con el hospital. Nuestro Plan de Gestión 2023 incluye con ese fin, con el impulso de la Dirección de Continuidad Asistencial, la creación de la 1ª Unidad Multiprofesional de Experiencia del Paciente (UEXPA) en un hospital público .

OBJETIVOS

General

Incorporar experiencia del paciente en procesos asistenciales integrales (PAIs).

Específicos

Crear un equipo multidisciplinar y multiprofesional que participe habitualmente en los PAIs.

Formar en metodología cualitativa.

Desarrollar proyectos de cocreación y mejora de los procesos asistenciales.

Medir su impacto en la salud de los pacientes y en la satisfacción de los profesionales.

METODOLOGÍA

Se constituye con 10 Enfermeras, 8 Facultativos, 1 Trabajador social y 1 profesional de Sistemas de Información. Intervienen Continuidad Asistencial (CA), Farmacia Hospitalaria, Geriatría, Hospitalización, Medicina Interna, Oncología Médica, Psiquiatría, Procesos Ambulatorios y Paritorio, Sistemas de Información, Trabajo Social, Unidad de Calidad, Urgencias y Hospitalización a Domicilio.

RESULTADOS

Consensuamos la necesidad de iniciar la formación de los miembros de la UEXPA, a la vez que continuamos con el desarrollo de otros proyectos iniciados en esta metodología y con acompañamiento de agentes externos:

Formación: Taller experiencia del paciente con CA, Curso experiencia del paciente, Formación en PREMS y PROMS, Aplicación de metodología Lean sobre la experiencia del paciente y Curso acompañamiento UEXPA.

Despliegue de proyectos, generando entre los profesionales cultura de integración del paciente en sus procesos asistenciales.

Proyecto experiencia del paciente con dermatitis atópica y psoriasis (ExpaDerm): comienza en 2022 con ayuda del Instituto de Experiencia del Paciente (IEXP). Se ha convertido en ejemplo de mejora de procesos de Dermatología en 5 hospitales de la Red de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y en otras CCAA.

Proyecto experiencia del paciente con insuficiencia cardiaca (ExpaiCard): comienza a finales de 2022 y también con ayuda del IEXP

Proyecto experiencia del paciente con degeneración macular en edad avanzada (DMAExp): comienza en octubre de 2023 con metodología Lean.

Proyecto experiencia del paciente con mieloma múltiple (MiexpMas): se inicia en enero 2024 con ayuda del IEXP

Futuros proyectos: Incorporar experiencia paciente en:

Procesos patológicos migraña.

Cancer de mama en Hospitalización a domicilio.

Procesos asistenciales Hospitalización.

CONCLUSIONES

En definitiva, es una Unidad pionera, pues incorpora la experiencia del paciente en la toma de decisiones y en la organización de sus circuitos asistenciales.





LA ELABORACIÓN DE INDICADORES POTENCIA LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN SUS RESPECTIVAS ÁREAS Y MEJORA RESULTADOS

 *Ferre Torrente, Oriol • Muñoz Gamito, Gema • Martínez Navarro, Mónica • Galindo Laiglesia, Carmen • Matarrodona Riera, Marc*

 *Hospital Universitario Mutua Terrassa*

Identificador: 607

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Se percibe que los profesionales utilizan los datos proporcionados por la organización a la hora de medir sus procesos y se guían por la subjetividad del día a día.

OBJETIVO

El caso expuesto muestra cómo con el diseño y elaboración conjunta de un indicador (% Cumplimiento del uso del consentimiento informado en Gabinetes de Exploración) se consigue, incluso antes de generar resultados definitivos, detectar y mejorar los procesos de un área en concreto.

METODOLOGÍA

La metodología usada para la creación de indicadores es PDCA y la mejora continua.

Se realizó un trabajo conjunto con los referentes para que relacionaran cada prueba con un consentimiento. Paralelamente, se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar cómo se estaba realizando el circuito de escaneo del consentimiento informado a las historias clínicas. Se hizo un trabajo de concienciación específica a los integrantes, sobre el derecho a la información del paciente y también de las implicaciones legales derivadas de un mal cumplimiento.

Se extrajeron los primeros datos y se mostraron a los profesionales. El gap entre lo objetivado por el indicador y lo percibido por los profesionales les impulsó a corroborar los datos y se ofrecieron para revisar historias, así como para comprobar in situ cómo se estaba realizando el circuito dentro de sus áreas respectivas.

En las reuniones sucesivas del grupo, se hizo una puesta en común de los hallazgos.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 67 pruebas y se correlacionaron con 32 consentimientos. La primera extracción de datos reveló que solo el 23.3% de pacientes tenían en su historia clínica el consentimiento escaneado. El grupo de profesionales implicados detectaron diferentes incidencias, como que se estaban usando consentimientos genéricos o externos en la organización, y éstos no quedaban registrados por el sistema de código de barras implementado, o el desconocimiento del circuito en áreas específicas, entre otros. Con la extracción de datos por tipo de prueba, se pudieron agrupar tipos de incidencias por áreas, de manera que, al realizar la formación, se pudo dirigir de forma más específica a la incidencia detectada en aquella área o colectivo en concreto.


A medida que los profesionales podían consultar el indicador y hacían el proceso de análisis e investigación en sus propias áreas, el cumplimiento del escaneo de consentimientos ha mejorado del 23.3% en 2022 al 57.28% en 2023, y en lo que llevamos de año 2024, 65.64%. Ahora, no se cuestiona la veracidad del indicador, si no que solicitan detalles para ver cuáles son las áreas que quedan por mejorar.

CONCLUSIONES

La publicación de un indicador es la punta de iceberg de un trabajo conjunto entre profesionales expertos, el conocimiento del área de calidad y la tecnología. Un trabajo que destapa irregularidades que no se pueden apreciar subjetivamente, depura circuitos y mejora el compromiso de los profesionales en el seguimiento y mantenimiento de “sus” indicadores.



CARPETA DE SALUD: EDUCANDO Y EMPODERANDO A LA CIUDADANÍA

 *Santano García, Dabi* ⁽¹⁾ • *SEOANE ECHEVARRIA, GEMMA MARÍA* ⁽²⁾ • *CARRASCO MAROTO, JOSEFA* ⁽²⁾ • *EZIOLAZA SAINZ TRAPAGA, JON* ⁽²⁾ • *QUINTANA BLANCO, NEREA* ⁽²⁾ • *MARTINEZ RODRIGUEZ, LUISA FERNANDA* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA • ⁽²⁾ OSAKIDETZA

Identificador: 608

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La accesibilidad y facilidad de uso de las redes sociales permiten a la ciudadanía acceder a cualquier tipo de información relacionada con la salud, más o menos fiables, con más o menos evidencia científica, y con información escasamente actualizada.

La ciudadanía demanda cada vez más información relacionada con sus patologías.

Es por ello, que Carpeta de Salud quiere mostrar información de forma personal en función de las enfermedades de cada persona, de la etapa de la vida en que se encuentre u otras recomendaciones que puedan ser de interés. Y todo ello con evidencia científica y de forma actualizada.

OBJETIVOS

Personalizar la información que cada persona tiene en su Carpeta de Salud en función de sus patologías, de la etapa de la vida en que se encuentre u otras recomendaciones que puedan ser de su interés.

- Educar y empoderar a la ciudadanía sobre ciertas enfermedades más prevalentes.

METODOLOGÍA

Dado que en la historia clínica tenemos estratificada a cada persona según el índice predictivo en base a ciertas patologías, hemos seleccionado a los PLURIPATOLÓGICOS (PPP) para el pilotaje.

De esta manera, toda persona que en la estratificación tiene la marca de PPP, en su Carpeta de Salud se le muestra un enlace a toda la información relacionada con esta patología.

Esta información la tenemos dentro de una plataforma donde se recoge información sobre salud de cara a la ciudadanía, revisada y actualizada por profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Estamos pilotando esta iniciativa para ver el grado de acogida entre la población pluripatológica en función de los accesos dicha información.

CONCLUSIONES

En función de los resultados, ampliaremos la información de otras patologías (insuficiencia cardiaca, diabetes, ...), así como a las etapas de la vida y otras recomendaciones.



MEJORA DE LAS COMPETENCIAS DE PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 *Castella Tarres, Magali • Cadena, Roser • Burgués, Lluís • Feu, Faust*

 *Hospital Clínic de Barcelona*

Identificador: 609

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad en la atención sanitaria. Mejorar las competencias de los profesionales sanitarios en este sentido es esencial para garantizar una atención segura y de calidad. Evolucionar hacia una atención proactiva que ponga énfasis en la gestión del riesgo, creando estrategias para crear entornos más seguros para nuestros pacientes y aumentando su confianza en el sistema sanitario.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Fomentar la cultura de seguridad en un hospital de tercer nivel, capacitando los profesionales sanitarios en el desarrollo de estrategias que favorezcan entornos seguros para el paciente.

Formación práctica en herramientas para mejorar la calidad y seguridad del paciente basado en el learning by doing (aprendiendo haciendo) mediante la metodología de flipped classroom (o clase inversa).

RESULTADOS


Hemos realizado 5 ediciones del curso mixto combinando online y presencial, con una duración total de 44 horas y acreditado con 6,6 créditos y con la participación de un total de 75 profesionales formados. La evaluación ha sido muy positiva por parte de los alumnos con una valoración media de 9/10. Se ha conseguido homogeneizar el funcionamiento del abordaje de la seguridad del paciente en los Núcleos de Seguridad evidenciado un mejor manejo en la metodología de resolución de problemas, planteamiento de acciones de mejora, así como de su seguimiento.

CONCLUSIONES

La formación planteada ha sido muy efectiva en la adquisición de nuevas habilidades de los profesionales, que les ha permitido avanzar hacia una cultura de seguridad haciendo énfasis en la gestión del riesgo que supone la asistencia sanitaria.



PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DE LA NORMA ISO 9001 COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 *Sánchez Hernández, Rosa María • Hernández Santana, Alicia • Peñate Rodríguez, María del Mar • Pasquau Nieto, María Macarena • Rodríguez Velázquez, Laura María • Martel Santiago, Carmen Rosa*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil*

Identificador: 610

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Tras una larga trayectoria profesional de una Unidad de Gestión de la Calidad, en un hospital universitario de tercer nivel, prestando apoyo en el diseño e implantación de la gestión por procesos y certificación por la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 en 23 Servicios, se detecta de forma generalizada una demora en la respuesta de los requisitos y actualización del sistema documental. Por ello, se plantea valorar la opinión de los responsables de cada proceso certificado.

OBJETIVO

- Detectar posibles barreras o dificultades en el desarrollo, mantenimiento y difusión del sistema de gestión de los Servicios certificados.
- Determinar la utilidad de la Norma ISO como herramienta de gestión de los procesos certificados.

METODOLOGÍA

Se diseñó una encuesta de valoración dirigida a los diferentes responsables de calidad, jefaturas de Servicio y mandos intermedios que trabajan bajo la Norma de gestión de la calidad UNE-EN ISO 9001:2015.

Contemplamos una serie de preguntas relativas a la figura del Responsable de Calidad del Servicio como formación recibida sobre la Norma ISO 9001, transmisión de información del Responsable de Calidad anterior, disponibilidad de tiempo liberado de sus funciones para trabajar en la ISO, control de los indicadores y plan de acción destinado a la mejora continua, uso del informe de revisión como soporte de la memoria anual de su Servicio así como la realización de reuniones periódicas del Comité de Calidad. Además, se habilitaron preguntas sobre la implicación del personal del Servicio, conocimiento de la Norma y divulgación de los resultados.

Periodo de estudio: 01 de mayo de 2024 - 12 de junio de 2024.

Muestra: 40 profesionales.

RESULTADOS

Se obtiene una participación del 37,5% de los profesionales encuestados. En general se percibe que la aplicación de la Norma como herramienta de gestión es válida, no obstante los resultados obtenidos muestran una baja participación.

Los principales obstáculos manifestados son falta de tiempo para desarrollar adecuadamente el sistema documental, nula o escasa transferencia de información al personal de nueva incorporación y personal inexperto en las responsabilidades y requisitos de la Norma.

CONCLUSIONES


La evidencia de ciertos obstáculos a la hora de la implementación en un sistema de gestión nos lleva a reflexionar sobre posibles alternativas para afrontarlos.

La Unidad de Calidad y la alta dirección desempeñan un papel crucial durante la implementación y mantenimiento del sistema de gestión, de las que depende la creación y desarrollo de ideas innovadoras que generen nuevas alternativas de acción, cambio, gestión y mejora continua.





VIABILIDAD DE ALGORITMO PARA LA TRANSMISION AUTOMATIZADA DE UNA UNIDAD ASISTENCIAL EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 *Martínez Gómez, Jose • Rodríguez Rodil, Nuria • Bayo Martínez, Gonzalo • Ruíz Casas, Beatriz • Pajuelo Ayuso, Juan Antonio • Martínez Velasco, Esther*

 SUMMA 112

Identificador: 611

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACION

El propósito de un Servicio de Emergencias (SE) es elevar la supervivencia de los pacientes afectos de un evento crítico manteniendo la mejor calidad de vida, siendo clave cualquier actuación que pueda reducir los tiempos de respuesta (tR).

En nuestro SE nos planteamos automatizar todas las tareas de gestión del proceso de atención a la emergencia in situ que sea posible (factibilidad tecnológica y de comunicaciones) para poder ganar en inmediatez de respuesta transformando los perfiles de gestión en perfiles de supervisión y control.

OBJETIVO

Estudiar la viabilidad del envío de un recurso asistencial de Soporte Vital Avanzado (SVA) de forma automatizada, utilizando las coordenadas de la ubicación del paciente y la posición de los recursos asistenciales.

MATERIAL Y METODOS

Estudio comparativo del recurso asignado en proceso manual frente al recurso propuesto por un algoritmo automatizado.

Población diana: Intervenciones asistenciales emergentes entre 05/05/2024 y 05/06/2024 gestionadas por el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) clasificadas como riesgo vital inminente a las que se envía en primera instancia un SVA.

Fases del estudio:

1. Programación de un disparador automático que inicia el proceso de estudio cada vez que el SE detecta un paciente en riesgo vital inminente.
2. Búsqueda del recurso más cercano en tiempo.
3. Cálculos de los tiempos de los recursos propuestos por el algoritmo y el del recurso real realizado por el profesional gestor de recursos (locutor del CCU).
4. Comparativa de resultados: selección del recurso concreto (SVA) asignado y tR.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se analizaron 5742 intervenciones in situ a las que se envió un SVA en primera instancia.

El algoritmo coincide con la elección del profesional SE en un 63% de los casos.

Del 38% de los casos el recurso propuesto por el algoritmo llegaría antes en un 59% de los casos con una diferencia de 5m 36s.



“ACTÚA AHORA” DESDE EL COMITÉ DE RSC-ODS

 Romero Porras, Raquel • Morales Argimon, Marta

 Hospital Universitari Sagrat Cor

Identificador: 612

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSCOR) entiende la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) como el desarrollo de un modelo de gestión responsable que integra las preocupaciones sociales, laborales, de respeto a los derechos humanos y medioambientales fundamentadas en la relación y diálogo transparentes con grupos de interés, responsabilizándose de las consecuencias e impactos que se derivan de sus acciones. Define 4 líneas: medio ambiente, atención al paciente y familia, apertura al barrio y nuestros profesionales.

MEDIO AMBIENTE: ser centro sostenible y comprometido con el medio ambiente.

ATENCIÓN AL PACIENTE y FAMILIA: los pacientes son nuestra prioridad, buscamos mejorar el confort, hacerles partícipes de actividades del centro, mejorar su estancia hospitalaria.

APERTURA AL BARRIO: las asociaciones del barrio son parte de nuestro ecosistema y queremos trabajar con y para ellos.

NUESTROS PROFESIONALES: trabajamos para reforzar el sentimiento de pertenencia con la entidad. Importante que los profesionales estén implicados con el propósito del centro y aumente la satisfacción.

Se crearon dos comités que trabajan conjuntamente, el de RSC y el de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), formados por equipos de profesionales multidisciplinares de todas las categorías. En 2015, Naciones Unidas plantea 17 objetivos desarrollo sostenible. Constituyen un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta, asegurar la prosperidad de todos dónde el progreso tecnológico, social y económico sea compatible con el respeto a la naturaleza. Desde el comité ODS se han realizado distintas acciones de medioambiente para alcanzar unos objetivos específicos:

OBJETIVO

- Fin a la pobreza
- Salud y bienestar
- Agua limpia y saneamiento
- Energía asequible y no contaminante
- Ciudades y comunidades sostenibles
- Producción y consumo responsables
- Acciones por el clima

METODOLOGÍA

Nuestra actuación inicial comenzó por la colocación en una de las paredes del centro de un gran mural con los objetivos de desarrollo sostenible ante la necesidad primordial de implicar a todos los profesionales del centro.

Acciones: papel zero, plásticos zero, proyecto BIC, Proyecto receta energética, reducción de agua y cambios LED.

RESULTADOS

Reducción de 311.500 hojas din A4 en un año, que corresponden a 1.557´5 kilos de papel ahorrado.

Reducción de 78515 botellines de agua durante el 2023.

BIC: Se han reducido 1500 unidades en un año.

15 pacientes en situación de pobreza energética en tratamiento domiciliario por patología, tendrán una ayuda de 600 euros para pagar la factura de la luz durante todo un año.

Energía: consumo reducido en más de 120.000kWh/año. Emisiones CO2 reducidas en casi 42.000 kg

CONCLUSIONES

la creación del comité de ODS ha resultado muy beneficioso para el seguimiento y control de los objetivos ya que permite la vigilancia de indicadores específicos mostrando una gran mejora de resultados.





INTEGRACIÓN DE APLICACIONES EXTERNAS EN UN PLATAFORMA TECNOLÓGICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

 MEDRANO MARTINEZ, MARIA JOSE • MARTINEZ GOMEZ, JOSE • RODRIGUEZ RODIL, NURIA MARIA • LLOPIS LOPEZ, PABLO • BAYO MARTINEZ, GONZALO • CASTILLO RUBIO, RICARDO

 SUMMA 112

Identificador: 613

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

En una emergencia sanitaria se requiere atención sanitaria inmediata. Por ello, aminorar el tiempo desde la solicitud al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) hasta la llegada del equipo sanitario al paciente es un objetivo estratégico de los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias (SEE). Las Protecciones Civiles (PC) colaboran en la atención a las emergencias sanitarias que realiza nuestro SEE habiendo evidenciado la necesidad de optimizar la coordinación

OBJETIVOS

Integrar en la plataforma tecnológica del CCU de un SEE la actividad en tiempo real de las PC para la mejorar los tiempos y la coordinación en la atención sanitaria urgente.

METODOLOGÍA

1. Representación del proceso, Identificación de necesidades y revisión de procesos y aplicaciones asimilables.
2. Basándonos en la aplicación informática de Atención sanitaria y gestión de la demanda CCU, se diseñó un proceso similar para que la aplicación a desarrollar pudiera integrar las PC sin distorsionar el conjunto del proceso de atención.
3. Identificación de requisitos del proceso diseñado:
 - Control de Acceso con la misma seguridad que tiene la aplicación de Gestión en uso.
 - Uso restringido de cada PC a su ámbito de actuación.
 - Capacidad de generar nuevas solicitudes de incidente y asignación de recursos móviles propios
 - Gestión de los recursos móviles. Inicio turno de trabajo.
4. Se realizaron casos de uso (simulaciones de funcionamiento) para entender mejor las necesidades de ambas partes.
5. Se creó una base de datos para la propia aplicación con control de actividad de usuarios.
6. Se creó un módulo intermedio integrando ambas aplicaciones, quedando como estándar de integración futuro con otros programas.
7. Se crearon perfiles de usuario administrador. El control de usuarios quedó configurado para ser gestionado por estos perfiles.

RESULTADOS

implantación de una aplicación de uso sencillo.

Implementación de seguridad de usuarios: claves encriptadas con caducidad y renovación. Ámbitos de actuación a usuarios.

Comunicación al CCU de nuestro SEE del 100% de incidentes que llegan a las PC.

Comunicación a SCU del SEE la asignación de recursos móviles propios, quedando integrada en la plataforma del SCU.

Mejora los tiempos de respuesta, evitando generar llamadas para transmitir los datos.

Se ha mejorado la trazabilidad del incidente, puesto que la información se graba en tiempo real sin demoras en el registro.


CONCLUSIONES


Con esta implantación se obtienen las siguientes mejoras:

- En tiempos de respuesta a la demanda asistencial en zonas periféricas donde existen PC.
 - Información de la actividad actualizada en tiempo real.
 - Información veraz que incorpora la trazabilidad de la atención sanitaria prestada a los pacientes.
-



LA IMPORTANCIA DE AUTOMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS EN UN PROGRAMA DE CALIDAD

 *Albertos Benito, Irene • Alcalde Góngora, Ana • Bonilla Serrano, Carolina • Cuartas González, Adriana • Herrera Luque, Maria Dolores • Cardona Giner, Ingrid*

 *Hospital clinic de Barcelona*

Identificador: 614

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los registros electrónicos de enfermería permiten evidenciar el cuidado proporcionado a los pacientes y lograr una atención sanitaria de calidad. La relevancia que estos registros tienen sugiere la necesidad de crear y gestionar registros mejorados, por lo que es esencial realizar una revisión que permita evaluar y mejorar la calidad de éstos. En la unidad clínica del Programa de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (PH) de nuestro centro, la recepción de las células PH se realizaba manualmente, mediante la transcripción de los códigos del Single European Code (SEC) y de la International Society of Blood Transfusion (ISBT). Para evitar posibles errores de transcripción, se propuso la implementación de un sistema automatizado.

OBJETIVO

Automatizar e informatizar la trazabilidad de los progenitores hematopoyéticos en un hospital terciario.

METODOLOGÍA

Esta mejora se llevó a cabo integrando el sistema de trazabilidad de productos celulares (PC) y el sistema de historia clínica informatizada (HIS), permitiendo la trazabilidad de los PC desde la recepción en el Banco de PH hasta su administración en el paciente. La configuración del programa la desarrollaron los responsables de ambos sistemas colaborando con los profesionales que intervienen en el proceso para mejorar la calidad asistencial (CA) y la seguridad de los pacientes (SP). Una vez desarrollado el nuevo sistema de trazabilidad, se impartió una formación a los técnicos del Banco de PH y al equipo enfermero de la unidad clínica. Finalmente se elaboró un manual de uso del sistema para consulta de los profesionales.

RESULTADOS


La implementación del sistema automatizado de los PH permite la transferencia automática del ISBT al sistema HIS en el momento que los técnicos del Banco PH liberan el producto para su infusión. A la llegada a la unidad de hospitalización, el equipo de enfermería verifica la concordancia entre el producto a infundir y el registrado en la prescripción médica en HIS, evitando posibles errores derivados de la transcripción manual del código. La información actualizada y en tiempo real en el sistema informático ha agilizado y mejorado el proceso, beneficiando la calidad del producto y eliminando posibles errores de transcripción.

CONCLUSIONES

La implementación del sistema automatizado ha generado satisfacción en todo el equipo implicado en el proceso, al optimizar la eficiencia y precisión de los procesos, reduciendo errores e incrementando la confianza en el sistema. La automatización del proceso de la trazabilidad del PC permite además la eliminación del archivo documental a papel, mejorando la organización, análisis y búsqueda de datos. Desarrollar registros informatizados automatizados, es clave para la mejora continua de la CA y de la SP, al reducir la probabilidad de ocurrencia de incidentes y de errores en la asistencia.



EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

 *Martínez Gómez, Jose • Solano López, Raúl ⁽²⁾ • Rodríguez Rodil, Nuria • Rodríguez Oliveros, Roberto • Barquilla Fernández, Ignacio • Medrano Martínez, María Jose*

 SUMMA 112

Identificador: 615

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde finales de 2023, el centro coordinador urgencias (CCU) de nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE) está transformando la gestión de emergencia. Se plantea la necesidad de disponer un sistema de control del proceso capaz de detectar desviaciones y verificar que cada acción obtiene el resultado esperado.

OBJETIVO

Implantar un sistema de control, evaluación y mejora del desempeño del proceso asistencial de un SUE en cada una de sus etapas que sea capaz de detectar situaciones no conformes a lo previsto.

Material y Métodos:

Método para monitorizar el proceso: Carta de Control de Shewhart, que detecta causas de desviación asignables (defectos) obviando las de carácter aleatorio.

1. Fase de definición. Herramienta utilizada: carta de medias y rangos intercuartílicos. Se determina tamaño muestral y etapas-variables a monitorizar:
 - Propuesta-Transmisión (PT): Tiempo (t) desde que se decide que un recurso de Soporte Vital Avanzado (SVA) atenderá al paciente en riesgo vital.
 - Transmisión-Movilización (TM): t desde que el SVA recibe el aviso de intervención hasta que empieza a moverse.
 - Movilización-Intervención (MI): t desde que el SVA comienza a moverse hasta que llega al lugar del incidente.
 - t de respuesta (TR): desde que se recibe la llamada del paciente hasta que el SVA llega al lugar del incidente.
2. Fase extracción y comprobación: Se toma los datos del 2023 y comprueba la normalidad mediante el test de Lilliefors.
3. Fase de Calibración: Cálculo de límites superior (Ls) e inferior (Li) suponiendo un proceso bajo control estadístico. Si alguna muestra está fuera de límites, se elimina y se recalculan los límites y repite operación hasta conseguir control estadístico.
4. Fase de monitorización: Medición semanal de 2024 y estudio de las cartas comprobando si el proceso está bajo control. Estudio de causas asignables.

RESULTADOS

En la PT se encuentra en la carta de medias la primera muestra fuera de control superando el Ls, pero con clara tendencia descendente en 2024, encontrando 12 muestras por debajo del Li

En TM se observa un desplazamiento hacia la parte superior de la carta e incluso dos puntos por encima del Ls.

En MI, excepto las dos primeras muestras, está bajo control estadístico.

El tR describe una tendencia a disminuir, aunque los dos primeros puntos superan el Ls.

Las cartas R indican que la variabilidad está bajo control estadístico.


CONCLUSIONES

El resultado avala que los cambios en la gestión de recursos del CCU han tenido el efecto deseado disminuyendo los t. Los puntos fuera de control en las 1ª semanas del año debido al incremento de la demanda asistencial.

Este método es muy potente al realizar un contraste de hipótesis de forma sistemática pudiendo detectar los cambios no debidos al azar de forma significativa.



IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

 *Rodríguez Velázquez, Laura María • González Zapardiel, Alberto • Hernández Santana, Alicia • Sánchez Hernández, Rosa María • Hernández Cáceres, Isabel • Rodríguez Acosta, Rafael*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil*

Identificador: 616

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

La actividad que desarrolla el laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas a partir de muestras clínicas. El proceso diagnóstico se inicia con la toma de la muestra y finaliza con la emisión de los resultados, y está dividido en tres fases: preanalítica, analítica y postanalítica. La necesidad de organizar la gestión y la oferta de sus servicios, así como establecer un control eficaz sobre los riesgos, hace que el Servicio de Microbiología y Parasitología decida trabajar en base a procesos estandarizados y optimizados con un alcance sobre la Sección de Serología.

OBJETIVO

Desarrollar una cultura de Calidad mediante la implementación de un sistema de Gestión de la Calidad en el Servicio de Microbiología y Parasitología.

METODOLOGÍA

La implementación de un sistema de gestión de la calidad en un servicio hospitalario tiene un amplio alcance y conlleva la implicación de responsables en todos los niveles incluyendo la alta dirección, así como una planificación detallada según las siguientes etapas:

Dar a conocer la norma y el proyecto

Asignación del grupo de trabajo/comité de calidad

Planificación de las tareas a realizar

Preparar la documentación, determinar los aspectos a medir e identificar los riesgos y oportunidades además de las acciones para abordarlos.

Difundir e implementar el sistema (ponerlo en práctica)

Auditar el sistema (la auditoría interna es una herramienta imprescindible que asegura el buen funcionamiento y promueve la mejora continua) y corregir las posibles desviaciones.

Auditoría de certificación.

La Unidad de Gestión de la Calidad diseña, planifica y presta apoyo metodológico atendiendo las necesidades y características particulares del propio servicio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El trabajar bajo la metodología de la gestión por procesos ha implicado cambios en su sistemática de trabajo en pos de la mejora continua apoyándose en la elaboración de documentación que les proporciona un marco claro y estandarizado del trabajo a realizar.

Si bien el alcance del proceso comprende la sección de Serología la intención de seguir ampliándolo ha dado por resultados documentos cuyo alcance excede dicha sección tal como el procedimiento de infraestructura que abarca todo el servicio.

El laboratorio se encuentra en la actualidad pendiente de su auditoría de certificación.

Para concluir, tras un periodo de tiempo trabajando en el diseño, se objetiva una buena implicación del servicio y gran interés en desarrollar una cultura de mejora continua, no obstante, difundir e implementar el sistema, alcanzando con ello a todas las partes implicadas es algo que aún continúa en proceso.



EVOLUCIÓN EN EL SISTEMA DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

 Lee Miguel, Nayra • Peñate Rodríguez, María del Mar • Martel Santiago, Carmen Rosa • Hernández Santana, Alicia • Rodríguez Velázquez, Laura • Artiles Artiles, Samuel

 Complejo Universitario Hospitalario Insular Materno Infantil

Identificador: 617

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La medición de la satisfacción y experiencia reportada por el usuario forma parte de los sistemas de gestión de calidad, y es tremendamente valiosa para mejorar la asistencia sanitaria, a partir de las áreas de mejora detectadas tras el análisis de la información obtenida.

Gracias a un aplicativo, en nuestro centro se han digitalizado los cuestionarios de satisfacción del usuario.

OBJETIVOS

1. Medir la satisfacción del usuario y ofrecer resultados segmentados a los responsables de servicios (que permitan el análisis y gestión eficiente de las posibles quejas).
2. Incrementar la satisfacción del usuario con la prestación sanitaria recibida.

METODOLOGÍA

Revisión y comparación de los datos generados por el aplicativo desde su aplicación inicial (noviembre 2018) hasta mayo 2024. El proyecto se ha ido implantando en varias fases, ampliando cada vez más su alcance y automatizando progresivamente el envío de encuestas, vía sms. En colaboración con el Servicio de Informática, se consiguen suprimir las preguntas demográficas y de especialidad médica, que no reportan resultados propios de satisfacción y aumentan la longitud de la encuesta. Para ello se asigna una enfermera responsable de coordinar el proyecto desde la Unidad de Gestión de la Calidad, quien traslada los resultados mensualmente a los responsables de Servicios.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se presenta la evolución de los resultados obtenidos y la ampliación progresiva del alcance en nuestro centro, desde que se implantó hace 6 años. Este año se ha iniciado la formación a los responsables de los servicios en el uso de la plataforma, y se han programado reuniones periódicas para valorar los resultados e incentivar un plan acción de mejora específico para cada servicio y sus necesidades.

Conocer la experiencia del paciente mediante un cuestionario dirigido, digitalizado y cada vez con más posibilidades de segmentación de la información, facilita la toma de decisiones por los responsables de los servicios/unidades, promoviendo acciones de mejora basadas en la satisfacción del usuario.



FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN EN ECOGRAFÍA: IMPULSANDO SU USO EN UNA DIRECCIÓN ASISTENCIAL (DA) DE ATENCIÓN PRIMARIA

 *Rodríguez Blanco, Alicia • Cano Pérez, María Dolores • Cedrún Lastra, Cristina • Carretero Julián, Laura • Ruiz Tuñón, Carmen • Álvarez Urda, Alicia*

 *Gerencia Asistencial de Atención Primaria*

Identificador: 618

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2010 la Gerencia de Atención Primaria (AP) de una Comunidad lidera un Plan de implantación de la Ecografía en sus centros sanitarios.

La implantación de esta prueba diagnóstica, se ha realizado de forma progresiva, vinculada a la adquisición anual de ecógrafos. El esfuerzo de inversión económica realizado en los últimos años desde la Gerencia, ha permitido que todos los Centros de Salud (CS) y Consultorios de una DA hayan sido dotados de ecógrafos. Ésto debería traducirse en una mayor utilización de esta herramienta en la consulta. Sin embargo, se ha detectado una amplia variabilidad en la formación de los profesionales de los CS de esta DA, que puede generar inequidades en la accesibilidad a esta prueba por parte de los usuarios de AP.

OBJETIVO

El objetivo principal ha sido aumentar el número de profesionales formados en ecografía en el ámbito de esta DA.

Como objetivo secundario el potenciar la utilización de la ecografía en las consultas y aumentar el número de ecografías realizadas con respecto a años previos.

METODOLOGÍA

Se analiza el número de ecografías realizadas en el año 2023 en los CS de la DA (35 centros) y se detecta una variabilidad de rango de 0 a 367 ecografías por CS.

Se diseña un plan formativo práctico por un Centro de Referencia Ecográfico de la DA, en el que un profesional experto en ecografía tutoriza las prácticas de profesionales médicos con formación básica, pero con necesidad de consolidar sus conocimientos ecográficos, durante 4 horas semanales al mes durante un trimestre.

Se organiza una Jornada de Ecografía de la DA en las que se comparten experiencias clínicas del ámbito rural, urbano de CS y urgencias extrahospitalarias.

Se programa una rotación de ecografía con el hospital de referencia en el que se colabora directamente con el servicio de Radiología para su organización.

RESULTADOS

En la formación práctica por Centro de referencia Ecográfica han participado 16 profesionales durante el primer trimestre 2024 y ha sido acreditado con un total de 60 horas de formación.

En la Jornada de Ecografía, acreditada con 5 horas de formación, han participado 60 profesionales médicos, pediatras, fisioterapeutas y se han presentado 11 comunicaciones orales, 12 formato poster y 3 ponencias de expertos en Ecografía.

En el año 2023 se realizaron un total de 4.250 ecografías. En los primeros cinco meses del 2024 ya se han realizado un total de 3.204, por lo que esperamos superar ampliamente el número de ecografías finalizado el año (se mostraran datos actualizados).

De todas las ecografías realizadas un 74,9% no requieren derivación al hospital de referencia.


CONCLUSIONES

La formación en ecografía ha sido una estrategia fundamental en la DA para impulsar su utilización y aumentar el número de profesionales accesibles para realizar esta prueba a los pacientes. Al tiempo que mejora la capacidad resolutoria y la satisfacción del profesional con la atención ofertada en la consulta de AP.





MEJORA DE RESULTADOS TRAS LA AUTOMATIZACIÓN DE TAREAS EN EL PROCESO DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

 Cantos, Ana ⁽¹⁾ • González Del Portillo, Elisabet ⁽¹⁾ • Estébanez Aldonza, Sara ⁽¹⁾ • Huertas Martínez, Concepción Ángeles ⁽¹⁾ • Ferrer Gracia, Carlos Luis ⁽¹⁾ • López Morera, Rosa María ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Identificador: 619

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento con Radioterapia (RT) es tras la cirugía, el tratamiento más eficaz para curar el cáncer. Además, es muy eficaz para mejorar la sintomatología que ocasiona esta enfermedad en fases avanzadas. El 70[MOU1] % de los pacientes oncológicos van a requerir de un tratamiento con RT a lo largo de su enfermedad. Es un tratamiento complejo, específico para cada paciente, conllevando varias etapas donde participan diferentes profesionales de Oncología Radioterápica y de Radiofísica Hospitalaria

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

El objetivo es optimizar el tiempo desde que el paciente se realiza el CT de planificación hasta que inicia el tratamiento de RT. Con la implementación de la red departamental Mosaiq se automatizaron las diferentes subetapas del proceso de planificación del tratamiento con RT. Medimos el tiempo medio desde la realización del CT de planificación hasta el inicio de tratamiento RT en nuestros pacientes y nos propusimos como objetivo reducir un 20% el tiempo hasta el inicio del tratamiento RT.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La automatización de tareas mejoró el tiempo entre ellas, porque una vez completada automáticamente se pone en marcha la siguiente. Con ello y trabajando la cultura de calidad en los diferentes profesionales conseguimos el objetivo propuesto. Además, para conseguir optimizar estos tiempos, pensamos en dividir el proceso radioterápico en 4 subetapas y poder definir con más precisión los posibles tiempos muertos dentro de un proceso complejo en el que intervienen diferentes estamentos profesionales de diferentes servicios. Son las siguientes:

1. Realización de CT de planificación y delimitación de volúmenes de tratamiento y órganos sanos
2. Realización y aprobación de plan dosimétrico
3. Control de calidad del tratamiento RT planificado
4. Documentación de tratamiento RT a cita de inicio de tratamiento.

Nuestra red departamental Mosaiq nos permite analizar el tiempo de cada subetapa y para 2024 hemos establecido el tiempo óptimo de cada una de ellas. Para las subetapas 1 y 2: 7-5 días naturales, y para la 3 y 4: 3- 2 días. Así mejoraremos los tiempos globales a 20 días naturales el paciente no preferente y a 15 días el paciente preferente.

En conclusión la automatización de tareas optimiza el tiempo hasta el inicio de tratamiento RT y ayuda a detectar puntos de mejora. Nuestra red departamental nos permite detectar los diferentes cuellos de botella que se pueden suceder en este proceso, para actuar con medidas directas y solventarlos. Disminuir el tiempo de inicio de tratamiento con RT disminuye en nuestros pacientes el estrés psicológico que genera la espera y facilita la coordinación con otros Servicios que también participan en el tratamiento oncológico (concomitancias con tratamientos sistémicos, cirugías, trasplantes...) Además de garantizar lo máximo posible el éxito terapéutico propuesto.

UN ABORDAJE LEAN, PEDAGÓGICO Y DIGITAL A LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA DISMINUIR REINFARTOS EN PACIENTES EN RIESGO

 Gual, Miquel ⁽¹⁾ • Vilarrubias, Ainhoa ⁽²⁾ • Garcia-Moll, Xavier ⁽¹⁾ • Zafra, María Vega ⁽³⁾ • Cardoner, Claudia ⁽⁴⁾ • Marín, Luís ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau • ⁽²⁾ Oficina de estrategia y experiencia de usuario. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau • ⁽³⁾ Institut Català de Salut • ⁽⁴⁾ CAP Larrard • ⁽⁵⁾ Novartis

Identificador: 620

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La cardiopatía isquémica representa la enfermedad cardiovascular con mayor morbimortalidad en nuestro entorno. Se estima que los casos de síndrome coronario agudo (SCA) aumentarán en los próximos años, con un alto consumo de recursos sanitarios. A pesar del descenso progresivo de la mortalidad hospitalaria, persiste un riesgo cardiovascular, especialmente durante el primer año de seguimiento, por lo que un control estricto de los factores de riesgo es clave. Es necesaria una vinculación entre niveles asistenciales para garantizar una continuidad asistencial apropiada.

OBJETIVO

Analizar el proceso asistencial de SCA e identificar puntos de mejora. Crear un grupo interdisciplinario que represente todos los niveles asistenciales. Consensuar la ruta asistencial tras el alta hospitalaria. Diseñar un modelo de gobernanza compartida para garantizar la sostenibilidad del proceso. Definir los principales indicadores de proceso a analizar. Incorporar la voz del paciente en el proceso asistencial. Idear y ejecutar la metodología para crear e implementar PREMs (Patient Reported Experience Measures)

METODOLOGÍA

El proyecto se llevó a cabo con metodología LEAN. Value stream map, detección y priorización de puntos de mejora, y planes de acción para las líneas de trabajo priorizadas, abordadas con sprints (metodología ágil). El grupo multidisciplinario incluía representantes de cardiología, dirección de innovación, unidad de experiencia del paciente, departamento de comunicación, médicos de familia, enfermería de hospital y ambulatorio, administrativos de atención primaria y sistemas de información.

RESULTADOS


Durante el primer año, se atendieron 167 pacientes con SCA. Se observó una reducción del tiempo de espera para la primera visita con enfermería especializada (47 vs 10 días) y una disminución del tiempo medio para la primera visita con cardiología (97 vs 39 días). El 89% de los pacientes tenía analítica de seguimiento durante el primer trimestre. La mortalidad en el primer año disminuyó del 5.3% al 2.3%, los reingresos a 30 días bajaron del 7.2% al 4.7%, y los reingresos a 90 días disminuyeron del 10.8% al 9.1%.


Las encuestas de satisfacción mostraron un NPS (Net Promoter Score) del 68.29%, superando en un 13% la media del sector salud en España (55%). Más del 90% de los pacientes que respondieron la encuesta tenían las pruebas antes de la visita, y el mismo porcentaje recibió la información de manera útil, clara y suficiente. El seguimiento realizado por la enfermería del programa mostró un nivel de satisfacción por encima del 75% en todos los ítems preguntados.

CONCLUSIONES

La reorganización del proceso asistencial del paciente con SCA con un enfoque multidisciplinario, englobando los diferentes niveles asistenciales y la perspectiva del paciente, mejora las demoras a la primera visita, disminuye reingresos y mortalidad en el primer año, con un nivel de satisfacción superior a la media.

REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA EN PACIENTES RESIDENTES EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS

 Cedrún Lastra, Cristina ⁽¹⁾ • Cano Pérez, María Dolores ⁽¹⁾ • Ramírez Prieto, María Teresa ⁽²⁾ • Carretero Julián, Laura ⁽³⁾ • Rodríguez González, Silvia ⁽⁴⁾ • UAR, Grupo Unidad de Atención a Residencias ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial Atención Primaria Madrid • ⁽²⁾ Servicio de neumología Hospital Universitario Infanta Sofía • ⁽³⁾ Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial Atención Primaria. • ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Norte. Gerencia Asistencial Atención Primaria • ⁽⁵⁾ Centro de Salud Reina Victoria

Identificador: 621

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las terapias respiratorias domiciliarias (TRD) suponen una parte fundamental del tratamiento en muchos pacientes. Esta prestación se ofrece en el domicilio del paciente con el fin de mejorar el soporte ventilatorio y es necesario el seguimiento del uso y la adecuación por la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema.

El presente trabajo se centra en pacientes que residen en centros sociosanitarios (CSS) donde se detectaron como problemas la falta de adherencia, la utilización por parte de pacientes que no tenían indicación y el uso compartido de los sistemas.

OBJETIVO

Los objetivos del trabajo han sido: revisar las indicaciones de la TRD de los pacientes que residen en los CSS analizados, adecuar el uso de la TRD de cada paciente a su necesidad y formar a los gerocultores de estos CSS en la utilización correcta de esta terapia en los residentes.

METODOLOGÍA

En reunión de equipo multidisciplinar (medicina de familia, enfermería, neumología, geriatría, fisioterapia) se identificaron como causas del problema la falta de formación de los gerocultores y la falta de identificación del riesgo.

Se llevaron a cabo visitas por parte de la UAR (Unidad de apoyo a las residencias) para identificar los puntos críticos y sensibilizar sobre la importancia del uso adecuado.

Se impartieron sesiones formativas y posteriormente se comprobaron las habilidades adquiridas por parte de los gerocultores.

La fisioterapeuta realizó visita posterior de verificación del uso, el estado del equipo y valoración clínica de los pacientes.

Medicina de familia, geriatría y neumología confirmaron tratamientos en los pacientes que tenían indicada la TRD y suspendieron aquellos tratamientos en los que no estaba indicado.

RESULTADOS

Tras la intervención en 43 CSS se evaluó el uso en 342 pacientes con TRD (75% mujeres, 88 años de edad media) La Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) fue la primera causa clínica de prescripción (29%), seguido de la EPOC (5.6%), siendo imposible identificar la causa en un 59%. El 19% cumplían la terapia según prescripción, 33% no cumplidores, 47% imposible confirmarlo.

Tras la intervención 107 equipos se mantienen, 91 se retiran, resto pendientes de valoración médica para decidir actuación. 5 CPAP y 2 BiPAP con adecuado cumplimiento, 1 BiPAP y 3 CPAP con uso deficiente que se revisa.


CONCLUSIONES

Las TRD son parte del tratamiento de determinados pacientes. La adherencia y el uso adecuado deben ser evaluados por los profesionales para garantizar los mejores resultados.

La falta de adherencia, el uso inadecuado, así como compartir los equipos suponen un riesgo para la seguridad del paciente. El uso cuando no están indicadas, además de un riesgo es ineficiente para el sistema sanitario y restringe la libertad de movimientos de una población vulnerable.

El trabajo multidisciplinar se identifica como una herramienta necesaria para evitar los problemas detectados.

CIRCUITO DE DIABETES MELLITUS NO CONOCIDA O MAL CONTROLADA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

 Rivera Núñez, María Angélica ⁽¹⁾ • Soriano Arroyo, Rubén ⁽¹⁾ • Moreno Domínguez, Oscar ⁽¹⁾ • González Pérez de Villar, Noemi ⁽¹⁾ • Torres Santos Olmo, Rosario María ⁽¹⁾ • Qasem Moreno, Ana Laila ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Identificador: 622

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud a nivel mundial y una enfermedad crónica con rápido crecimiento. Existe un infradiagnóstico en estadios iniciales. La detección temprana es crucial para un manejo adecuado y prevenir complicaciones.

OBJETIVOS

Identificar a pacientes con DM no conocida o mal controlada que acuden al Servicio de Urgencias (SU) y desarrollar un circuito de pesquisa precoz y derivación a la Unidad de seguimiento correspondiente para su optimización terapéutica.

METODOLOGÍA

Diariamente el servicio de Análisis Clínicos elabora un listado de pacientes a los que se realiza HbA1c tras la extracción de analítica de sangre desde el SU, si cumplen los siguientes requisitos: mayor de 16 años, glucemia >200mg/dl y ausencia de HbA1c en los 4 meses previos. **Circuito pacientes identificados:**

1. Anotación/recomendación en pacientes ingresados.
2. Pacientes de alta en domicilio recibirán un aviso a través de su Médico de Atención Primaria (notificación a través de Continuidad Asistencial). En el caso de detectar cifras de HbA1c > 8%, en ausencia de cifras previas similares se intentará contactar con el paciente telefónicamente para priorizar sus necesidades de tratamiento.
3. En los casos de DM no conocida, con sospecha de DM1/LADA se realizará interconsulta reglada al servicio de Endocrinología.
4. En el subgrupo de pacientes con DM con peor control (definido como HbA1c >8.6%), se revisará el seguimiento que se realiza por parte de Atención Primaria a través de los registros en la Historia Clínica de los pacientes. En estos pacientes, se realizará una nueva determinación de HbA1c a los 4 meses.


RESULTADOS

De noviembre de 2022 a enero de 2023 acudieron al SU 28.716 pacientes. 264 presentaron glucemia >200 mg/dl sin HbA1c previa. 48% eran mujeres. La edad media fue 72±18 años (18-101 años). Un 78,4% de los pacientes tenían DM2, un 4,5% tenían DM1 y un 16,7% tenían DM no conocida. Un 38,3% de los pacientes precisaron ingreso. Un 15,5% presentó un valor de HbA1c de 6,5-7%; el 47,7% de 7,1-8,5%, el 17,4% de 8,6-10%, y el 18,9% presentaron HbA1c>10%. La edad media de los pacientes con DM conocida fue 73±18 comparada con 68±19 años de los pacientes DM no conocidos (p=0,099). Niveles de HbA1c >10 presentaron el 17,7% de los pacientes con diagnóstico previo versus el 25,6% de los no conocidos (p=0,06). Se realizó aviso al MAP en un 26%, 34% requirió llamada por teléfono, 32,7% una nota clínica en el ingreso y el 3,8% requirió valoración por Endocrinología. Se objetivó un mayor porcentaje de mejoría en los pacientes con seguimiento activo por Atención Primaria con respecto a los que no (73,1% frente 26,9%, p=0,00).

CONCLUSIONES

Este circuito ha permitido identificar pacientes con diabetes mal controlada, optimizando su tratamiento y control metabólico. Además, ha facilitado realizar un diagnóstico precoz en los pacientes con DM no conocida y, por lo tanto, prevenir complicaciones agudas, crónicas y morbimortalidad.

ESCUCHAR AL NOTIFICADOR

 Rivera Núñez, María Angélica ⁽¹⁾ • Martín Vega, Alberto ⁽¹⁾ • Chávez Pérez, Adriana ⁽²⁾ • Torres Santos Olmo, Rosario María ⁽¹⁾ • Villan Villan, Yuri Fabiola ⁽¹⁾ • Cobas Gamallo, Javier ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz • ⁽²⁾ Rotante Calidad Hospital Universitario La Paz

Identificador: 623

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un elemento clave de la calidad de la atención sanitaria. Los sistemas de notificación de incidentes son parte de la cultura de seguridad. Permiten entender los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar, y es ese su principal objetivo. El notificante, indica al notificar qué factores fueron contribuyentes del incidente ocurrido. Nos preguntamos si “escuchamos” al notificador y si de su opinión nacen acciones de mejora que aumenten la seguridad de los pacientes.

OBJETIVOS

Analizar los factores contribuyentes de incidentes de seguridad y errores de medicación identificados por el notificante y conocer su percepción sobre áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Se extrajo la información registrada en la base de datos de notificación de incidentes entre 1 enero y el 31 de diciembre de 2023. El análisis se realizó a través de los programas Access (R) y Excel de Microsoft Office (R).


RESULTADOS

Durante 2023 se recibieron un total de 1145 notificaciones de incidentes de seguridad. El 27% de áreas de pacientes críticos, 24% de hospitalización médica de adultos, 18% de cirugía, 12% de urgencias, 10% de área pediátrica, 3% de consultas externas. Teniendo en cuenta como denominador la actividad asistencial desarrollada durante todo 2023, el área con mayor proporción de notificaciones fue la hospitalización de pacientes críticos, muy por encima del resto de áreas, con 29,1 notificaciones/1.000 estancias. La siguiente área fue la quirúrgica, con 5,8 notificaciones por 1.000 intervenciones quirúrgicas, y la hospitalización pediátrica, con 2,7 notificaciones/1.000 estancias. En un 62% notifica enfermera, 22% facultativo, 6% TCAE, 5% residentes, 5% no sanitarios. El notificante asigna prioridad baja a un 22,9% y alta a 32,73%. Los eventos centinela corresponden al 5,55%. En relación a la fase del incidente: 17,19% en medicación / vacunas; 14,44% en cuidado y seguimiento del paciente; 13,46% en continuidad asistencial y 11,20% en procedimientos quirúrgicos. Un 44% de los incidentes llegó al paciente y en un 12% se trató de una situación con capacidad de causarlo. De los factores contribuyentes identificados por el notificador: 24,66% factores de comunicación entre profesionales; 11,42% factores de trabajo en equipo y sociales.

CONCLUSIONES

El déficit de comunicación y trabajo en equipo en la sanidad son factores críticos que contribuyen a los incidentes de seguridad del paciente. La implementación de estrategias puede conducir a una reducción significativa de errores médicos y una mejora en los resultados del paciente. La formación adecuada, el uso de tecnologías efectivas y la promoción de una cultura de seguridad son pasos esenciales para abordar estos desafíos. En este sentido, es muy importante lo que nos dice quien notifica: estos dos aspectos con mayor frecuencia contribuyen a incidentes de seguridad y se deben implementar acciones correctivas para mejorar la comunicación y optimizar el trabajo en equipo.

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN UN SERVICIO DE UGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO: ESTUDIO PILOTO

 HERNÁNDEZ JARAS, M^o VICTORIA ⁽¹⁾ • CASTELLARES GONZÁLEZ, CAROL INGRID ⁽²⁾ • DE LA FLOR MARTÍNEZ, M^o DELPILAR ⁽¹⁾ • COLL HERNÁNDEZ, MÓNICA ⁽¹⁾ • GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M^o JOSEFA ⁽¹⁾ • RAMOS RODRÍGUEZ, AMPARO ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112 • ⁽²⁾ SUMMA 112. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Identificador: 624

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de resistencias a los antimicrobianos se ha convertido en las últimas décadas en un enorme problema de salud pública. Su principal factor evitable es el uso inadecuado de antibióticos (AB). Los servicios sanitarios estamos obligados a desplegar estrategias para utilizarlos correctamente, entre ellas elaborar e implantar guías antimicrobianas adaptadas al ámbito asistencial, y formar y concienciar al profesional en el uso prudente de AB.

OBJETIVO

Analizar la adecuación de la prescripción antibiótica (PAB) en un servicio de urgencias extrahospitalario (SUE) a las guías de tratamiento empírico de nuestro ámbito. En caso de inadecuación, conocer en qué infecciones y el motivo (indicación, selección, dosis, intervalo posológico, duración u otros).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, recogida datos retrospectiva de PAB en un SUE a partir de los informes clínicos asistenciales (IC). Periodo estudio: noviembre 2023-febrero 2024. Criterios inclusión: IC con código CIE-9 de finalización compatible con infección bacteriana. Selección de muestra por muestreo aleatorizado simple (nivel de confianza 95%, precisión 3,5%). Variable principal: adecuación de la PAB a las guías de tratamiento empírico de referencia (Guía del SNS y Guía de la Comunidad Autónoma). Criterio evaluación: prescripción adecuada (o actitud expectante) ajustada a lo indicado en las guías de referencia; si hay PAB ajuste del AB, dosis, intervalo posológico y duración, si no consta el dato en IC, se califica como inadecuado. Datos obtenidos con herramienta ADEGA (diseño propio, Departamento Informática).

RESULTADOS

Población total: 6.014 IC. Muestra: 710. Media edad (años): 79 (1-104). Sexo: 58% mujer.

Tipo infección: 67% respiratoria, 17% urinaria, 10% ORL, 6% otras.

Actuación ajustada a Guía (PAB adecuada o actitud expectante): 56,5% SI, 43,5% NO.

Hay tratamiento con AB: SI 22%, NO 78% (ajustado a Guía o justificado no tratar 98%).

Ajustes a Guía de:

- AB: NO 50% (justificada la de falta ajuste 19%)
- Dosis: NO 19% (justificado 5%)
- Intervalo posológico: NO 16% (justificado 4%)
- Duración tratamiento: NO 26%.

Grupos AB utilizados: - Betalactámicos 78% (amoxi/clav 57%, Amoxi 23% cefalosporinas 16%) - Fosfomicina 40% - Fluorquinolonas 39% (levofloxacin 83%) – Tópicos 2% - Otros 2%.

CONCLUSIONES

En nuestro SUE la actuación mayoritaria ante un paciente con infección es no PAB, estando en la práctica totalidad de casos ajustado a Guía o justificado por las características del paciente. Cuando hay PAB en la mitad de casos el AB no se ajusta a Guía, siendo escasa su justificación. Se ajusta más a Guía la dosis, intervalo y duración del AB. Evidenciamos la necesidad de reforzar la formación y concienciación de los profesionales. Conocer los datos propios de actuación ante un paciente con infección nos ayuda a mejorar su tratamiento y a usar los AB de forma prudente, contribuyendo a la lucha contra la resistencia a los AB.



MEJORA Y RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS PREANALÍTICAS DEL LABORATORIO SEGÚN RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA SEQC

 Pascual Ramírez de Arellano, Mónica • Parraga García, Daniel • Cabanes Madrid, Jesús • Melgares de Aguilar Marco, Raquel Victoria • Romero Real, M^o del Valle • López Jiménez, Elena Ana

 H.U. 12 de Octubre

Identificador: 625

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La fase preanalítica es la principal fuente de errores en los laboratorios clínicos, los cuales pueden afectar la fiabilidad de los resultados. Aunque algunos errores no tienen repercusión clínica, otros pueden provocar la repetición de pruebas, exploraciones innecesarias, costos adicionales, diagnósticos incorrectos y tratamientos inapropiados. Este volumen elevado de errores se atribuye a la falta de estandarización de actividades, principalmente manuales, realizadas en esta fase.

Evaluar la fase preanalítica usando indicadores de calidad (IC) es crucial para identificar y corregir aspectos críticos del proceso y reducir el riesgo de errores. La norma ISO 15189:2023 establece que la identificación y uso de IC efectivos en todas las fases del proceso analítico son esenciales para la acreditación de los laboratorios.

OBJETIVOS

El objetivo es evaluar la evolución de los IC durante el año 2023 utilizando el programa de Preanalítica de la SEQC^{ML} y realizar acciones de mejora según sea necesario.

METODOLOGÍA

Nuestro hospital participa en el programa de Preanalítica de la SEQC^{ML}, registrando trimestralmente las incidencias de los principales tipos de muestras (hemograma, coagulación, suero y orina) y sus causas, en 19 ítems. Tras procesar los datos de todos los laboratorios, se emite un informe con los resultados de cada laboratorio respecto a diferentes percentiles (p10, p25, p50, p75 y p90), derivados de la distribución de todos los resultados de la serie. Los valores de cada IC se obtienen del programa Omnimium de RocheDiagnostics®.

RESULTADOS

Una prestación óptima se considera cuando el resultado está en el p25, deseable en el p50 y mínima en el p75. El programa permite compararse con grupos de laboratorios con un número similar de peticiones (107 hospitales en nuestro caso). Para cada indicador, se deben establecer especificaciones de calidad (EC) concretas, en nuestro caso se han seguido las “EC de la fase preanalítica de la SEQC^{ML} 2023”. Analizando los resultados de 2023, se observa que el indicador “Nº total de rechazos de Plasma Citrato-coagulación coaguladas/ Nº de determinaciones de Protrombina %” no cumple con las EC, encontrándose en el p80. Ante esta desviación, se realizaron las siguientes intervenciones:

- Enfatizar la importancia de homogeneizar la muestra durante la extracción por parte de enfermería.
- Formación a los técnicos responsables del análisis para identificar correctamente estas incidencias.-Cambio de marca del tubo de citrato a la utilizada previamente.Estas intervenciones lograron que, en el primer informe del año 2024, el laboratorio bajara al p60, solventando el problema de manera parcial.

CONCLUSIONES

Los resultados de 2023 permitieron solucionar parcialmente un problema preanalítico y comprobar que el resto de indicadores se manejan adecuadamente. Esto demuestra la importancia de un monitoreo continuo de los IC y una adaptación proactiva para garantizar la calidad y seguridad en los procesos preanalíticos.



IMPACTO DEL SEGUIMIENTO DE INDICADORES ASISTENCIALES EN LA CALIDAD DEL CUIDADO Y SATISFACCIÓN EN ENFERMERÍA

 *Martín Velasco, Olga • Santana Martín, Rafael • González Marco, Mar*

 *Fundación Jiménez Díaz*

Identificador: 626

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El seguimiento de indicadores asistenciales es esencial para mejorar la calidad del cuidado, garantizar la seguridad del paciente y apoyar la toma de decisiones basadas en evidencia.

OBJETIVO

1. Evaluar el impacto de los indicadores asistenciales en la calidad del cuidado del paciente.
2. Analizar cómo el seguimiento de indicadores afecta la satisfacción del personal de enfermería.
3. Identificar áreas de mejora en los procesos asistenciales basándose en los resultados de los indicadores.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo con un enfoque cuantitativo. Se analizaron datos de indicadores asistenciales y se llevaron a cabo sesiones de revisión periódicas con el personal de enfermería durante 12 meses. En estas sesiones se revisaron los datos de los indicadores y se realizaron cortes observacionales para evaluar la calidad del cuidado. Además se utilizaron técnicas de análisis cualitativo para explorar en profundidad las percepciones y experiencias del personal de enfermería respecto a los indicadores y la atención al paciente. Los hallazgos de estas sesiones orientaron la implementación de intervenciones para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

RESULTADOS

El seguimiento continuo de los indicadores mostró mejoras significativas en áreas como la reducción de caídas, la prevención de úlceras por presión, la evaluación y el manejo del dolor, y las valoraciones de enfermería. La reducción de la tasa de caídas y úlceras por presión, junto con una mejora en el tratamiento del dolor, evidenció un mayor cumplimiento de los estándares de seguridad y calidad asistencial. El análisis detallado permitió identificar áreas críticas que requieren intervenciones específicas para optimizar la atención y la seguridad del paciente en relación con estos indicadores.

CONCLUSIONES

El seguimiento de indicadores asistenciales contribuye a mejorar la calidad del cuidado y la satisfacción del personal de enfermería, identificando áreas de mejora y facilitando decisiones informadas. Se recomienda su implementación continua para maximizar la efectividad del cuidado y la seguridad del paciente, junto con la capacitación del personal en su uso e interpretación.

HACIA UN FUTURO SOSTENIBLE: INICIATIVA DE HOSPITAL PAPEL CERO

 *Martel Santiago, Carmen Rosa • Hernández Santana, Alicia • Vega Moreno, Alicia de los Angeles • Robaina Hernández, Gloria • González Zapardiel, Alberto • Sánchez Hernández, Rosa María*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)*

Identificador: 628

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

La implementación de un proyecto de sostenibilidad y “Papel Cero” representa un paso importante hacia la adopción de prácticas más sostenibles en el ámbito de la salud. Esta iniciativa está alineada con los objetivos de la Norma UNE-EN ISO 14001:2015 de gestión ambiental, implantada en el Complejo Hospitalario en febrero de 2024.

OBJETIVOS

Proporcionar un conjunto de herramientas que permitan cambiar los hábitos en el consumo de papel, como primer paso para la implementación de estrategias “Papel Cero” y avanzar en un hospital eficiente y amigable con el medioambiente.

Objetivos Específicos:

- Promover entre los trabajadores un sentido de responsabilidad con el medioambiente.
- Promover entre los directivos un compromiso con la política de “Papel Cero”.

METODOLOGÍA

La Unidad de Gestión de la Calidad decide realizar un sondeo interno sobre la eliminación de papel, que no era necesario imprimir, de la historias procedentes de los Servicios y que lleva a cabo el Servicio de Archivo.

La metodología empleada en el estudio, consiste en la revisión de historias clínicas físicas de pacientes de alta hospitalaria. El periodo de estudio comprende del 8 de marzo al 4 abril de 2024, de 8 a 15 horas. Se revisaron un total de 178 historias clínicas, correspondiendo a un 15,35% del total de las historias recibidas en el Servicio de Archivo en un día.

Como instrumento de medida se utilizó una hoja de recogida de datos, donde se recogió el servicio, cantidad y tipo de papel eliminado de cada historia clínica.

Se han desarrollado acciones para fomentar la cultura organizativa que promueva activamente la reducción del uso de papel (manual de buenas prácticas, sesiones formativas, banner divulgativo en intranet...).

Se volverá a realizar un sondeo al finalizar el año para hacer seguimiento de los puntos de mejora.

RESULTADOS

Las etiquetas de datos demográficos es la variable más numerosa, siendo la cantidad total eliminada 2434 etiquetas, supone aproximadamente 15857 etiquetas en el periodo de estudio.

Los servicios que más generaron papel fueron Obstetricia (59,26%), Preescolares (19,09%), Cardiología (13,59%), Medicina interna (12,61%) y Pediatría (8,64%).

Con respecto al tipo de documento que con más frecuencia encontramos para ser eliminado son los informes de alta de servicio (149), informes de alta urgencias (99), analíticas (46), formularios anestesia-reanimación (56), formularios de urgencias (35) y formularios de obstetricia (27).


CONCLUSIÓN


En el Complejo Hospitalario se está imprimiendo más cantidad de etiquetas identificativas de las necesarias, así como documentos ya existentes en formato digital que no es necesaria su impresión. Es fundamental el compromiso y la colaboración de todos los profesionales para lograr el éxito de este proyecto.

Esta iniciativa no solo contribuye a la protección del medioambiente, sino que también puede generar beneficios como reducción de costes, mejorando la eficiencia y calidad de los servicios prestados.



INTERVENCIÓN EN RESIDENCIAS DE OCHO PAISES EUROPEOS PARA MEJORAR EL USO DE ANTIBIÓTICOS Y REDUCIR INFECCIONES

 Vallejo-Torres, Laura ⁽¹⁾ • García Sangenis, Ana ⁽²⁾ • Elístratova, Marina ⁽¹⁾ • Gonzalez Lopez-Valcarcel, Beatriz ⁽¹⁾ • Nygaard Jensen, Jette ⁽³⁾ • Squaglia Liñan, Ana ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria • ⁽²⁾ Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol, Barcelona, Spain • ⁽³⁾ Copenhagen University Hospital, Dinamarca • ⁽⁴⁾ --

Identificador: 629

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El uso excesivo e inadecuado de antibióticos, que causa resistencias a los antimicrobianos, es especialmente problemático en personas mayores frágiles que viven en residencias, susceptibles de sufrir infecciones frecuentes y graves. En particular, las infecciones del tracto urinario (ITU), algunas de ellas causadas por bacterias resistentes, son frecuentes, y podrían reducirse mediante la administración de antimicrobianos (AMS) y mejorando las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este proyecto europeo (3 años) es mejorar la prevención de las infecciones - principalmente las UTI- y reducir la inadecuación de los antibióticos para esas infecciones mediante la aplicación de una intervención multifacética dirigida a los profesionales de la salud en residencias de ancianos en ocho países europeos (Dinamarca, Grecia, Hungría, Lituania, Polonia, Eslovenia, Eslovaquia y España). Se aplica el método Audit Project Odense de auditoría y retroalimentación antes y después de la intervención. Se han definido indicadores a nivel de paciente y de residencia para evaluar los cambios en la adecuación de los tratamientos y la reducción de infecciones, entre otros.

RESULTADOS

En mayo de 2024 se completó el registro del primer ciclo del audit, con 109 residencias (9.599 residentes, 1.158 prescripciones antibióticas para tratar ITU). El 56,8% de las prescripciones fueron inapropiadas, con variabilidad entre países. En los 3 meses que duró el primer registro, entre el 4% (Polonia) y el 23,1% (España) de los residentes habían tomado antibióticos para tratar ITU.


CONCLUSIONES

Los resultados pre-intervención sugieren que en Europa hay un gran potencial de mejora del uso de antibióticos en residencias de ancianos.



REVISIÓN DE MANEJO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ¿LO HACEMOS BIEN?

 Guerrero de la Riva, Paula ⁽¹⁾ • Becerra González, Mercedes Ines ⁽²⁾ • de la Riva, Carmen ⁽³⁾ • Cisneros Javierre, Ana Carmen ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Salud Daroca • ⁽²⁾ Centro de Salud Daroca • ⁽³⁾ Centro de salud Daroca • ⁽⁴⁾ Centro de salud Santa Hortensia

Identificador: 630

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares tienen una gran prevalencia en nuestra población y encabezan una de las causas más frecuentes de fallecimiento en España. Dada la importancia de esta patología desde la Atención Primaria (AP) tenemos que realizar el control de factores de riesgo cardiovascular y por ello nos hemos propuesto evaluar cómo realizamos el seguimiento de estos pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo principal: valorar el grado de control de los pacientes incluidos en el proceso de cardiopatía isquémica con angina, infarto agudo de miocardio y miocardiopatía isquémica en el centro de salud Daroca mediante grado de colesterol total y LDL.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional en el que se seleccionó una muestra de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con angina, infarto agudo de miocardio y miocardiopatía isquémica durante el año 2023 para valorar su grado de control en base a cifras de LDL y su tratamiento. Se incluyeron un total de 282 pacientes, de los cuales el 59,9% eran hombres y el 34,8% mujeres. Se examinaron sus últimas analíticas para control y solo un 50,2% tenía realizadas fracciones de colesterol de los cuales un 13% presentaba un LDL menor de 55 mg/dl.

CONCLUSIÓN

Desde la AP se realizan analíticas con perfil lipídico a la totalidad de los pacientes con cardiopatía isquémica pero solamente se evalúa el colesterol total lo que no permite asegurar que estos pacientes tengan un buen control. El hecho de que en el petitorio analítico al solicitar perfil lipídico solo se evalúen fracciones si se presentan cifras de colesterol por encima de 200 mg/dl puede contribuir a estos hallazgos, pero habría que realizar un estudio para ver que otras causas pueden intervenir. Así mismo se abre una oportunidad de mejora en el proceso asistencial para incluir de manera más intuitiva las fracciones de colesterol en el petitorio analítico. Así mismo se han planteado sesiones clínicas para los profesionales del centro para concienciar de la importancia de pedir fracciones y explicar cómo se pueden pedir de forma aislada, sin formar parte del perfil lipídico.



¿ESTAMOS OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DE NUESTROS PACIENTES?

 Guerrero de la Riva, Paula ⁽¹⁾ • Becerra González, Mercedes Ines ⁽²⁾ • de la Riva, Carmen ⁽²⁾ • Cisneros Javierre, Ana Carmen ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Centro de Salud Daroca • ⁽²⁾ Centro de salud Daroca • ⁽³⁾ Centro de salud Santa Hortensia

Identificador: 631

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se han desarrollado múltiples estrategias para mejorar la adherencia terapéutica, siendo una de ellas la optimización del tratamiento mediante policomprimidos, por este motivo queremos evaluar cómo de extendido está el uso en nuestro centro en los pacientes con antecedentes cardiológicos.

OBJETIVOS

Objetivo principal: evaluar el porcentaje de pacientes que emplean policomprimido.


METODOLOGÍA


Estudio descriptivo observacional en el que se seleccionó una muestra de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con angina, infarto agudo de miocardio y miocardiopatía isquémica durante el año 2023. Se incluyeron un total de 282 pacientes, de los cuales el 59,9% eran hombres y el 34,8% mujeres. Solo un 50,6% de los pacientes presentaban policomprimidos en su tratamiento habitual.

CONCLUSIÓN

A pesar de la evidencia favorable en el uso de policomprimidos, ya que aumenta la adherencia y en el caso concreto de las patologías cardiovasculares ha demostrado disminución de mortalidad y de eventos cardiovasculares mayores en las consultas de Atención Primaria todavía no está extendido su uso. Por este motivo hemos planteado un proyecto de investigación en el que vamos a seleccionar pacientes con mal control lípido y proponerles el paso a policomprimido, de esta manera evaluaremos si aumenta el grado de control y adherencia terapéutica frente a los que no lo tomen.

DISEÑANDO UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LAS PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

 *García Álvarez, Ángel*⁽¹⁾ • *Ricci-Cabello, Ignacio*⁽²⁾ • *Santa Cruz, Roberto*⁽³⁾ • *N. Malih* • *C. Calafat-Villalonga* • *MJ Serrano-Ripoll* • *L. Gallardo-Alfaro* • *D. Medina Bombardo, Equipo IPP-Impetus*⁽⁴⁾ • *Fiol-deRoque, Maria Antonia*⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ *Gerencia de Atención Primaria de Mallorca* • ⁽²⁾ *Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears – Gerencia de Atención Primaria de Mallorca - CIBERESP* • ⁽³⁾ *Escuela de Medicina Universidad de Magallanes (Chile)* • ⁽⁴⁾ *Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears – Gerencia de Atención Primaria de Mallorca - UIB* • ⁽⁵⁾ *Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears – Gerencia de Atención Primaria de Mallorca - RICAPPS*

Identificador: 632

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) generan gran preocupación a los sistemas de salud por su elevada frecuencia (especialmente en ancianos polimedificados) y potencial para producir eventos adversos. Se han propuesto múltiples intervenciones para reducir las PPI, sin disponerse hasta el momento de evidencia sólida sobre su efectividad. En muchos casos se debe a que las intervenciones carecen del diseño adecuado, que es complejo y requiere de estudios formativos previos, frecuentemente obviados.

OBJETIVOS

Llevar a cabo un estudio exploratorio para obtener la evidencia científica necesaria para diseñar una intervención para reducir las PPI en población polimedificada mayor de 65 años atendida desde Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA

Estudio formativo de métodos mixtos con 4 etapas: 1) revisión de revisiones sistemáticas para conocer la evidencia científica disponible sobre estas intervenciones; 2) estudio transversal con datos de historia clínica para analizar la prevalencia de PPI en AP e identificar factores de riesgo asociados, y analizar la viabilidad técnica de automatizar la detección de PPI; 3) estudio cualitativo con los agentes implicados para explorar las necesidades, barreras y facilitadores de las intervenciones para reducir las PPI; 4) panel de expertos para diseñar una intervención adaptada a las necesidades y posibilidades del contexto, en base a los resultados de las etapas anteriores.


RESULTADOS


- **Revisión de revisiones sistemáticas:** se han identificado 83 revisiones sobre intervenciones para reducir las PPIs. Las más efectivas parecen ser las intervenciones multicomponente que involucran a un equipo multidisciplinar y abordan la problemática con diversas estrategias
- **Estudio transversal:** es factible automatizar la identificación de PPI en base a datos de historia clínica de AP a través de la aplicación de los criterios de Beers. La estimación de la prevalencia y factores de riesgo de PPI está en curso (los resultados se presentarán en el Congreso).
- **Estudio cualitativo:** se han realizado 3 grupos focales (n=31) y 7 entrevistas individuales con médicos, farmacéuticos y gestores, entre otros. Las principales barreras que emergen para el manejo de las PPIs son: falta de tiempo de los profesionales, problemas de comunicación entre los profesionales de AP y los prescriptores hospitalarios y falta de conocimiento de los pacientes sobre esta problemática. Para la reducción de las PPI se destaca la integración del farmacéutico de AP en el equipo asistencial como dinamizador de la revisión de la medicación y se resalta la potencial utilidad de una herramienta informática que ayude en la toma de decisiones para garantizar una prescripción más segura.

CONCLUSIONES

El resultado final del proyecto permitirá diseñar una intervención basada en la evidencia y adaptada a las necesidades y posibilidades del contexto en que se implementará. El desarrollo y evaluación de la intervención será objeto de un futuro proyecto.

IMPLEMENTACIÓN DE BARRERAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO CLÍNICO

 *Melgares de Aguilar Marco, Raquel Victoria • Parraga García, Daniel • Romero Real, María del Valle • Pascual Ramírez de Arellano, Mónica • Cabanes Madrid, Jesús • López Jiménez, Elena Ana*

 *H. U. 12 de Octubre*

Identificador: 634

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En nuestro laboratorio se realiza una validación técnica de los hemogramas responsabilidad del Servicio de Hematología. En situaciones de valores críticos, se comunica al petionario de la muestra analizada sobre el valor para tomar acciones ante ello como ocurre en el caso de valor de hemoglobina disminuida.

Se observaron diferentes eventos adversos que alcanzaron al paciente pero que no causaron daño a él, en el que valores de hemoglobina falsamente bajos fueron comunicados y ante ellos se realizaron transfusiones inadecuadas en el paciente.

Este evento adverso fue comunicado a través de una plataforma disponible en nuestro hospital y a nivel de la comunidad autónoma, en la que se notifican y registran incidentes que ocurren a nivel hospitalario con el fin de promover y prevenir la seguridad de los pacientes. Mediante este sistema de comunicación, voluntario y confidencial, los profesionales del Servicio de Salud pueden promover, unificar y canalizar la comunicación online de los incidentes de seguridad relacionados con la atención sanitaria que no han generado males mayores en el paciente pero que podrían haberlo hecho en otras circunstancias.

A pesar de haber establecido barreras, fue un incidente que se volvió a repetir en el laboratorio siendo notificada de nuevo una hemoglobina disminuida debido a la dilución de la muestra analizada. Por ello se debieron establecer por segunda vez barreras para evitar el problema de nuevo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es el establecimiento de diferentes barreras para evitar incidentes de seguridad. Mediante el análisis de los eventos de seguridad notificados a través del sistema de comunicación, se lleva a cabo la elaboración y establecimiento de barreras que eviten repeticiones del mismo incidente sobre otros pacientes en el futuro.

RESULTADOS

Tras el establecimiento de barreras en el primer evento adverso, que consistían en la confirmación de ausencia de interferencia por dilución por comparación con los resultados bioquímicos, y la imposibilidad de frenarlo, se reanalizaron los eventos comunicados y se impuso una nueva barrera que impida su repetición. Esta nueva barrera consistiría en la revisión facultativa por parte del Servicio de Análisis Clínicos presente en el Laboratorio de Urgencias en período de guardia, que confirme el valor crítico de hemoglobina mediante la comprobación con los resultados. De esta manera se asegura que los resultados correspondan a una muestra no diluida, pues esta interferencia analítica afectaría a todas las muestras extraídas en el mismo momento (habitualmente bioquímica, hemograma y coagulación) y por tanto podría ser detectada.

CONCLUSIONES

Los sistemas de notificación y registro de incidentes constituyen una estrategia de promoción y prevención de la seguridad del paciente, orientada al aprendizaje a través del análisis de los eventos comunicados para evitar que pueda volver a repetirse.

PROYECTO PHARAON: IMPACTO EN EL ESTILO DE VIDA DE LOS PARTICIPANTES EN EL PILOTO SANITARIO DE “ASISTENCIA LÍQUIDA”

 CARRILLO LOPEZ, LAURA • MARTINEZ GALERA, CRISTINA • JODAR REVERTE, MARIA • SANCHEZ NANCLARES, GORKA • CONESA CARRILLO, MIGUEL ÁNGEL • MARTINEZ LAX, ANA MARIA

 SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Identificador: 635

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

El actual modelo sanitario, ve comprometida sus sostenibilidad por el envejecimiento de la población. El proyecto PHARAON, pretende mejorar la vida de los mayores a través de nuevas tecnologías. Se dirige a pacientes con insuficiencia cardiaca crónica (ICC), planteando la “atención líquida” como posible mejora.

OBJETIVO

Analizar el impacto sobre los estilos de vida de los participantes en el piloto sanitario “asistencia líquida”.

METODOLOGÍA

Se monitorizó durante 14 meses a 123 usuarios <55 años con ICC, con acceso a una aplicación móvil (app) que les permite conectarse con un call-center que identifica cualquier desviación de la salud, además de recibir educación para la salud. La app recopila constantes e información del estilo de vida al inicio y final mediante cuestionarios.

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación típica. Se empleó la prueba de chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95% (<0,05), mediante el SPSS v27.

RESULTADOS

El 60,2% de la muestra eran hombres y el 39,8% mujeres, con edad media de 71,37 años. Un 62,6% mostró una adherencia alta a la app, frente a un 22% que no la usó. Un 15,4% la usó solo de forma puntual. La asistencia talleres fue del 43,1% en el de ICC, 38,2% en el de relajación, 29,3% en el de ejercicio físico y 22,8% en el de nutrición.

La media de peso al comienzo era de 83,54 kg. Un 72,2% perdió 4,13 kg de media.

En el cuestionario psicosocial encontramos un 73,8% con resultado normal, cifra que ascendió a 84,6% ($p=0,019$). En el cuestionario Goldberg se produjo un aumento de resultados de cribado normales, del 65,7% al 84,2% ($p=0,006$).

La clasificación de conocimiento se invirtió, de deficiente/bajo 77,4% a mejorable/experto 66,6% ($p=0,000$). El autocuidado mejoró de 53,6% a 84,4% ($p=0,000$), al igual que la calidad de vida de 81,6% a 92,2% ($p=0,007$).

La clasificación NYHA 1 aumentó de 56,9% a 62,5%. La alimentación pasó de un 74,8% correcta/mejorable a un 83,1%, desapareciendo el grupo clasificado como dieta peligrosa.

Según el cuestionario Barthel el número de pacientes independientes disminuyó un 5,1%.

En cuanto al cuestionario Barber, el porcentaje de usuarios clasificados como anciano de riesgo, aumentó un 0,7%.


CONCLUSIONES

Los resultados indican que un nuevo modelo sanitario basado en la atención líquida mejora el estilo de vida al empoderar al usuario. Se observan mejoras en los aspectos psicosociales, la calidad de vida e incluso en el grado de clasificación NYHA, sin aumentar la carga asistencial y previniendo posibles complicaciones. Sin embargo, el grado de dependencia y la clasificación de anciano de riesgo tienden a empeorar. Esto se debe a que los pacientes, con una media de edad avanzada y enfermedades crónicas, generalmente no experimentan curación o mejoría y presentan otras patologías concomitantes. Aunque un alto porcentaje de usuarios se adhirió a la aplicación, sería necesario adaptarla al perfil de cada usuario para mejorar aún más la adherencia.



PROMOVIENDO LA SALUD: UN VIAJE HACIA UN HOSPITAL SALUDABLE

 Ruiz-Huerta, Claudia ⁽¹⁾ • Jaramillo Hidalgo, Javier ⁽¹⁾ • Palmar Santos, Ana María ⁽²⁾ • Vega González, Gema ⁽³⁾ • Dominguez, Antonio ⁽¹⁾ • Díaz Sotero, María de los Ángeles ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario de la Cruz roja • ⁽²⁾ Universidad Autónoma • ⁽³⁾ Consejería de Sanidad

Identificador: 636

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

INTRODUCCIÓN

La Semana de la Salud es una iniciativa realizada en un hospital de Madrid con objetivo de promover la salud, el bienestar y el autocuidado de sus trabajadores. Es un proyecto piloto de promoción de la salud enmarcado en un proyecto mayor para fomentar estilos de vida saludables, mediante la oferta de actividades durante y fuera de la jornada laboral que generen bienestar físico, social y emocional.

METODOLOGÍA

Puesta en marcha de una intervención para promover hábitos saludables diseñada en base a los resultados de un estudio exploratorio previo de abordaje cuantitativo y cualitativo.

RESULTADOS


La Semana de la salud se desarrolló en febrero 2024 con 12 actividades, durante 5 días. Las más populares fueron zumba, HosPilates, Coro y Mindfulness. Participaron 125 de 800 trabajadores, 90% mujeres, principalmente auxiliares administrativos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Una media de 1.63 actividades por persona y 12 asistentes por actividad. La satisfacción fue alta: el 90% se mostró muy satisfecho, el 100% repetiría y recomendaría el evento. Según los mandos intermedios, no hubo problemas organizativos ni tensiones entre los trabajadores, y el 72% percibió mejoras en el ambiente laboral. No se reportaron incidencias durante la semana.

CONCLUSIONES

Implementar programas de promoción de hábitos saludables entre trabajadores hospitalarios es viable y replicable. Es crucial que se basen en determinantes sociales, para abordar de manera amplia y equitativa los problemas de salud comunitaria. Además, pueden fomentar una cultura de autocuidado, mejorar el bienestar de los profesionales de la salud y generar un clima laboral positivo.

DISEÑO DE UN PROCESO ASISTENCIAL PARA PRIORIZAR LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

 HARRIS DE LA VEGA, NATALIE ⁽¹⁾ • BAYÓN CABEZA, MARIANELA ⁽²⁾ • GARZÓN GONZALEZ, GERARDO ⁽³⁾ • MONLEÓN JUST, MANUELA ⁽⁴⁾ • GARCÍA ESPINOSA, VICTORIA ⁽⁵⁾ • GARCIA VILA, SILVIA FERNANDA ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA COMUNIDAD DE MADRID. ÁREA PROCESOS Y CALIDAD • ⁽²⁾ GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID • ⁽³⁾ GERENCIA ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA COMUNIDAD DE MADRID • ⁽⁴⁾ EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA DE LEGAZPI • ⁽⁵⁾ CENTRO DE SALUD LOS ALPES • ⁽⁶⁾ CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES

Identificador: 637

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La elevada prevalencia del dolor crónico en la población española que ronda el 26%, ha conllevado que las organizaciones sanitarias lo reconozcan como un problema de salud prioritario, y definan estrategias para su abordaje integral. El dolor crónico tiene repercusiones tanto sociales, como económicas, y es la primera causa de incapacidad laboral por su impacto negativo en la funcionalidad y en la calidad de vida de las personas que lo padecen. El trabajo multidisciplinar desarrollado en Atención Primaria (AP) permite ofrecer una atención centrada en la persona y con enfoque bio-psico-social, lo que hace de este ámbito, sea el idóneo para manejar el dolor crónico. En nuestra Comunidad existe actualmente una Estrategia de Atención al Dolor que propone entre otras cuestiones, operativizar el proceso de atención en los diferentes ámbitos asistenciales. La Cartera de Servicios de AP recoge los procesos asistenciales que se ofertan a la población de forma prioritaria, y a través de sus servicios (S^o) se especifican las intervenciones que desarrollan los profesionales de AP para atender problemas de salud prevalentes. Los S^o se estructuran en indicadores de proceso que se evalúan anualmente. Actualmente no existe un servicio específico de atención a personas con dolor, por lo que se identifica la necesidad de incorporarlo.

OBJETIVOS

Diseñar un S^o dirigido a la atención de la población que sufre dolor crónico.

Metodología: Se crea un grupo multidisciplinar de expertos en dolor que realiza una revisión legislativa y bibliográfica (enero-mayo 2024). Su cometido es consensuar la población diana y el tipo de dolor al que irá dirigido el S^o, los criterios de inclusión/diagnósticos y las intervenciones clínicas más efectivas y con mayor evidencia.

RESULTADOS

Se crea el Servicio de Atención a la Persona con Dolor Crónico No Oncológico para incorporar en la Cartera 2025, dirigido a personas de 18 años o más que con dolor crónico no oncológico presente 4 - 5 días/semana, durante más de 3 meses, en cualquier localización, con intensidad moderada/alta y que limita la actividad diaria. La población estimada para el indicador de cobertura se calcula con la prevalencia por tramo de edad y sexo del Barómetro del dolor. Las intervenciones se agrupan en indicadores: 1) Valoración del dolor: características y clasificación al menos en una ocasión, 2) Valoración integral inicial, 3) Plan asistencial semestral [HDIv1] con recomendación de activos en salud, abordaje de kinesiofobia, terapia cognitivo conductual, apoyo emocional, evitación de falsas expectativas (con los fármacos), 4) Plan de fisioterapia anual si origen musculoesquelético y 5) Plan social-sanitario si riesgo social.

CONCLUSIONES

Incluir el S^o en la Cartera de AP permitirá priorizar el abordaje del dolor crónico como problema de salud relevante, así como cuantificar la prestación del mismo, mediante la evaluación periódica del indicador de cobertura y los criterios de calidad.



CHARLATERAPIA, EL ARTE DE COMUNICAR. ¿UNA ALTERNATIVA EFICAZ PARA EL PACIENTE SOMETIDO A BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA?

 Yuste Platero, María • Martos Martínez, Rafael • González Arias, Elena • Alfaro Cadenas, Laura

 Hospital Universitario General Villalba

Identificador: 638

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La realización de biopsia de médula ósea es necesario para el diagnóstico y/o estudio de extensión de enfermedades hematológicas. La prueba no presenta complicación grave. El someterse a una prueba no está exenta de nerviosismo y ansiedad. Además, se suma la percepción y la tolerancia al dolor, existiendo variabilidad entre los pacientes. Por ello, para mejorar la tolerancia al dolor y el nerviosismo intrínseco a la prueba, desde el servicio de hematología se ha propuesto la Charlaterapia, basándonos en la idea central de que mantener una conversación con el paciente, ajena al procedimiento que se está realizando, ayuda a mitigar la percepción del dolor y la ansiedad.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del uso de la charlaterapia en pacientes sometidos a estudios de biopsia de médula ósea, a través de encuestas validadas, como herramienta de comunicación entre pacientes y médicos en el departamento de hematología, y determinar su impacto en la satisfacción del paciente y la eficiencia del proceso clínico.

METODOLOGIA

Estudio observacional longitudinal descriptivo, incorporando datos de encuestas. En enero del 2023, se inicia fase de implantación, comenzando con la inclusión de pacientes candidatos (todos aquellos sometidos a biopsia de médula ósea y que con anterioridad ya hubiesen sido sometidos a esta prueba.) desde enero a diciembre 2023. Recogida datos preliminares a los 4 meses de la puesta en marcha, con entrega de encuestas a los pacientes para conocer su opinión. El período de estudio y de análisis de resultados será de 12 meses.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes, lo que corresponde a un 45% (n=80) de todas las biopsias realizadas y que con anterioridad ya habían sido sometidos a esta prueba. El 55% de los pacientes (n=44) no incluidos, fue por ser la primera vez que se sometían a esta prueba. Al analizar las respuestas de las encuestas, el 97% de los pacientes sometidos a charlaterapia refieren haber padecido un dolor menos potente de lo esperado al realizar la prueba en comparación con el dolor que sintieron con la prueba anterior, y el 98% refieren haberse sentido tranquilos. El 100% de los encuestados recomiendan implantar este sistema de charlaterapia a otras técnicas diagnósticas. En cuanto a la eficiencia del proceso clínico, el 89% (n=32) de las biopsias fue rentable (diagnóstico histológico definitivo) y no hubo necesidad de recurrir a una nueva biopsia. De las muestras inválidas (aquellas en las que el diagnóstico no pudo ser confirmado), en todas ellas (n=4; 91%) la causa se debió a una muestra insuficiente y en ningún caso debido a mala técnica.


CONCLUSION

El "Proyecto charlaterapia" deja constancia del potencial de la conversación como una estrategia para mejorar la atención y la satisfacción del paciente. Tras un año de implantación, los resultados demuestran un alto grado de satisfacción, manteniendo la eficiencia del proceso. Ante estos resultados, recomendamos ampliar su uso a otros procesos médicos.





VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

 Casellas Patron, Josefina • De Febrer, Gabriel • Duran Taberna, Montserrat • Jara Moyano, Silvia • Pijoan Dominguez, Angel • Vega Crespo, Adoracion

 Salut/Sant Joan Reus. Baix Camp

Identificador: 639

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La valoración geriátrica integral 3D/3D+, es un proceso multidimensional e interdisciplinar que pretende cuantificar las capacidades y problemas clínicos, mentales, funcionales y sociales del anciano con la intención de identificar el paciente geriátrico de riesgo, para su diagnóstico, tratamiento y decisiones del destino al alta.

En nuestro servicio podemos dar asistencia a 197.525 habitantes del Baix Camp más 9.239 del Priorat. El total de la población a atender son 9.912 habitantes mayores de 80 años.

Durante años, los sistemas de salud han tenido que ajustar estrategias de salud para dar respuesta a personas de edad avanzada. Con el cambio de modelo se evoluciona hacia un modelo asistencial basado en los retos de envejecimiento y necesidades de las personas, buscando una atención más holística y de calidad, centrada en el paciente.

Es muy importante conocer la situación social del paciente anciano para establecer un plan de cuidados. Un buen soporte familiar que acepte la responsabilidad de seguimiento, junto a la coordinación con atención primaria, aseguran una disminución de visitas a Urgencias.

Se considera anciano de alto riesgo social a aquél que vive solo o sin cuidador principal, sin domicilio fijo o con problemas económicos.

OBJETIVOS

- Explorar e identificar rápida y sistemáticamente las esferas funcional, cognitiva y social.
- Identificar y tratar la causa del empeoramiento, ya que se considera que el problema agudo es grave.
- Trabajar de forma transversal con Atención Primaria y accesibilidad de recursos.

METODOLOGIA

- Se utiliza la herramienta siempre que se valora a un paciente anciano, PCC o MACA.
- Realizar tres preguntas para explorar las 3D de un mes antes del ingreso:
 - Dependencia: Necesita ayuda?
 - Demencia: deterioro cognitivo?
 - Domicilio: Si hay cuidador o vive solo. Hay barreras en el domicilio? vive en una residencia?

Además: Hay algún fármaco que se haya introducido últimamente? 3D+

RESULTADOS

Durante el año 2023 se realizaron 1.205 valoraciones a pacientes geriátricos en Urgencias. 63.6% mujer. Edad: 84,1 años, 36,4% hombre. edad 80,8 años.

Destino al alta del Servicio de Urgencias: Ingreso en Atención Intermedia: 81,16% (983 pac), Alta a Domicilio: 15,8% (190 pac) y Exitus. 2,26% (27 pac).

Un 48% de las valoraciones del Equipo de Geriatria (UFISS) se realizaron en el Servicio de Urgencias, del total de las realizadas en el Hospital.

CONCLUSIONES


La valoración geriátrica integral en Urgencias, aporta sistemática en la exploración de las diferentes dimensiones del paciente mayor y/o frágil, permitiendo realizar una adecuación de la intensidad diagnóstica y terapéutica, teniendo en cuenta siempre, las preferencias del paciente y aprobación de los familiares.

La afectación de cualquiera de las D por el proceso agudo, nos permite activar la alarma de riesgo de paciente.

Nos puede ayudar a decidir el recurso más idóneo para el tratamiento o soporte del paciente.



LA ENDOSCOPIA MAMARIA EN CANARIAS. AVANCES E INNOVACIÓN EN CALIDAD ASISTENCIAL

 *Arencibia Sánchez, Carmen Patricia* ⁽¹⁾ • *Loro Pérez, Jorge* ⁽²⁾ • *Sánchez Alvarez, Angel Luis* ⁽²⁾ • *Tejera Hernández, Ana Alicia* ⁽³⁾ • *Gutiérrez Giner, María Isabel* ⁽³⁾ • *Santana López, Juana pino* ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Humic • ⁽²⁾ Chuimi • ⁽³⁾ chuimi • ⁽⁴⁾ Humic

Identificador: 640

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha experimentado grandes avances en los últimos 50 años. Técnicas encaminadas a una mayor incidencia de curación y mejores resultados estéticos. Sin embargo la mastectomía, tratamiento de elección en determinados tipos de cáncer, sigue siendo un estigma para estas pacientes, porque al proceso de enfermedad se une el sentimiento de pérdida o mutilación. Es por ello que en la última década la tendencia es optar por técnicas mínimamente invasivas que simultáneamente permitan la reconstrucción inmediata de la mama. La cirugía endoscópica de la mama ofrece la alternativa menos invasiva con un postoperatorio más confortable y menos doloroso, unido a unos resultados estéticos inmediatos con las mismas garantías de curación que otras técnicas más conservadoras.

METODOLOGÍA

- Descripción de la técnica de mastectomía y reconstrucción inmediata, por endoscopia mamaria con puerto único.
- Describir el papel del equipo quirúrgico durante la intervención, peri y postoperatorio, siempre bajo la garantía de las medidas que garantizan la seguridad del paciente.

RESULTADOS

- Exponer los resultados de nuestra práctica clínica. Aún escasos debido a su reciente incorporación a la cartera de servicios del CHUIMI.
- El conocimiento para el manejo de esta novedosa técnica e instrumental permite al equipo quirúrgico ofrecer una mejor atención y calidad asistencial.
- Satisfacción personal y profesional del equipo quirúrgico.

CONCLUSIONES

La incorporación de esta nueva técnica quirúrgica hace que las pacientes se vean beneficiadas por una intervención mínimamente invasiva y con unos resultados más satisfactorios, permitiendo además un mejor seguimiento y control postquirúrgico. Gracias a los avances en estas técnicas, así como a la clara tendencia actual a realizar la mayoría de las reconstrucciones de forma inmediata, las pacientes pasan por este proceso de una forma más rápida, sin la necesidad de realizar un mayor número de intervenciones, aumentando así la calidad de vida de una forma importante y recuperando la imagen corporal tras una mastectomía o una tumorectomía.

IMPACTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LAS IRAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

 LÓPEZ FRESNEÑA, Nieves • ORDOÑEZ LEÓN, GUILLERMO • GARCIA CARRASCO, EMELY • GRANDE ARNESTO, MARTA • MORANO VÁZQUEZ, AITANA • ALMENDRO MARTÍNEZ, ISABEL

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 641

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria constituyen el segundo grupo de eventos adversos más frecuentes. Son un indicador clave en la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Cuantificar su frecuencia e impacto ayuda a concienciar a los profesionales y gestores sobre la relevancia de incrementar el cumplimiento de las recomendaciones de prevención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Estimar el impacto de las IRAS en la mortalidad y estancia hospitalaria a los 30 días. Estratificar el impacto según edad, sexo y tipo de infección: bacteriemia, neumonía e infección quirúrgica.

Mediante el estudio de prevalencia EPINE-EPPS de 2023 se evaluó la presencia de IRAS según las definiciones epidemiológicas del ECDC. Se estudia la asociación entre la mortalidad y la presencia de infección. Se estratifica la mortalidad según variables de edad y sexo. Se compara la media de días de ingreso hospitalario pacientes con y sin IRAS. Se analiza el impacto según tipo de infección.

RESULTADOS

Se han incluido un total de 981 pacientes (edad media 56,5 años, DE 27,9, 51,4% mujeres). La prevalencia de pacientes con IRAS adquirida en el propio centro ha sido de 7,54 % (74/981) (IC 95%: 6,05 a 9,36). Se observa una mayor prevalencia en hombres 9% que en mujeres 6,2% ($p=0,09$), y en edades extremas de la vida (<1 año y >65 años) la prevalencia de IRAS es mayor 8,4% versus 6,6% ($p=0,3%$). En unidades de críticos la prevalencia es mayor, con un 13,5% que en planta de hospitalización 7,1% ($p=0,05$). En pacientes con algún tipo de dispositivo (catéter venoso periférico, venoso central, urinario o intubación) la prevalencia de IRAS es 8,7%, mientras que en pacientes sin dispositivo es de 3,8% ($p=0,01$). Se han registrado 82 IRAS cuyas localizaciones más frecuentes han sido quirúrgicas (24,4%), respiratorias y bacteriemias (ambas con 20,7%). La estancia media en pacientes con IRAS es de 48,9 días, mientras que en no infectados es de 19,7 días. La diferencia de medias es de 29,17 días (IC 95% 20,1-38,2 días). El impacto en mortalidad a los 30 días en pacientes con IRAS es de 12,5%, mientras que en pacientes no infectados es de 0,1% ($p=0,01$).

CONCLUSIONES

Las IRAS en nuestro centro son eventos adversos con un impacto en mortalidad relevante respecto a los pacientes sin infección. El exceso de estancias es de 2146 en este estudio transversal. Los datos epidemiológicos permiten aumentar la concienciación a los profesionales, y confirman la importancia de avanzar en estrategias de prevención para minimizar la frecuencia e impacto de este problema de seguridad del paciente.

DESARROLLO COMPETENCIAL EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: HABILIDADES, CONOCIMIENTO Y ACTITUDES.

 LÓPEZ FRESNEÑA, Nieves • RODRIGUEZ QUIRÓS, ALEJANDRO • DÍAZ REDONDO, ALICIA • ALMENDRO MARTÍNEZ, ISABEL • RAPELA FREIRE, ALBA • CANO FERNÁNDEZ, ROBERTO

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 642

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La definición de competencias profesionales en el ámbito de la calidad asistencial y seguridad del paciente ayuda a la organización a establecer un perfil de profesional cualificado adecuado a las necesidades del centro. Joint Commission International también incluye, dentro de los estándares de cualificación y evaluación del personal, la necesidad de establecer los privilegios y la evaluación continua de la práctica profesional, para mejorar la seguridad del paciente.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Definir y evaluar las competencias profesionales, específicas y transversales, de los facultativos relacionadas con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

La metodología empleada fue a través de un grupo de discusión, previa revisión bibliográfica sobre competencias, guía curricular de la OMS de seguridad del paciente, y manual de estándares JCI. El documento final se consensuó entre los facultativos del servicio. El modelo forma parte del diseño competencial de todo el centro hospitalario, y se ha desplegado desde la Unidad de competencias del servicio de Recursos Humanos. Las competencias transversales son estandarizadas para todo el centro.

RESULTADOS

Se establecen dos líneas competenciales diferenciadas: 1. Gestión de Calidad Asistencial, Certificación y Acreditación Sanitaria. 2. Seguridad del Paciente. En la primera se describen un total de 24 competencias específicas sobre conocimientos, habilidades y aptitudes sobre calidad asistencial, relacionadas con los distintos modelos de gestión: ISO, EFQM, JCI.

Otras líneas competenciales aluden a la Responsabilidad Social Corporativa, realización de auditorías, evaluación de indicadores, validación de cuestionarios, metodología de investigación cualitativa, CSUR o experiencia del paciente.

En Seguridad del Paciente se describen 15 competencias sobre la gestión reactiva y proactiva de riesgos sanitarios, trigger tools, implantación y análisis del sistema de notificación de incidentes, AMFE y ACR, prácticas seguras, rondas de seguridad, liderazgo e impulso de las UFGR, habilidades de comunicación ante eventos adversos graves, y estándares de seguridad JCI. En el modelo se describe también cómo realizar la evaluación de las competencias que incluye una acreditación inicial, con una evaluación anual y una reacreditación cada 3 años. En ella se cuantifican las actividades mínimas en cada área para considerar la competencia alcanzada durante el año evaluado.

CONCLUSIONES

La descripción y evaluación de las áreas competenciales en calidad y seguridad del paciente ha implicado una reflexión profunda de las actividades realizadas, y la visión a largo plazo del servicio.

El modelo es dinámico y sujeto a las modificaciones pertinentes para adecuarlo a la realidad actual.

Su evaluación periódica es una herramienta de gran valor para trazar el rumbo en el desarrollo profesional del equipo. Otra de las utilidades del modelo es la descripción de los perfiles requeridos en los concursos de personal.



CIRUGÍA MAMARIA EN REGIMEN AMBULATORIO: CALIDAD PARA LAS PACIENTES Y EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN

 GUTIERREZ GINER, MARIA ISABEL • SANCHEZ ALVAREZ, ANGEL LUIS • LARRUBIA LORING, JUAN • VIERA LOPEZ, MILENA ALEXANDRA

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Identificador: 643

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La cirugía mayor ambulatoria es una modalidad asistencial en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad siendo dado de alta el paciente el mismo día de la intervención. La patología mamaria y en concreto, el cáncer de mama, tienen una alta incidencia en nuestro medio y la cirugía representa uno de los pilares fundamentales en su tratamiento. La mejora en los procedimientos anestésicos y la menor invasividad de los procedimientos quirúrgicos gracias al diagnóstico precoz de la enfermedad, ha permitido realizar el tratamiento de hasta un 80% de los cánceres de mama en régimen de cirugía sin ingreso, lo que supone un gran beneficio para la paciente (mayor satisfacción y menor impacto psicológico) y una reducción de costes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Presentamos los indicadores de actividad de las intervenciones quirúrgicas realizadas por patología de mama en régimen de cirugía sin ingreso en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) por la Unidad de Cirugía Endocrina y Mama del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo durante el periodo 2019-2023.

RESULTADOS

Durante el periodo 2019-2023 se han intervenido por nuestra Unidad en el CHUIMI por patología mamaria en régimen de cirugía sin ingreso 1526 pacientes, con una estancia media depurada de 0,4 días, siendo la estancia media ajustada a funcionamiento (EMAF) de 2,2 y suponiendo un ahorro de 2521 estancias hospitalarias en ese periodo de tiempo.

CONCLUSIONES

La cirugía mamaria sin ingreso es una realidad en nuestro medio gracias al trabajo multidisciplinar en equipo. Los beneficios de incorporar a las pacientes a su entorno el mismo día de la cirugía son indudables. La realización de la cirugía de esta patología sin ingreso pone en evidencia la calidad asistencial de nuestra Unidad, nuestro Servicio y nuestro Complejo.

VIA CLINICA DE CIRUGÍA TIROIDEA EN REGIMEN DE CORTA ESTANCIA

 GUTIERREZ GINER, MARIA ISABEL • SANCHEZ ALVAREZ, ANGEL LUIS • LARRUBIA LORING, JUAN • VIERA LOPEZ, MILENA ALEXANDRA

 COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Identificador: 644

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La variabilidad de la práctica clínica, el incremento de costes, la participación creciente del paciente en la toma de decisiones, el enfoque por procesos y la necesidad de información tanto de los clínicos como de los gestores son aspectos fundamentales de la actividad asistencial.

Las vías clínicas son planes asistenciales que se aplican a pacientes con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible.

Presentamos una vía clínica para el proceso tiroidectomía con la que se pretende disponer de una herramienta facilitadora de la atención sistematizada y multidisciplinaria del paciente que va a ser intervenido de patología tiroidea.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos que se pretenden con esta vía clínica son:

1. Establecer para todos los pacientes una secuencia de actuaciones basada en las mejores evidencias disponibles.
2. Mejorar la coordinación de los distintos profesionales al definir las actividades diarias en la atención del paciente.
3. Informar al paciente y a sus familiares de lo que pueden esperar cada día.
4. Ser un instrumento educativo para médicos en formación al proporcionar una visión global del plan de atención y cuidados del paciente y del proceso de toma de decisiones.
5. Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria.

Para la elaboración de esta vía clínica hemos formado un equipo multidisciplinar constituido por cirujanos, anestelistas, enfermería de planta de hospitalización y área quirúrgica así como personal del Servicio de Admisión del Complejo para elaborar las matrices temporales y la documentación necesaria para la información al personal así como al paciente.

RESULTADOS

Presentamos una vía clínica de cirugía tiroidea en régimen de corta estancia que pretende sistematizar la atención al proceso tiroidectomía evitando la variabilidad clínica y contribuyendo de esta forma a la mejora de la calidad asistencial en nuestro Complejo.

Los criterios en los que nos hemos basado para elaborar esta vía clínica en nuestra Unidad son:

1. Que la tiroidectomía es un proceso de curso clínico predecible.
2. El número de pacientes intervenidos por año en nuestro Servicio (> 100).
3. La variabilidad de la asistencia en el período postoperatorio de los pacientes, sobre todo en relación al tratamiento de la hipocalcemia postoperatoria tras tiroidectomía total.
4. Posibilidad de mejora de la estancia media al realizarlo en régimen de corta estancia.

CONCLUSIONES

La disminución de la variabilidad clínica es un reto en la atención al paciente quirúrgico.

Las vías clínicas son herramientas que disminuyen dicha variabilidad mejorando la seguridad del paciente por la sistematización de la asistencia y con ello la calidad asistencial prestada.



PEQUEÑOS CAMBIOS HACIA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL DE UNA UNIDAD DE CALIDAD DE UN HOSPITAL TERCIARIO

 *Nechifor, Stan • Campillo Escribano, María Juliana • Durá Jiménez, María José • Varela-Rodríguez, Carolina*

 *Hospital Universitario 12 de Octubre*

Identificador: 645

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La transformación digital de los sistemas, instituciones y procesos de salud es una palanca de transformación para mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. El uso efectivo de tecnologías, incluyendo la inteligencia artificial (IA), permite optimizar los procesos. Se necesitan cambios estructurales para garantizar esta transformación. Estos cambios estructurales no son necesariamente disruptivos o a escala de meso o macrogestión. Pequeños cambios en el trabajo diario de unidades y servicios contribuyen a la transformación digital del sistema global, aunque sean necesarios otros cambios estructurales que mantenga esta digitalización. Este trabajo, se focaliza en la digitalización de los procesos operativos de una Unidad de Calidad en un hospital terciario, utilizando herramientas digitales institucionales (TEAMS) y herramientas de IA generativa para alcanzar una gestión más eficiente y precisa. En concreto en la digitalización de la gestión de comisiones técnico-consultivas, la mejora de la comunicación interna y de la trazabilidad de las reuniones (actas).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es hacer una propuesta de procesos a digitalizar y de plan operativo de implementación en una unidad de calidad, así como estimar el impacto que la adopción de tecnologías digitales y la IA pueden tener en dichos procesos.

El proceso de digitalización incluyó varias etapas: 1) Identificación de los procesos operativos clave que se beneficiarán de la digitalización y priorizar los más factibles; 2) selección de herramientas adecuadas para los propósitos de los procesos; 3) Digitalización de procesos operativos seleccionados mediante la integración de las herramientas digitales e IA en la rutina diaria de la unidad de calidad; 4) Formación del personal para el uso eficiente de las nuevas tecnologías; 5) Seguimiento del rendimiento de los procesos digitalizados y evaluación del impacto en la eficiencia operativa y la calidad de la atención.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Aunque inicialmente los costes de implementación fueron importantes especialmente el primer mes, sobre todo en horas de profesional (5 horas semanales), la digitalización de los procesos resultó en mejoras significativas en varios aspectos:

Reducción del tiempo para completar tareas repetitivas estandarizadas fácilmente automatizable, por ejemplo, la redacción de actas.

Incremento en la precisión y consistencia de la trazabilidad más estricta de los procesos.

Simplificación de tareas y la reducción de la carga de trabajo administrativa.

Identificación temprana de posibles problemas de calidad, acciones correctivas y acciones de mejora.

La capacitación del personal y su adaptación a las nuevas tecnologías son esenciales para el éxito del proceso de digitalización. Este estudio resalta la importancia de una planificación cuidadosa, la selección adecuada de herramientas tecnológicas y la capacitación del personal para lograr una integración exitosa.



MEJORAS ESTRUCTURALES EN EL ÁREA DE URGENCIAS A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA PACIENTE

 HERNANDEZ SANCHEZ, NOEMI • GARCIA NOGUEIRA, ELISABETH • VIÑUELA LACHICA, NURIA • PINO URBANO, JOSE LUIS • GALLARDO GONZALEZ, GEMMA

 HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

Identificador: 646

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La realización de obras en un espacio determinado es siempre una oportunidad para valorar opciones de mejora de la estructura. La participación de personas “no-expertas” en el re-diseño de espacios sanitarios se justifica ya que las decisiones técnicas son necesarias pero no suficientes para dar respuesta a las demandas del usuario (paciente).

Estas acciones participativas se han de combinar con la normativa y tienen carácter restrictivo (no siempre se puede hacer todo).

OBJETIVOS Y METODOLOGIA

Detectar las necesidades no cubiertas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias e identificar acciones de mejora en los en la estructura de los espacios de este área.

Se utilizó una recogida de datos de dos grupo focal (pacientes y profesionales) y una observación directa. Se escogió al grupo focal (3 pacientes y familia) entre los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en edades comprendidas entre los grupos de edad de mayor número de pacientes y que hubieran sido atendidos en el Servicio el mes anterior. Por otro lado, se convocaron a 6 profesionales. Las reuniones con los 2 grupos (paciente y profesional) se realizaron durante el mes de mayo del 2023. Se firmó un consentimiento informado donde se informa del proyecto y de la metodología que se utilizará. La observación directa se realizó el 9 de mayo del 2023 por 2 profesionales no vinculados al Servicio de Urgencias, un paciente voluntario y un profesional de la empresa colaboradora. Se realizó un guión de los puntos a tratar en las reuniones de los grupos focales y otro para la observación directa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias durante los años 2021 y 2022 están en los grupos de edad de 21 a 30 años, 51 a 60 años, 71 a 80 años, 81 a 90 años.

Los resultados de los grupos focal paciente/profesional fueron que la señalización es buena pero hace falta mejorar aspectos concretos, la información es buena y el trato es adecuado, mejorar aspectos de confort, iluminación, silla para acompañante, poco conocimiento de los tiempos de espera, problemas de privacidad por el espacio, ambiente profesional bueno.

Los resultados de la observación directa fueron que existe la presencia de camillas en espacio junto a asientos habituales, el triaje en camilla-ambulancia se realiza fuera del box, cartelería desordenada, ruido en diversas áreas, mala señalización de los lavabos, dificultad para encontrar el box.


La participación de los pacientes y profesionales da una amplia gama de puntos de mejora en la estructura.

Este análisis sirvió para poner en marcha unas mejoras en el Área de Urgencias (punto común señalización inadecuada) y tenerlas en cuenta para un plan Funcional de Obras de un futuro inmediato.

Es evidente que los resultados de este estudio tiene limitaciones ya que son fruto de una recogida de un grupo pequeño. Aún así han sido válidas para realizar una modificación de señalización en el Área de Urgencias.



ANÁLISIS DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN EL PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

 CAMELLO MARQUÉS, FRANCISCO JOSÉ • CABRAS SÁNCHEZ-RAMOS, MARÍA ROSA • MEMBRILLA ORTIZ, ANA ISABEL • GIL PRADOS, INÉS • RODRÍGUEZ-PIÑERO CEBRIÁN, ISABEL • HERRERA DE LA MUELA, MARÍA

 HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Identificador: 647

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La medición de la calidad percibida durante los diferentes escalones diagnóstico-terapéuticos del cáncer de mama puede ser un instrumento valioso que permite adaptar las características de la atención prestada a las necesidades y expectativas de los pacientes. Integrar esta información en nuestro cuadro de mando permitiría desarrollar un diseño apropiado y dinámico de nuestros servicios, convirtiéndose de paso en un indicador consistente del nivel de calidad asistencial.

OBJETIVOS

Valorar el grado de satisfacción de las pacientes que acuden con diagnóstico de cáncer de mama respecto de la atención recibida en consultas, quirófano y hospitalización, con el fin de identificar áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio analítico descriptivo, realizado mediante encuestas de satisfacción tipo Likert (rango 1 mal, 5 excelente) a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer infiltrante de mama de mama, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Las encuestas se realizan por el personal de enfermería de la Unidad en el acto de consultas y se centran en dos grandes áreas: satisfacción con la atención recibida a los 6 meses (6 preguntas) y participación en la toma de decisiones (3 preguntas).

RESULTADOS

Se encuestó a 506 pacientes entre 2020 y 2024.


Por lo general, las respuestas muestran un alto grado de satisfacción con la atención recibida (excelente), pero no tanto con la satisfacción con la información y toma de decisiones. Respuestas que califican la atención como excelente en el ámbito "satisfacción con la atención recibida a los 6 meses": satisfacción global (78%); durante las pruebas de imagen y biopsia (73%); en el bloque quirúrgico y durante la cirugía (97%); en hospitalización (92%); durante la quimioterapia (76%); durante la radioterapia (79%). Respuestas que califican la atención como excelente en el ámbito "satisfacción con la información y toma de decisión": información recibida sobre opciones terapéuticas (72%); participación en la toma de decisión (31%); apoyo psicoemocional (56%).


CONCLUSIONES

Si bien la puntuación global es muy satisfactoria, hay dimensiones que deben mejorarse, especialmente en la comunicación sobre la toma de decisiones compartidas. Integrar en el cuadro de mando de la Unidad la calidad percibida por las pacientes es importante para implementar evaluaciones periódicas de la atención prestada con el fin de desarrollar un proceso de mejora continua. A raíz de los resultados obtenidos, se han realizado mejoras dirigidas tanto a los profesionales (formación de los profesionales en habilidades de comunicación) como a la gestión (ampliación de los tiempos de consulta por paciente, rediseño de circuitos asistenciales o reestructuración de las agendas de consultas).



PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA, ANÁLISIS DE 10 AÑOS

 Guerra Rodríguez, Mercedes ⁽¹⁾ • Seoane Mato, Daniel ⁽¹⁾ • Sánchez Alonso, Fernando ⁽¹⁾ • Díaz González, Federico ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, Madrid, Spain • ⁽²⁾ Servicio de Reumatología Hospital Universitario de Canarias La Laguna, S/C de Tenerife. España

Identificador: 648

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

La bibliometría permite analizar cuantitativa y cualitativamente la producción científica, sirve para conocer el estado actual de un campo de investigación determinado y permite evaluar su impacto en la comunidad. Las publicaciones son un indicador de calidad de las instituciones y de los profesionales a las que pertenecen. En este trabajo se realiza un análisis bibliométrico de la producción científica de la Reumatología en España en los últimos 10 años.

OBJETIVOS

Identificar la producción científica liderada por investigadores de Servicios y Unidades de Reumatología de España para formular estrategias de incentivar la investigación y mejorar el posicionamiento de la especialidad.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio bibliométrico descriptivo, retrospectivo de la producción científica de los Servicios de Reumatología en España. Se hizo una estrategia de búsqueda en web of Science (WOS) y Scopus para recuperar artículos originales y revisiones entre enero de 2013 y diciembre de 2022. Se depuró la información y eliminaron duplicados, incluyendo solo aquellos artículos en los que el primer y/o el autor de correspondencia tenía como filiación Servicios/Departamentos/Unidades de Reumatología de centros españoles. Cada artículo se clasificó según: año de publicación, naturaleza de la investigación: básica, epidemiológica o clínica, filiación de los autores (país y región), palabras claves y nº de citas. Para comparar la producción científica entre comunidades se utilizó el producto interior bruto y el número de reumatólogos por cada región como factores correctores.

RESULTADOS


Se identificaron 2321 artículos, siendo el 77.7% de investigación de naturaleza clínica. El año de mayor producción fue 2020 con un 11.0% del total de la producción. El 15.7% de los artículos fueron el producto de colaboraciones internacionales siendo EEUU (16.8% del total de colaboraciones internacionales), Italia (9.1%), y Reino Unido (13.7%) los principales países con los que se colaboraron. Las comunidades más productivas fueron Madrid (28.8% del total), Cataluña (21.2%), y Galicia (21.2%) habiendo una relación directa entre producto interior bruto de cada comunidad y su producción científica. El número de la producción científica en estos 10 años por las Unidades de Reumatología de nuestro país fue de 70.


CONCLUSIONES

Este trabajo sintetiza la actividad científica y el impacto de las Unidades de Reumatología en España en los últimos 10 años comparando distintas áreas de conocimiento en las que se investiga tanto en el plano nacional como en el internacional. Consideramos un trabajo factible de ser extensible a otras especialidades y centros.



APORTAR VALOR A LOS PACIENTES SIN DESPLAZAMIENTOS INNECESARIOS DE UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN

 Peña Vidal, Nuria ⁽¹⁾ • Varela-Rodríguez, Carolina ⁽¹⁾ • Guerrero Soler, María ⁽²⁾ • Serrano de la Cruz, Alicia ⁽³⁾ • Real Gutiérrez, Sergio ⁽¹⁾ • Castillo Martín, Juan ignacio ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre • ⁽²⁾ Hospital General Universitario de Alicante • ⁽³⁾ Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Identificador: 649

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La lumbalgia es una de las principales causas de discapacidad y absentismo laboral a nivel mundial, impactando significativamente en la calidad de vida de los pacientes. La educación para la salud juega un papel crucial en el manejo del dolor lumbar crónico, ya que promueve hábitos de vida saludables que pueden prevenir y aliviar los síntomas. Este enfoque proactivo no solo reduce la dependencia de tratamientos médicos y farmacológicos, sino que también mejora la calidad de vida, disminuye el riesgo de recurrencias y potencia la autogestión del dolor. Este estudio se centra en la evaluación de una intervención de educación para la salud con un seguimiento mediante dos consultas no presenciales.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio fue describir los resultados de la intervención mediante cuestionarios de calidad de vida y escalas de dolor. Se realizó un estudio observacional. Los pacientes fueron evaluados en dos momentos: antes de la intervención y un periodo de seguimiento al mes. Las herramientas de medición incluyeron la Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor, el cuestionario Oswestry Disability Index (ODI) para la discapacidad funcional y el SF-12 Health Survey para la calidad de vida relacionada con la salud.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes, un 87,22% (76% a 100%), reportaron estar en el mismo estado de salud. Identificándose mejoría en el 8,56% (0% a 16,67%) de los pacientes y empeoramiento en el 3,97% (0% a 7,02%). El dolor que limita actividades e irradiado/parestesia muestran mejoría en un 16,67% y un 11,76% respectivamente.

- EVA: Un 36,19% de los pacientes reportaron una mejora en el dolor, con una disminución significativa en la puntuación EVA. De los pacientes que mejoraron, el 50% disminuyó dos o más puntos en la escala de 1 a 10, mientras que el 48,57% no reportó cambios significativos.
- ODI: La mayoría de los pacientes no reportaron cambios en su discapacidad funcional (49-65%). Las mejoras más significativas ($\geq 30\%$) se relacionaron con la intensidad del dolor (P1) y los cuidados personales (P2).
- SF-12 Health Survey: La mayoría de los pacientes no reportaron cambios (82-47%). Las preguntas que reflejaron mejoras significativas ($\geq 30\%$) se relacionaron con la dificultad para realizar trabajo (P8), sentirse calmado y tranquilo (P9), y la energía (P10).

CONCLUSIÓN

El análisis de los datos revela que, aunque una proporción considerable de pacientes no experimentó cambios significativos en su estado de salud, un número notable de ellos reportó mejoras en varios indicadores clave de dolor y discapacidad funcional. Estas mejoras pueden atribuirse a la efectividad de las intervenciones aplicadas y subrayan la importancia de personalizar las intervenciones terapéuticas, sin descartar la importancia de la educación para la salud.

El presente estudio tiene limitaciones importantes y por ello, sería recomendable continuar la investigación con un mayor número de participantes para validar estos hallazgos.





COORDINACIÓN ASISTENCIAL PARA EVITAR EL REINGRESO DE PACIENTES FRÁGILES: UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD

 Fontalba Navas, Andres • Gil Aguilar, Virginia • Palacios Simón, Alejandro • Fernandez Gómez, Francisco • Escobar Corral, Ana María • Jiménez Martínez, Belén

 Área Sanitaria Norte Málaga

Identificador: 650

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la Unidad de Alta Complejidad (UAC) en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas complejas, con un enfoque particular en la reducción de las hospitalizaciones innecesarias y la mejora de la calidad de la atención.

Comparar los indicadores de actividad y rendimiento de la UAC con los del Servicio de Medicina Interna y el Hospital de Antequera en su conjunto, utilizando para ello el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Analizar el impacto de un modelo de atención integral y personalizado en la satisfacción del paciente y la eficiencia de los recursos sanitarios.

Identificar las estrategias específicas implementadas en la UAC que contribuyen a la optimización de la atención y la minimización de los riesgos asociados con la polifarmacia y la fragmentación del cuidado.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio se caracterizó por ser descriptivo longitudinal, permitiendo la evaluación de tendencias y cambios en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas complejas a lo largo del año 2022. Se utilizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para la recolección de datos estandarizados sobre las altas hospitalarias, diagnósticos, procedimientos, y duración de las estancias, entre otros aspectos relevantes.

Para la comparación y análisis de los indicadores de rendimiento, se realizaron estudios estadísticos que incluyeron la estancia media, el promedio de diagnósticos y procedimientos por paciente, el peso medio de los casos, y la evaluación de estancias hospitalarias evitables. Además, se llevaron a cabo entrevistas y encuestas a pacientes y familiares para medir la satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida en la UAC..

RESULTADOS

El análisis del impacto de la UAC sobre la reducción de estancias hospitalarias innecesarias revela un ahorro significativo de días de hospitalización, lo que subraya la efectividad de este modelo en la prevención de ingresos no necesarios y en la gestión eficiente de los recursos sanitarios. Estos hallazgos son corroborados por la percepción positiva de los pacientes y sus familiares respecto a la calidad de la atención recibida, tal como se refleja en las entrevistas y encuestas realizadas.

CONCLUSIONES

El estudio evidencia la superioridad de la Unidad de Alta Complejidad en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas complejas, destacando la importancia de un enfoque integrado y personalizado en la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Los resultados obtenidos demuestran que es posible optimizar los recursos sanitarios y mejorar los resultados clínicos y la satisfacción del paciente mediante la implementación de modelos de atención centrados en el paciente, la coordinación asistencial y la educación. Este enfoque no solo beneficia a los pacientes y sus familias, sino que también contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud al reducir las cargas asistenciales y económicas asociadas a las enfermedades crónicas complejas.



FASE LUNAR ERRÓNEA: ERITROAFÉRESIS COMO TRATAMIENTO DE LA DREPANOCITOSIS

 FUNES MOLINA, CARMEN • SANCHEZ GARCIA, TAMARA • MIRA CARBALLO, NURIA

 HGU GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 653

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACION

La drepanocitosis es un grupo de trastornos eritrocitarios hereditarios que provoca la producción anormal de hemoglobina por una morfología anormal de los glóbulos rojos. Esto provoca un mayor riesgo de fenómenos trombóticos, episodios de dolor agudo y disminución de la esperanza de vida. Uno de los tratamientos empleados para prevenir las complicaciones es la eritroaféresis. Se trata de una técnica compleja que precisa de un material específico y una capacitación adecuada por parte de la enfermera que la realiza.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

describir la gestión de enfermería para asegurar la calidad y la seguridad en la realización de eritroaféresis en población pediátrica con drepanocitosis en un hospital de tercer nivel.

La eritroaféresis se realiza tanto de manera ambulatoria en el hospital de día de oncohematología como en hospitalización (tanto en las unidades de oncología como en las Unidades de Cuidados Intensivos). La distribución de los pacientes en estas ubicaciones se realiza según diferentes criterios, como la edad, el estado clínico y la localización de su vivienda habitual.

Se dispone de una máquina de eritroaféresis en el hospital para la población pediátrica por lo que se ha establecido una distribución de los días para su uso entre los servicios donde se realiza.

Por otra parte, se ha diseñado una formación para facilitar la capacitación necesaria, que consta de tres sesiones. En la primera, la enfermera observa la técnica que es realizada por la enfermera experta. En la segunda y la tercera, la enfermera realiza la técnica bajo supervisión. Las enfermeras formadas pertenecen a los hospitales de día, la unidad de críticos y la hospitalización oncohematológica.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

La alta rotación del personal y la especificidad de la técnica, ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer un procedimiento reglado para proporcionar formación continuada de manera que se garantice la seguridad y la calidad de los cuidados enfermeros. Se está trabajando en la implementación de una formación por competencias que incluya reevaluaciones periódicas.



ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA VERSIÓN 2.0 DE UNA ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN PROYECTO PILOTO

 Santos Ribeiro, Catarina • Varela Rodríguez, Carolina • García Verdúñez, Enrique • Tejido Sánchez, Angel • Quintana Estelles, Delicias • Comisión de Seguridad del Paciente, Unidad Funcional de Gestión de Riesgos

 Hospital Universitario 12 de Octubre

Identificador: 654

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) comprende creencias, comportamientos y actitudes considerados adecuados respecto a la SP. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) desarrolló la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS®), que valora 10 dimensiones de la CSP. Su versión 1.0, adaptada y validada en España, se utiliza desde 2004. En 2019, se publicó la versión 2.0: mantiene 10 dimensiones, con menos ítems, redactados en sentido positivo y negativo, y con la opción “No se aplica/No sabe”. Existe una versión validada para profesionales de habla hispana en EEUU, pero las diferencias con el sistema sanitario español justifican validar la versión 2.0 para España.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación transcultural y validación de propiedades psicométricas de la HSOPS 2.0 en España, en un Hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid.

La AHRQ aprobó la adaptación transcultural de la HSOPS 2.0. Se organizaron dos grupos focales (GF) multidisciplinares semiestructurados de 1h en marzo/23, buscando consensos semánticos, idiomáticos, experienciales y conceptuales. Entre diciembre/23 y febrero/24, 35 expertos de la Comisión de Seguridad del Paciente (ComSP) revisaron la versión actualizada de la encuesta en dos rondas: en la primera el formato analógico y en la segunda, el cuestionario online. Se difundió la encuesta entre el 20/05 y el 06/06/2024 en áreas seleccionadas, a través de correo electrónico y grupos de mensajería. Se calculó el alfa de Cronbach (α) para cada dimensión para analizar la consistencia interna, utilizando R 4.2.1.

RESULTADOS

En los GF con 9 participantes cada, se sugirieron cambios sobre categorías profesionales y especialidades; además de la construcción gramatical de algunos enunciados. No surgieron nuevos ítems en la primera ronda de revisión del ComSP; en la segunda, se identificaron 3 ítems de errores de transcripción y 2 ítems relacionados con categorías profesionales. 133 personas contestaron a la encuesta, la mitad tardó 19 mins. Los α fueron superiores a 0,65 para todas las dimensiones, excepto la 2 (Presión y ritmo de trabajo, $\alpha=0,46$) y la 10 (Transferencias e Intercambio de información, $\alpha=0,58$).

CONCLUSIONES

La adaptación transcultural y validación de una encuesta de CSP a nivel local es un proceso complejo, pero necesaria y escalable. El enfoque multidisciplinario permite obtener visiones complementarias y generar una sensación de implicación entre profesionales. La elección de áreas específicas del Hospital permite optimizar los esfuerzos de divulgación de la encuesta, pese a que el muestreo en bola de nieve no permita calcular tasa de respuesta. Podrá ser necesario un análisis más profundo de dimensiones con menor consistencia interna, pero en general, la versión adaptada es consistente. Son necesarios más proyectos de investigación que posibiliten una validación a nivel nacional.





ANÁLISIS DE DOS CASOS DE ÉXITO DE ATENCIÓN INTEGRADA ENTRE EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO: CANTERBURY Y NORRTÄLJE

 Diaz-Oliver Fernández-Hijicos, Ana María ⁽¹⁾ • Varela-Rodríguez, Carolina ⁽¹⁾ • Montiel Llorente, Luis ⁽²⁾ • Arias Díaz, Javier ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre • ⁽²⁾ Universidad Complutense de Madrid

Identificador: 655

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La integración entre los servicios sociales (socio-sanitarios) y sanitarios (primaria y hospitalaria) es crucial para garantizar una continuidad asistencial, atención integral u holística de alta calidad a la población. Este estudio analiza dos modelos eficientes de integración social y sanitaria, el modelo de Canterbury (Nueva Zelanda) y Norrtälje (Suecia). Ambos modelos han demostrado mejoras significativas en la optimización de recursos, resultados en salud, calidad de atención y satisfacción del paciente. Así mismo, ambos modelos incluyen a todos los niveles del proceso de toma de decisión los determinantes sociales de la salud individualizados en cada paciente. Este trabajo examina las características comunes que contribuyen al éxito de estos modelos y proporciona una base para la implementación de estrategias similares en otros contextos.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es identificar y analizar las características comunes de los casos de ASI. El estudio se basó en una revisión exhaustiva de la literatura. Realizándose un análisis comparativo que permitió la identificación de similitudes y diferencias entre los modelos para destacar las características comunes que pueden ser replicadas en otros entornos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Ambos casos tienen una visión clara y compartida sobre la integración de servicios, liderada por un fuerte compromiso de los gestores y líderes comunitarios.
2. La atención se organiza alrededor de las necesidades del paciente, priorizando su bienestar y proporcionando un cuidado continuo y coordinado.
3. Existe una comunicación abierta y continua entre los diferentes actores involucrados, facilitando la colaboración y el intercambio de información.
4. La implementación de sistemas de información compartidos y herramientas digitales ha mejorado la coordinación y el seguimiento de los pacientes.
5. Inversiones en la capacitación y desarrollo continuo de los profesionales para mejorar sus habilidades en la coordinación y atención integral.
6. Ambos modelos han desarrollado esquemas de financiación que incentivan la colaboración y el uso eficiente de recursos.
7. La involucración activa de la comunidad y los pacientes en la planificación y evaluación de los servicios ha sido fundamental para adaptar los servicios a las necesidades locales.

Los resultados indican que el éxito en la integración social y sanitaria no depende de una sola característica, sino de un conjunto de prácticas y estrategias interrelacionadas. Futuros estudios deben centrarse en la implementación y adaptación de estas características comunes en diferentes contextos y sistemas de salud. La evaluación continua y el intercambio de experiencias proporcionan información valiosa para mejorar la atención socio-sanitaria a nivel global.

COMPARATIVA DE MODELOS INTERNACIONALES DE ASISTENCIA SOCIO SANITARIA: ALTO VICENTINO (COORDINADO) Y NORTÄLJE (INTEGRADO).

 Diaz-Oliver Fernández-Hijicos, Ana María ⁽¹⁾ • Varela-Rodríguez, Carolina ⁽¹⁾ • Montiel Llorente, Luís ⁽²⁾ • Arias Díaz, Javier ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre • ⁽²⁾ Universidad Complutense de Madrid

Identificador: 656

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La escasa coordinación entre el ámbito social y sanitario (coordinación socio sanitaria) produce una duplicidad de procedimientos, un aumento de costes, una fragmentación en la atención al paciente que genera insatisfacción y escasa calidad al paciente/usuario. Para responder a esta necesidad de eficiencia se han identificado dos modelos de organización, un modelo de Atención Socio sanitaria coordinada (ASC) y un modelo de Atención Socio sanitaria Integrada (ASI). Este estudio compara dos modelos internacionales: el modelo ASC de Alto Vicentino (Italia) y el modelo ASI de Norrtälje (Suecia).

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo es comparar los modelos de coordinación y de integración, identificando sus fortalezas y debilidades, y evaluar cómo cada modelo contribuye a la sostenibilidad del sistema y a la excelencia en la atención.

Se realizó una revisión comparativa de la literatura y análisis de casos de los modelos de Alto Vicentino y Norrtälje; con un análisis de datos sobre resultados de salud y eficiencia operativa.

RESULTADOS

Los principales hallazgos incluyen:


1. Modelo de Alto Vicentino (coordinado):
 - Fortalezas: Flexibilidad y adaptación a las necesidades locales, fuerte enfoque en la coordinación a nivel comunitario.
 - Debilidades: Limitada integración de servicios, dependencia de la colaboración voluntaria entre entidades.
 - Impacto: Reducción de ingresos hospitalarios (de 123 a 83 en 2002) y reingresos, pero con desafíos en la continuidad del cuidado
2. Modelo de Norrtälje (integrado):
 - Fortalezas: Alta integración de servicios sanitarios y sociales, financiación conjunta que promueve la colaboración. Visión compartida de objetivos e intereses.
 - Debilidades: Complejidad en la gestión de un sistema altamente integrado.
 - Impacto: Reducción significativa reducción del 36% en hospitalizaciones por ACSC desde 2008; disminución significativa de listas de espera para residencias y hospitalizaciones de largo plazo para mayores de 75 años. Se observó también una mejora en la satisfacción del paciente, con un enfoque robusto en la atención centrada en el paciente

DISCUSIÓN

La comparación muestra que el modelo integrado de Norrtälje ofrece una mayor sostenibilidad a largo plazo y una mejora significativa en la calidad de la atención en comparación con el modelo coordinado de Alto Vicentino. Sin embargo, la implementación de un modelo integrado requiere una inversión inicial considerable y una gestión más compleja. Ambos modelos tienen ventajas únicas que pueden ser adaptadas a diferentes contextos. De hecho, el modelo de Alto Vicentino (ASC) llega a un grado de integración incompleta, ya sea horizontal sin integración vertical o viceversa. Mientras que el modelo de Norrtälje tiene ambas integraciones. La combinación de elementos de ambos modelos podría ofrecer un enfoque equilibrado para mejorar la atención sanitaria y social.



USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA REDUCIR LA CARGA DE TRABAJO DE UNA UNIDAD DE CALIDAD

 Varela-Rodríguez, Carolina ⁽¹⁾ • Ruiz López, Pedro ⁽²⁾ • Segura Cebollada, María del Pilar ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre • ⁽²⁾ Instituto de Investigación I+12 • ⁽³⁾ Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Identificador: 657

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

Las herramientas de inteligencia artificial generativa (IA) han irrumpido en el trabajo diario de los profesionales con mayor o menor penetración en el desarrollo de sus tareas. Existen tareas más fácilmente automatizables que otras. Dentro de su plan de transformación digital, la unidad de calidad, priorizó tareas que pudieran ser automatizables mediante herramientas de IA para reducir la carga de trabajo.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

El objetivo es identificar qué tareas pueden automatizarse en una unidad de calidad y qué mejoras introduce en el trabajo de las unidades de calidad. Se empleó una metodología heurística para la generación y ajuste de los PROMPT empleados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Borradores de Plan de Acción tras Análisis Conjunto de Eventos de Seguridad del Paciente anonimizados: La IA generativa permite elaborar planes de acción basados en análisis conjuntos de eventos de seguridad del paciente. Mediante la recopilación y análisis de grandes volúmenes de datos identificando patrones y causas subyacentes en el registro histórico de información en texto libre mediante procesamiento de lenguaje natural. Generando informes detallados con recomendaciones específicas y planes de acción basados en las recomendaciones internacionales de las organizaciones de referencia. Y adaptar los informes tomando en cuenta las particularidades de contextuales.
2. Revisión Formal de Protocolos, Procedimientos, Proyectos de Comités y Unidades Multidisciplinares. Otra área donde la IA generativa puede reducir la carga de trabajo es en la revisión y actualización de documentos formales. Escaneando y revisando automáticamente protocolos, procedimientos y proyectos, para identificar áreas que requieren actualización o revisión y proponer modificaciones basadas en las últimas directrices, evidencia científica y mejores prácticas. Así se puede reinvertir el tiempo de los profesionales en otras tareas estratégicas y de mejora.
3. Redacción Automática de Actas de Reuniones: La IA también puede ser utilizada para la redacción automática de actas de reuniones, lo que representa una mejora significativa en la eficiencia administrativa. Mediante la transcripción de las reuniones en texto y resumir los puntos clave y decisiones tomadas. Creando actas en formatos estandarizados, asegurando coherencia y facilidad de comprensión, pudiendo incluso automatizar el envío de actas tras finalizar la reunión.

Esta aplicación no sólo reduce la carga administrativa para los profesionales, permitiéndoles enfocarse en tareas más estratégicas, sino que también mejora la precisión y puntualidad en la documentación de las reuniones, facilitando un seguimiento más efectivo de las decisiones y acciones acordadas.

Además, estas herramientas contribuyen a mejorar la precisión y eficiencia en el manejo de la documentación y los planes de acción, facilitando una respuesta más rápida y efectiva a los eventos de seguridad del paciente.

PROPUESTA DE MEJORA DEL PASO DE LOS PACIENTES AL CUMPLIR LOS 15 AÑOS DEL EQUIPO DE PEDIATRÍA AL EQUIPO DE ADULTOS

 GUINART DE LA CRUZ, JESSICA • RUIZ ESCUSOL, SALOME • GUIJARRO TAPIA, EUGENIO • GALLARDO MORENO, SOLEDAD • CATALIN, ROXANA ELENA • REYES CURTO, ANA

 CAP TARRAGONA-1

Identificador: 658

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El paso de la atención pediátrica a la atención de medicina y enfermería de familia es complicado y no bien protocolizado en nuestra zona. Debería ser un proceso dinámico, multidisciplinar y multidimensional cuyo objetivo fuera hacer frente no solo a las necesidades clínicas del adolescente sino también a las psicosociales y educativas.

La atención primaria tiene un enfoque holístico, para el paciente el equipo de atención primaria es y tiene que ser su referente en salud por eso es tan importante que en una etapa de tanto cambio como la adolescencia tengan identificados a sus profesionales de referencia, teniendo en cuenta también que según la legislación vigente se puede considerar menor maduro al paciente desde los 12 a los 16 años. No obstante para una mayor organización, se tiene que hacer un paso planificado, informado y colaborativo entre los equipos de pediatría y de adultos dando al mismo tiempo más protagonismo, responsabilidad y conocimiento en la toma de decisiones al paciente favoreciendo así, a su vez, el buen uso del sistema sanitario. El equipo de pediatría ha detectado una necesidad, manifestada también por los padres y algunos adolescentes, de sensación de pérdida de seguimiento a partir del cambio a los 15 años de edad a la medicina y enfermería de familia. En nuestro centro de salud tenemos dos cupos de pediatría, donde se atienden a los niños de los 0 a los 14 años de edad incluidos, y once cupos de adultos, a partir de los 15 años. Prestamos nuestros servicios a una población total de aproximadamente unos 16.000 pacientes de los que 2.500 son niños. Un 9% de estos niños tienen al menos una enfermedad crónica y un 1% tienen alguna enfermedad congénita.

OBJETIVOS

Diseñar el protocolo del procedimiento de transferencia del niño desde el equipo de pediatría al equipo de adultos.
Valorar el grado de seguimiento y evolución de las patologías crónicas de estos niños.

METODOLOGIA

Realizaremos un estudio experimental, paralelo y controlado de la transición de estos pacientes. Haremos un grupo control y un grupo intervención. Uno de los cupos de pediatría continuará con su actividad habitual y en el otro cupo se realizará la intervención. Criterios de inclusión: cumplir en este año los 15 años. Variables: sociodemográficas, tipo de patología crónica, seguimiento y control, calendario vacunal y consejo adolescente.

La intervención consistirá en reuniones trimestrales donde se comentarán en comité clínico formado por equipo de pediatría y su nuevo equipo de atención primaria. Se programará una primera visita asistencial con su enfermera.

RESULTADOS

En 1 año se valorará si hay diferencias significativas entre el grupo control y grupo intervención.

CONCLUSIONES

La intervención pretende mejorar tanto la salud como la percepción y seguridad del paciente de la calidad asistencial ofrecida por el equipo de atención primaria.



INFLUENCIA DEL FARMACÉUTICO CLÍNICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

 Galván Sasía, Jesús Vicente • Lombardero Pin, Marina • González Fernández, Manuel Ángel

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 659

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

Cada día, la gran afluencia de pacientes de un Servicio de Urgencias de un Hospital de Tercer Nivel con situaciones críticas, múltiples patologías y en muchos casos, pacientes plurifarmacia, conlleva a que los posibles errores de medicación puedan afectar gravemente en su recuperación. Generalmente, estos pacientes precisan de múltiples maniobras e intervenciones, estando expuestos a tratamientos farmacológicos, en su gran mayoría intravenosos, para intentar estabilizar, mejorar o recuperar su situación. Será a partir del año 2004 cuando la figura del farmacéutico clínico, adscrito al Servicio de Farmacia del mismo Hospital, comience a colaborar con el Servicio de Urgencias, con el fin de disminuir errores en las pautas de tratamiento farmacológico para garantizar la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Reducir o evitar las posibles interacciones de los medicamentos pautados por los facultativos en pacientes polifarmacia o pluripatológicos, pendiente de ingreso en planta de hospitalización

Alentar y colaborar en el mantenimiento de un entorno seguro para el uso de los medicamentos

Impartir formación en el Servicio cuando sea oportuno

MÉTODO

Presencia de un farmacéutico clínico adscrito al Servicio de Farmacia del Hospital al Servicio de Urgencias en horario de mañana, de lunes a viernes, con el fin de revisar, en el programa informático Drago AE, todos los tratamientos de pacientes pendientes de ingreso en planta de hospitalización. Evalúa la cantidad de líneas de prescripción, obviando los pacientes ingresados a partir de las 14:00 horas del viernes hasta las 8:00 del lunes siguientes, así como pacientes ingresados en días festivos. Tras su revisión, el farmacéutico notifica las modificaciones necesarias al médico adjunto responsable del paciente.

En esta ocasión se toma como muestra de estudio el periodo comprendido entre el 01/01/2020 hasta 31/01/2024

RESULTADOS Y CONCLUSIONES


El Servicio cuenta con una media diaria entre 40 y 60 pacientes pendientes de ingreso en planta de hospitalización, de los cuáles se revisaron 1.551.460 líneas de prescripción y se modificaron 3.014, notificándose posteriormente al médico adjunto del Servicio de Urgencias.

La colaboración entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Urgencias a lo largo de los años ha ido en aumento con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. La labor del farmacéutico clínico en la prevención y control de episodios de eventos adversos y costes médicos innecesarios, así como en la participación del proceso de doble chequeo o verificación de medicamentos de alto riesgo, especialmente en pacientes frágiles es indispensable en el día a día de nuestro Servicio. La presencia física del farmacéutico clínico hace de su funciones un trato cercano, inmediato entre los demás miembros del equipo originando así una labor más humana y cercana; no obstante, aún queda pendiente ampliar su actividad los días de fin de semana y festivos.



ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA DEL REGISTRO DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO CON ATENCIÓN PRIMARIA

 Bakor, Mohamad ⁽¹⁾ • Gonzalez, Maria jimenez ⁽²⁾ • Ramirez Garcia, Elena ⁽³⁾

 ⁽¹⁾ Departamento de Farmacología y Terapéutica”, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid • ⁽²⁾ Unidad de Estadística, UCICECospital Universitario La Paz-IdiPAZ • ⁽³⁾ Hospital universitario la paz IdiPaz, facultad de Medicina, universidad Autonoma de madrid

Identificador: 661

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los errores asociados con al prescripción o administración de medicamentos en pacientes con alergias o efectos adversos previamente conocidos han continuado ocurriendo de forma reiterada en hospitales como en atención primaria. La implementación de sistemas de información con alertas de alergias a medicamentos en la historia clínica y en el sistema de prescripción electrónica se considera una práctica recomendada para prevenir errores de medicación relacionados con alergias. Sin embargo, la evaluación de la calidad de estos sistemas aún no se ha llevado a cabo.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de la documentación de alergias en atención primaria y en el hospital y si existen diferencias significativas entre las alergias registradas en el sistema de información de atención primaria y el sistema de información hospitalaria.

Metodología: Se seleccionaron los pacientes en el periodo 1/1/2022 al 31/12/2022 que tenían en la historia clínica hospitalaria el antecedente de “alergia medicamentosa” (áreas de hospitalización y urgencias) y se compararon con los registros de atención primaria a través de la plataforma Horus. Se evaluó la calidad de la documentación de la alergia: registro de la alergia, diagnóstico, fecha y gravedad (leve, moderada, grave y mortal). Se asignó un punto por cada factor adecuadamente cumplimentado. Se considera documentación adecuada si tiene registrados los 4 parámetros, regular si tiene 3 parámetros y deficiente si tiene menos o igual a 2. Se realizó un análisis de concordancia con el cálculo del índice kappa en la relación de la proporción de veces en las que el registro de Atención primaria concordaba con el Registro hospitalario.

RESULTADOS

Se detectaron 223 pacientes con historia en atención primaria y en el hospital durante el periodo de estudio. Un 20,6% tenían antecedentes de alergias medicamentosas: 30% betalactámicos, 15% pirazolónicos, 10% AINES, 10% contrastes yodados. En hospital se identificaron un 80,6% de alergias vs 53,1% en registro de atención primaria. En el registro hospitalario la calidad de la documentación fue adecuada 7,7%, deficiente 60,4%, se documentaron 2 reexposiciones positivas. En registro de atención primaria, la calidad de la documentación fue 61,7% deficiente y adecuada 4,1%, se documentó un caso de reexposición positiva. El índice Kappa fue de -0,28 indica una concordancia muy baja entre los registros de alergias de atención primaria y hospitalaria.

CONCLUSIONES

se evidencia un desacuerdo significativo entre la documentación de alergias en atención hospitalaria y atención primaria. En ambos niveles asistenciales la calidad de la documentación es deficiente en más del 60%. Esto determina errores graves por reacciones adversas, diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados. Es imprescindible mejorar la calidad y la interoperatividad de los registros de alergias medicamentosas en los sistemas de información.



LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION: MODELO DE MCCALL.

 *Martínez Gómez, Jose • Rodríguez Rodil, Nuria • Medrano Martínez, María José • Castillo Rubio, Ricardo • Llopis López, Pablo • Martínez Velasco, Esther*

 SUMMA 112

Identificador: 664

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACION

El Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de nuestra comunidad autónoma está altamente digitalizado, soportado por una extensa miríada de sistemas de información (SI) de forma que los procesos asistenciales están informatizados desde la entrada de la primera llamada del paciente hasta su resolución.

Cada nuevo sistema que se implanta abre la puerta a nuevas necesidades. Estas necesidades que las aplicaciones y servicios deben cumplir unos requisitos especificados por las partes interesadas (PI), pero también con aspectos intrínsecos que se dan por supuestos.

OBJETIVO

Implantar un sistema de evaluación de SI que permita determinar de forma integral el cumplimiento de necesidades y expectativas de las PI, buscando un objetivo de mejora continua en las dimensiones de Operación (como las PI esperan que se comporte el SI), Revisión (mantenimientos correctivo, adaptativo y evolutivo) y Transición (interoperabilidad y reutilización).

MATERIAL Y MÉTODOS

Por la triple perspectiva en el enfoque de la calidad se elige implantar el Modelo de Calidad del McCall. Los pasos a seguir son:

- Definición de las métricas de los criterios de calidad.
- Evaluación de los 23 criterios internos (CI) de calidad de sistemas de información mediante asignación de puntuación según los niveles de capacidad del modelo de madurez ISO 12207. Los CI son atributos internos que tienen los sistemas de información que contribuyen a las dimensiones de calidad a la que pertenecen: Revisión (R), Transición (T), Operación (O).
- Cálculo de la puntuación de los factores de calidad que representan el punto de vista del usuario, es decir al comportamiento del software, escalabilidad, conversión y reaprovechamiento de producto.

RESULTADOS

De los 6 sistemas de información evaluados se obtiene una mejor calificación en los apartados de O, media de 72% con un intervalo de 66% a 80%. En relación con la T (interoperabilidad y reutilización), media de 66% con intervalo de 40% a 88% en aspectos que tienen que ver con el reaprovechamiento e interacción con otros sistemas; o la R (media de 67%, intervalo 55% a 75%). Así encontramos más variabilidad en la entrega en las dimensiones R y T.

CONCLUSIONES

Este modelo de calidad nos permite comparar las aplicaciones y servicios para comprobar hasta qué punto se cumple con las especificaciones de usuario, de cómo mejorar en el mantenimiento y cambios del software, así como evaluar la reutilización de funciones, bibliotecas y algoritmos que puedan facilitar la generación de futuros sistemas de información. Permite detectar áreas donde centrar la atención y autoevaluar los equipos de trabajo para redefinir procedimientos de actuación y aumentar la satisfacción de las partes interesadas. La variabilidad en las puntuaciones en las áreas de R y T indican que los pasos siguientes deben dirigirse hacia la estandarización de estas áreas.



VOLUNTARIADO Y TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN: UNA ALIANZA PARA MEJORAR LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

 RODRÍGUEZ RODIL, NURIA MARIA • COLOMER ROSAS, ASUNCION • VILLAR ARIAS, ALICIA • MUÑOZ SAHAGUN, PEDRO • RUIZ CASAS, BEATRIZ • BAYO MARTINEZ, GONZALO

 SUMMA 112

Identificador: 665

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Uno de los retos en la atención a la emergencia es mejorar la cadena de supervivencia de forma que se disminuya la morbilidad y las secuelas post evento. Implicar a la sociedad para que sepa reconocer una situación crítica y realice maniobras de primeros auxilios hasta que llegue el equipo sanitario que preste tratamiento avanzado es vital. Ello precisa de formación a primeros intervinientes y además una forma efectiva de contar con ellos.

OBJETIVO

Desarrollar un programa de activación de voluntarios que avise a los que se encuentren próximos a un incidente a fin de mejorar la supervivencia del paciente afecto de un evento crítico.

METODOLOGÍA

Constitución de un grupo mixto de nuestro SUE que contaba con profesionales de Sistemas de Información Tecnológicas, de la Dirección Asistencial y de Organización de Voluntarios.

- Definición de los problemas de emergencias a acometer.
- Definición del proceso de activación y asistencia a prestar del voluntario.
- Definición de requisitos para ser voluntarios (a cargo de las propias asociaciones) y formación a requerimiento de las mismas.
- Sistema de medición y seguimiento. Implantación. Mejoras

RESULTADOS

- Se definió el proceso de activación: Pacientes en lugar público, inconsciente. Con existencia de una propuesta de recurso de SVA, y que exista validación de médico/enfermero.
- Una vez detectado un aviso que cumple los criterios de activación en nuestro sistema de gestión pone los datos a disposición los datos de las asociaciones
- En el momento en que se detecte un paciente susceptible de activación de voluntarios, se notifica al sistema ARIADNA para el envío de la alerta a los voluntarios próximos disponibles que puedan atender al paciente.
- Desde su implantación en Enero del 2024 se ha SIDO SUSCEPTIBLE de activarse en al menos en 36 ocasiones.
- Los motivos por los que se han activado son generalmente, pacientes inconscientes en vía pública.

CONCLUSIONES

Es poco tiempo de implantación para que tengamos una evaluación global. Con los datos previos consideramos que es una medida costo-efectiva que no requiere recursos en tiempo ni sobrecarga la gestión de la emergencia en el centro coordinador, estimamos que puede ser sostenible en el tiempo dado el avance a una sociedad con mayor responsabilidad social y conectada con su ecosistema, y supone un avance cultural importante en la asimilación de cómo las tecnologías pueden facilitar la mejora o recuperación de la salud. Además, es fácilmente exportable a cualquier otro SUE.

También se una vía de colaboración con estas asociaciones pudiendo acceder a información de interés más actualizada que las bases de datos habituales, como por ejemplo la base de datos de actualización de los DESA.



APLICACIONES DE TEXT MINING: ESTUDIO SISTEMATICO DEL CAMPO DE TEXTO LIBRE ANTECEDENTES

 RODRIGUEZ RODIL, NURIA MARIA • MARTINEZ GOMEZ, JOSE • HERNANDEZ JIMENEZ, FIDEL • PAJUELO AYUSO, JUAN ANTONIO • SOLANO LOPEZ, RAUL • RUIZ CASAS, BEATRIZ

 SUMMA 112

Identificador: 667

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La informatización de los procesos asistenciales en los diversos entornos sanitarios ha sido una constante durante los 20 últimos años en nuestro país. En nuestro servicio de emergencias (SE) tanto el SCU (Servicio Coordinador de Urgencias) desde hace más de 20 años como las unidades asistenciales (UA) que atienden a los pacientes, desde 2012, están completamente informatizados. Las bases de datos están definidas y estructuradas, e incluyen campos de texto abiertos para incluir toda clase de antecedentes muy útiles a la hora de analizar cada caso desde su particularidad, pero de poca utilidad para su clasificación y explotación. En la actualidad se cuenta con potentes herramientas para poder ser estudiados. Además, las características del lenguaje médico, científico y técnico, que se sustenta en 4 pilares básicos (precisión, corrección, claridad y concisión) facilita la detección de patrones del lenguaje.

OBJETIVO

Establecer mediante herramientas de TEXT MINNING la sistematización avanzada del campo de texto libre antecedentes.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo Ene-2023 a May-2024: Mediante un análisis de más de un millón registros de las patologías más repetidas en el campo de texto libre antecedentes, se extraen las patologías más sus sinónimos, acrónimos o palabras que apuntaran al mismo significado. Con todos estos términos diana o palabras clave se crea un diccionario sobre el que realizar las búsquedas de las mismas. Se establecen los patrones y creación de tablas binarias de cada episodio rellenando los valores 0 para ausencia del antecedente y 1 para su presencia.

Preprocesador de datos. Tratamiento de duplicados, valores nulos y outliers. Además, para mejorar la coincidencia de palabras, se convirtió el texto a minúsculas y se eliminaron acentos ya que se presenciaba que muchos comentarios no presentaban puntuación ni tildes.

Este estudio se ha desarrollado en Python (versión 3.12) utilizando librerías como “re” para procesar el texto y encontrar patrones y pandas y numpy para organizar y procesar arrays.

RESULTADOS

- Se pudieron establecer de manera inequívoca 12 tipos de antecedentes: Dolor, Hipertensión Arterial, Cáncer, Diabetes, epoc, Insuficiencia Renal, Dislipemia, Infección, Ansiedad, Deterioro cognitivo, Infarto y Fibrilación Auricular y cumplimentarse.
- Obtenemos la sistematización de los antecedentes de casi 240.000 pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

El análisis semántico de los campos de texto de las bases de datos de sanidad puede ayudar a establecer patrones de palabras/frase para distintas patologías. Además, esto produce un aprovechamiento y reciclaje de toda la información almacenada, una transformación de la misma: de información muy útil de forma concreta pasa a poder ser sistematizada y clasificada de forma global, mediante patrones semánticos; fácil retroalimentación de los propios sistemas de información; y extrapolable a cualquier sistema de información de cualquier campo de la salud.



¿ES POSIBLE REDUCIR A “O “ LOS RIESGOS DE UPP EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES?

 Montoya Garrido, María Josefa • Ramos Negrín, Ana Delia • Castillo García, Nuria Esther

 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Identificador: 669

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las lesiones medulares (LM) son afectaciones de la médula espinal a consecuencia de un traumatismo, enfermedad o degeneración. Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud pública por sus repercusiones en diferentes ámbitos, como son la calidad de vida de los pacientes y el consumo de recursos para el sistema de salud, incluyendo responsabilidades legales¹. Todas las personas con LM corren riesgo de desarrollar UPP y casi todas desarrollarán al menos una UPP grave durante su vida². En las Unidades de Lesionados Medulares (ULM), es fundamental prevenir y controlar la aparición de UPP en estos pacientes.

OBJETIVO

Cuantificar la prevalencia de UPP que desarrollan los pacientes con LM ingresados en la ULM del HUIGC durante el período 2022-2023.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo retrospectivo a pacientes ingresados en la ULM del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) entre el 1 de enero del año 2022 y el 31 de diciembre del 2023. Han sido incluidos todos los pacientes con LM hospitalizados en el período de estudio y excluidos los hospitalizados por otros motivos. Se han extraído datos agregados y anonimizados de las variables sociodemográficas, clínicas (escala Braden al ingreso y alta y escala ASIA), registro mensual de prevalencia de UPP y estancia media. Programa estadístico utilizado SPSS 27.0.

El uso de datos agregados ha eximido la aprobación por parte del comité de ética de la investigación.

RESULTADOS

La muestra de estudio en 2022 es de 42 pacientes con una edad media de 50,7, 69% hombres, bradem al ingreso de 2,4% de riesgo alto, 50% moderado y 47,6% bajo. El 40% presenta un ASIA D. La prevalencia de UPP en la Unidad de Hospitalización es de 0.

La muestra de estudio en 2023 es de 53 pacientes con una edad media de 52,64, 81 % hombres, bradem al ingreso de 28,8% de riesgo alto, 28,8% moderado y 42,3% bajo. El 27.5 % presenta un ASIA D. La prevalencia de UPP en la Unidad de Hospitalización es de 0.

CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes que desarrollan UPP en la ULM del HUIGC durante el periodo de estudio es de 0.

La prevalencia de UPP es un indicador de calidad que valora el impacto de los cuidados realizados.

Los pacientes según la escala Bradem, al ingreso presentan riesgo moderado/ alto de desarrollar upp y al alta un riesgo bajo.

La formación al paciente/cuidadores y al personal juega un papel fundamental en la prevención de UPP.





DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE BASADO EN VALOR EN UNA UNIDAD DE ICTUS (2021-2023)

 Muñoz Gamito, Gema • Ferré Torrente, Oriol • Martínez Navarro, Mónica • Krupinski, Jersky • Matarrodona Riera, Marc

 Fundació Assistencial Mutua Terrassa

Identificador: 670

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

Con el foco dirigido hacia la medicina basada en valor y con la base de la quintuple meta, se expone la experiencia de implantación en una unidad de ictus de una organización sanitaria integrada.

OBJETIVOS

El objetivo es conseguir la reorientación de la unidad en 5 años. Se expone el impacto sobre los resultados asistenciales en los tres primeros años de trabajo (2021-2023).

METODOLOGÍA

Inicialmente, se realiza un análisis de la situación basal por parte del área de calidad y se propone un enfoque de orientación al valor (elaboración interna) basado en criterios porterianos.

Se propone una cadena de valor que tiene como base el proceso clínico, segmentado en 5: prevención primaria, diagnóstico, hospitalización/cuidado multidisciplinar, rehabilitación y seguimiento además de la infraestructura, la tecnología, los protocolos/documentación y formación.

Se constituye un grupo multidisciplinar que codiseña unos objetivos globales para el proceso y unos específicos por segmento, con sus indicadores respectivos y se despliegan diferentes grupos de trabajo y acciones.

RESULTADOS

La orientación inicial hacia el valor según el estándar interno es del 27% en 2021 vs 70% en 2023.

Durante este periodo, los pacientes que acudieron a nuestro centro como código ictus no presentaron variaciones en cuanto a edad (71.5 ± 14 años), sexo (38% hombres), estado basal previo (90% tenían mRS <3) ni en el NIH al ingreso (7; IC 4-14).

El tiempo puerta-aguja se mantuvo <30 min durante todo el período. El % de hemorragias intracraneales sintomáticas a las 24-36h post fibrinólisis disminuyó de 2.8 a 0%.

El % de adecuación de la ubicación del paciente en una unidad acorde a su gravedad/complejidad desde su llegada a urgencias pasó del 43% al 81%. El % broncoaspiración se redujo de un 6.67% a un 0.66% y el NIH al alta pasó de ser de 5.3 puntos de promedio a 3.7.

El % de pacientes derivados a RHB y el % de pacientes visitados por neurología en los próximos 90 días desde el alta se mantuvieron alrededor del 55% y el 20% respectivamente. (Este segmento aún no está abordado específicamente).

En atención primaria, el % de buen control de LDL en el AVC isquémico pasó del 6.96% en 2021, al 37% en 2023 y el % de tratamiento adecuado en pacientes con fibrilación auricular aumentó de un 61% a un 88%, respectivamente.

La experiencia del paciente medida por NPS fue del 60%. Los profesionales presentaron a congresos y recibieron formación, pero aún no está medida su experiencia específicamente respecto a su trabajo en la unidad.

CONCLUSIÓN

Reorientar una unidad hacia el valor es complejo, pero tiene impacto positivo sobre la calidad asistencial proporcionada al paciente ya durante el proceso. Trabajar plan, objetivos, mejoras e indicadores con los profesionales impacta en los resultados. No obstante, visualizar el conjunto supone un reto a todos los niveles. Las áreas de calidad deben facilitar y ayudar a los profesionales a alinearse y a coordinar y visualizar las acciones de mejora.



UNA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DIFERENTE: COMUNICACIÓN Y SOPORTE ACTIVO

 Matarrodona Riera, Marc • Muñoz Gamito, Gema • Ferre Torrente, Oriol • Martínez Navarro, Mónica

 Fundació Assistencial Mutua Terrassa

Identificador: 671

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En cada organización, la gestión de la calidad asistencial es variable y heterogénea, puesto que depende de varios factores, entre ellos, la cultura organizacional y las normas locales.

OBJETIVO

El objetivo de esta presentación es explicar cómo la estructura del área de calidad asistencial en nuestra organización, nos está ayudando en la consecución de objetivos.

METODOLOGÍA

Después de la pandemia, se produjo un cambio de modelo en nuestra organización. Con él, se buscaba un área de calidad única que fuese facilitadora en la comunicación entre las direcciones asistenciales y económica y los profesionales y operativa para producir indicadores, gestionar la documentación, los grupos de trabajo y que diese soporte metodológico en la ejecución de las mejoras asistenciales, todo esto con un enfoque basado en la asistencia sanitaria basada en valor y en la transversalidad. Para ello, el modus operandi ha sido variado, pero partiendo de la base que el contacto directo con los asistenciales y conseguir su implicación en cualquiera de las acciones es indispensable.

Existe también un comité de calidad, cuyo presidente es el responsable del área de calidad asistencial, que tiene como miembros a responsables de otros ámbitos relacionados con la calidad, como son la dirección de atención a pacientes y familias, humanización, la coordinación entre primaria y hospitalaria, área de proyectos de enfermería, y la unidad de certificaciones. El comité permite facilita coordinar esfuerzos y colaborar en procesos comunes.

RESULTADOS

En 2021, se constituyó un área de calidad asistencial que englobaba 4 unidades: la unidad de producción de indicadores y el benchmarking, la unidad de gestión documental y el desarrollo de comités y comisiones, la unidad de Seguridad clínica y la unidad de gestión clínica, atención basada en valor y mejora de práctica clínica. El área también soporta a la implementación del plan estratégico de la organización y a diferentes proyectos de mejora transversales.

Durante estos 3 años, se ha conseguido mejorar la mayoría de los indicadores asistenciales a nivel hospitalario (se proporcionan los resultados en ratio, 2021-2023. Datos obtenidos de la plataforma de Benchmarking BS3): complejidad (1.10-1.06), CMA (1.05-1.10), estancia media (1.08-1.07), complicaciones (1.21-0.92), reingresos (0.98-0.93), mortalidad (0.86-0.55), hospitalizaciones potencialmente evitables (0.96-0.95), estada media preoperatoria (1.03-1.03) y la intensidad del registro (1.15-1.13).

Los profesionales realizan consultas directamente al área y solicitan soporte tanto para entender sus indicadores, como para mejorarlos, medir sus procesos y organizar sus documentos.

CONCLUSIONES

En nuestro caso, el hecho de que exista una estructura con visión global y sobretodo cercana y accesible, que pueda ejercer de puente entre las direcciones, los profesionales y entre las diferentes áreas relacionadas con la calidad del paciente, nos ayuda a conseguir objetivos comunes.

EVOLUCIÓN DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL COVID. ESTRATEGIA E IMPACTO. 2020-2024

Nieto Muñoz, Cristina ⁽¹⁾ • Jiménez Rescalvo, María ⁽²⁾ • Onecha González, Elena ⁽³⁾ • Hernanz Hernández, Eva ⁽⁴⁾ • Ramírez Puerta, Ana Belén ⁽⁵⁾ • Fernández Allende, Ana Luisa ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Dirección Asistencial Oeste • ⁽²⁾ Dirección Asistencia Sureste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria • ⁽³⁾ Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. • ⁽⁴⁾ Dirección Asistencial Centro, Gerencia Asistencial de Atención Primaria. • ⁽⁵⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria. • ⁽⁶⁾ Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Identificador: 672

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La aparición del SARS-CoV-2 a finales de 2019 desató una pandemia global afectando gravemente a la población mayor de 65 años. La implementación de programas de vacunación ha sido crucial para mitigar este impacto. La investigación se justifica porque: Las personas mayores (PM) tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones graves y mortalidad por COVID-19. La vacunación de PM supone un gran impacto en la salud: protege a los individuos vacunados y también reduce la carga sobre los sistemas de salud, disminuye la transmisión del virus y contribuye a la inmunidad de grupo.

Las vacunas han demostrado su eficacia y seguridad a través de ensayos clínicos y estudios en casos reales.

La distribución equitativa de las vacunas ha enfrentado desafíos logísticos. Las PM, especialmente en entornos de bajos recursos, han enfrentado mayores barreras para acceder a la vacunación.

La aceptación de la vacuna varía debido a desinformación, desconfianza en el sistema de salud y creencias culturales. La vacunación ha permitido la reanudación de actividades económicas y sociales, facilitando una recuperación más rápida y manteniendo la estabilidad económica y social.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia, seguridad y aceptación de la vacunación COVID-19 (VC) en PM, así como identificar los desafíos logísticos y las barreras de acceso que han surgido durante el proceso de vacunación.

METODOLOGÍA

Para evaluar la evolución de la VC en personas de riesgo desde 2020 a 2024, se realizan las siguientes actividades: - Análisis Dosis vacuna COVID: Fuente Salud Pública y Gerencia Asistencial Atención Primaria (GAAP). Datos analizados a través de informes en - - Power BI. Dosis por Centro vacunación. - Análisis dispositivos y centros de vacunación: datos facilitados por la GAAP y SP.


RESULTADOS

- Campaña de vacunación Covid 2020-2021: La vacunación se lleva a cabo en Centros de Salud, dispositivos móviles de vacunación domiciliaria, unidades de atención a residencias, así como puntos centralizados de vacunación. En atención primaria (AP) se administraron 2.048.343 de dosis (23%).
- Campaña 2021- 2022: Se comienza a vacunar frente al COVID en la campaña de vacunación antigripal. Se administran un total de 1.047.563 dosis en AP (26%).
- Campaña 2022- 2023: Estrategia vacunación antigripal y fuera de campaña. Se administran dosis de primovacunación y recueros con nuevas cepas. Se administraron 957.433 dosis en AP (85%).
- Campaña 2023- 2024: Misma estrategia. 821.339 (88%) dosis administradas en AP.

CONCLUSIONES

El análisis de la evolución de la vacunación COVID-19 en PM permite comprender los logros y desafíos de los programas de vacunación. La vacunación protege a poblaciones vulnerable y reduce morbimortalidad. Además, contribuye a la estabilidad de los sistemas de salud y a la recuperación económico-social. Evaluar continuamente la eficacia, la seguridad y la aceptación es esencial para mejorar las estrategias de salud y garantizar una respuesta eficaz.

NORMALIZACIÓN EN LA TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN DURANTE EL CAMBIO DE TURNO DE ENFERMERÍA

 Montoya Garrido, María Josefa • Santiago Díaz, Yeray Tomás • Mateos López, Noa • Guerra Armas, Néstor • Rodríguez Suárez, Claudio • Ramírez Santana, Estefanía

 Complejo Hospitalario Universitario Insular materno Infantil

Identificador: 673

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Dentro de las organizaciones Hospitalarias una prioridad consiste en garantizar la seguridad del paciente durante el proceso asistencial (1,2). Durante los “cambios de turno”, la adecuada transferencia de la información sobre los cuidados que realizarán las enfermeras permite conocer con certeza el estado de salud y las necesidades de atención de las personas para garantizar la continuidad en la atención (3).

OBJETIVOS

El objetivo es la implantación de un sistema unificado de transferencia de información durante el cambio de guardia del personal de enfermería, a través de la Historia Clínica electrónica, en las Unidades de Hospitalización del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC).

METODOLOGÍA

Se han desarrollado tres fases:

- **Primero:** Búsquedas bibliográficas de publicaciones científicas, sin excluir tipos de estudios por su metodología, entre 2015 y 2023 en la biblioteca Cochrane Plus®, SciELO® y Google académico® usando los descriptores “Continuidad de Cuidados”, “Seguridad del paciente” y “Transferencia de Información”, se identificaron n= 130 estudios de los que n= 25 se ajustaron a nuestra temática de investigación.
- **Segundo:** Elaboración de un documento que recoge y unifica los registros realizados por las enfermeras en las Historias Clínicas Electrónicas (HCE), seleccionados tras el consenso de los expertos del HUIGC (equipo funcional de HCE y personal de enfermería de las unidades de Hospitalización).
- **Tercera:** Implantación y pilotaje del nuevo modelo de documento para la transferencia de información; para ello, se presentó el documento a los supervisores de las Unidades de Hospitalización y se realizó formación continuada a las enfermeras sobre sus características y manejo.


RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el momento inicial, las enfermeras mostraron resistencias al cambio debido a las costumbres tradicionales en la transferencia de información. Tras la implantación de este sistema unificado se ha modificado el proceso de intercambio de información, y en la actualidad el 95% de las unidades lo han adoptado de forma habitual.

Con la elaboración de este nuevo documento normalizado se ha pretendido unificar los criterios de actuación para la transferencia de la información relevante sobre los cuidados del paciente, evitando el uso de notas escritas a mano u otros soportes informáticos de texto que pudieran ocasionar errores no intencionados o vulnerar las normativas legales vigentes.

Actualmente, se está abordando un proceso de evaluación de la percepción de las enfermeras acerca de la implantación de este sistema, con la intención de mejorar su aplicabilidad clínica.

PAPEL DE LAS ENFERMERAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

 López Marín, Gema Maria • Villalba López, Sara • Nieto Muñoz, Cristina • Seoane Noya, Carolina • Jiménez Rescalvo, Maria • Onecha González, Elena

 Gerencia de Atención Primaria Madrid

Identificador: 674

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La pandemia por COVID-19 fue un desafío para todos los profesionales de enfermería, demostrando una rápida adaptación a la situación existente y cambiante. En este contexto, la vacunación ha adquirido una importancia máxima para superar la pandemia. Las enfermeras, dentro de nuestras competencias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, han liderado la vacunación masiva y compleja, consiguiendo un excelente resultado. La vacunación COVID-19 ha estado sujeta a constantes cambios, nuevos protocolos y actualizaciones. En este contexto, surge la necesidad de una figura que lidere, organice y de apoyo técnico a los equipos asistenciales de Atención Primaria (AP), coordinando las actuaciones en materia de vacunación. La enfermera, como principal actor en la prevención de la enfermedad y sus competencias en gestión, es el profesional idóneo para llevar a cabo este rol. Surge así la figura de la enfermera de prevención y promoción en cada una de las Direcciones Asistenciales (DDAA) de AP.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

Dar a conocer el papel de la Enfermera de Prevención y Promoción en la Gestión de la calidad.

Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera de prevención y promoción:

- Comunicar cambios de la estrategia de vacunación.
- Coordinación con Servicio Prevención de Salud Pública.
- Petición de vacunas a los centros de distribución.
- Recopilar información sobre el stock, validez y caducidad de las vacunas de los Centros de Salud.
- Traspasos de viales entre los diferentes puntos de vacunación disponibles en la Comunidad.
- Resolver dudas de los profesionales y solventar incidencias.

Para ello ha sido fundamental el uso de sistemas de información:

- Excel para transmitir la información semanal de los centros a la dirección asistencial.
- Outlook y teléfono corporativo directo para mantener una comunicación directa.
- Nexus para control de stock y pedidos.
- Power BI para control de dosis administradas.
- Teams para facilitar la comunicación con la Gerencia Asistencial de AP, creando un grupo actualizado con los principales referentes de vacunas.

RESULTADOS


La creación de esta figura de gestión enfermera desde octubre del 2021, ha facilitado la coordinación de la vacunación COVID-19 en AP. Ha sido aceptada y valorada positivamente en las distintas DDAA y en los centros de salud. Ha reducido la incidencia de errores en la vacunación, debido a la comunicación constante con los profesionales de los centros. Así mismo, al realizar traspasos entre puntos de vacunación, ha reducido las pérdidas de vacunas por la estrecha validez de las mismas.

CONCLUSIONES

Las enfermeras tenemos un campo de conocimientos amplio y extenso, adquiriendo cada vez más un papel fundamental en la gestión. Los resultados obtenidos en la campaña gripe-COVID, ha generado un aumento de competencias en gestión de las enfermeras en prevención y promoción de la salud (calendario vacunación del adulto y Salud Comunitaria, entre otros).



EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA FINALIZADA LA COVID19

 *Cobian, Jorge Luis* ⁽¹⁾ • *Cobián Cárdenas, Laura* ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ *Martinez* • ⁽²⁾ *Hospital San Roque Meloneras*

Identificador: 675

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

Los profesionales sanitarios que trabajan en los Hospitales Públicos están sometidos a grandes presiones psicosociales y fuerte exigencias emocionales.

OBJETO

Estudiar los riesgos psicosociales a los que estuvieron sometidos los trabajadores del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) una vez declarado el fin de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 en España y diseñar estrategias de prevención en base a los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA

El SMI está integrado por las categorías profesionales: intensivista, médico residente, enfermera/o, auxiliar de enfermería y celador. Destina 30 camas para atender en régimen de ingreso al paciente crítico los 365 días/24 horas. El estudio se realizó durante los meses de julio y agosto del 2023 y se utilizó la herramienta validada FPSICO.

De una población de 173 trabajadores, un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 5% se requirieron al menos 120 cuestionarios válidos. Se incluyeron al cuestionario 5 variables sociológicas: categoría profesional, situación laboral, edad, género y años de experiencia en el SMI.

RESULTADO

Se obtuvieron 154 cuestionarios. Todos los factores psicosociales presentan un componente de riesgo: Participación/Supervisión (85,1%), Demandas Psicológicas (54,2%), Relaciones y Apoyo Social (49,9%), Carga de Trabajo (47,1%), Desempeño del Rol (44,0%), Tiempo de Trabajo (33,0%), Autonomía (30,1%), Interés por el Trabajador/Compensación (29,5%) y Variedad/Contenido (16,9%).

Un grupo de trabajo formado por intensivista y dos enfermeras del SMI y un ingeniero valoraron las respuestas. Se propusieron 27 medidas preventivas específicas (MPE).

CONCLUSIONES

Se aplicó el método FPSICO al colectivo de trabajadores del SMI (89,1% de participación y 100% de fiabilidad). En situación de riesgo se encontraron los 9 factores psicosociales, siendo el factor "Participación/Supervisión" el que mostró mayor nivel de riesgo con un 85,1% y Variedad/Contenido el que mostró el menor nivel de riesgo con un 16,9%. Se diseñó una estrategia de prevención integrada por 27 MPE para el SMI. Las variables Categoría profesional, Años de experiencia del trabajador en el SMI y Situación laboral del empleado público fueron relevantes en la interpretación de los resultados; las variables Género y Edad del trabajador no mostraron relevancia en este estudio.

Las MPE propuesta pueden no ser necesariamente aplicables a otro tipo de trabajadores u otro SMI.



PROYECTO REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS A TRAVÉS DE RECORDATORIO DE CITA CON LLAMADA TELEFÓNICA

 JURADO MACIAS, PALMIRA • CANTO PORCELLA, MARCELLE VIRGINIA • GARCIA MAGRO, ANTONIO • TOLEDO BARTOLOME, DANIEL

 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Identificador: 676

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El absentismo de pacientes en Consultas Externas puede afectar negativamente a la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes, la eficiencia del sistema de salud y el gasto económico sanitario. El estándar de absentismo aceptado es del 8%. En nuestro centro se detectó valores superiores en primeras consultas a pesar del uso de estrategias de recordatorio de cita por sms. Trabajando el absentismo se puede mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema, lo que redundará en la calidad de la asistencia que se proporciona a los pacientes.

OBJETIVOS

Disminuir el absentismo de pacientes en primeras consultas.

Detectar los pacientes que no acudirán a su cita programada y ocupar los huecos recuperados con otros pacientes.

METODOLOGÍA

Estudio analítico, antes-después, longitudinal, prospectivo.

El periodo de estudio abarca de octubre de 2022 a diciembre de 2023. Se seleccionaron los servicios con mayor absentismo en primeras consultas. Se contactó telefónicamente con los paciente entre 3-7 días antes de la cita programada, para confirmar asistencia y se ofreció la posibilidad de reprogramar o anular la cita.

Variables que se midieron: porcentaje de absentismo, nº de pacientes contactados, nº de huecos recuperados, nº de pacientes demorados >60 días y espera media; todo ello por servicio y estudiando la evolución en el tiempo.

RESULTADOS

Se contactó telefónicamente con 74.242 pacientes. Entorno al 6% de los pacientes decidieron anular o reprogramar su cita. Se recuperaron 4.554 huecos para citar a pacientes preferentes o adelantar la cita de los pacientes que más tiempo llevaban esperando. El porcentaje de absentismo mejoró, reduciéndose entre un 2,6% y un 6,5%, especialmente en los servicios más trabajados del proyecto: Dermatología disminuyó de 17,4% a 12,0%; Digestivo de 14,9% a 8,9%; Vascular de 11,7% a 7,8% y Urología 15,4% a 10,8%. Se comparó el número de huecos recuperados de cada servicio con la actividad estructural de primeras consultas de una agenda tipo. Actividad recuperada mensual: 4 agendas en Dermatología, 3 en Digestivo, 3 en Urología, 3 en Traumatología.

La espera media en días se redujo en el periodo de intervención en los servicios: Alergología de 59,7 a 39,2; Digestivo de 77,2 a 47,7; Dermatología de 41,9 a 38,7 y Traumatología de 77,16 a 47,7 días.

También disminuyó el número de pacientes esperando >60 días para una primera consulta: Dermatología de 2.378 a 456, Digestivo de 1.474 a 35, Traumatología de 1.588 a 340 y Alergología de 1.378 a 246.


CONCLUSIONES

El recordatorio de cita a través de llamada telefónica redujo el absentismo.

Los huecos de las citas anuladas o reprogramadas se ocuparon con pacientes priorizados, lo que mejoró la eficiencia de la gestión de citas y contribuyó a disminuir la espera media y el número de pacientes demorados >60 días. Todo esto repercutió en una mejora en la calidad de la asistencia que se proporciona a los pacientes y en la optimización del recurso médico.



JCI COMO HERRAMIENTA ESTRATEGICA PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNA ORGANIZACION SANITARIA

 *Fernán Perez, Patricia • Almendro Martínez, Isabel • Pichardo Galán, Francisco Javier • Hernández Puente, Cristina • Díaz Redondo, Alicia • Rodríguez Quiros, Alejandro*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 677

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Desde el Posicionamiento Estratégico de nuestro Hospital, queda patente el compromiso con la calidad y seguridad del paciente. Este afán, por la mejora continua, tras disponer de varios sistemas de certificación y acreditación como normas UNE EN ISO (de origen industrial) o el modelo de EFQM (origen empresarial), impulsó la búsqueda del diseño e implantación de una estrategia de mejora continua, eligiendo una herramienta que propiciara hacer un análisis profundo de la organización de forma integral, que fuera propia de organizaciones sanitarias y que lograra mejoras en materia de calidad y seguridad del paciente, y por ende una mejora de la calidad global de la asistencia a nuestros pacientes y en el cuidado de nuestros profesionales. Esta herramienta elegida, fue el modelo de acreditación de JOINT COMMISSION Internacional.

OBJETIVO

Garantizar una asistencia sanitaria con los máximos niveles de calidad y seguridad del paciente, mediante la implantación de un modelo de acreditación según JCI.

METODOLOGÍA

- **FASE INICIAL/PLANIFICACIÓN:** Se realiza una visita diagnóstica, así como el diseño de una estructura directiva: Comité director y comité operativo. Así como la elaboración del cronograma de abordaje de la acreditación.
- **FASE DE DESARROLLO:** Organización y coordinación de los grupos de trabajo desde las estructuras directivas, para el desarrollo e implantación de los estándares.
- **FASE DE IMPLANTACIÓN:** Comunicación y difusión de las acciones, mejoras de procesos y novedades en el ámbito de la organización.
- **FASE DE AUTOEVALUACIÓN, INCORPORACIÓN Y PREPARACIÓN DE LA VISITA:** Implicación de todos los agentes mediante formación en metodología de auditorías y trazador de paciente, constituyendo una estrategia multimodal para la verificación del grado de cumplimiento de los estándares de calidad fijados por JCI.
- **FASE DE SEGUIMIENTO:** Actualización de las estructuras directivas: Comité director, comité operativo multiprofesional y comité operativo enfermero.

RESULTADOS


- Obtención de la acreditación de JCI.
- Mejora en la cultura de la seguridad del paciente (se objetiva una mejora en el grado de seguridad percibido (6,65 vs 7,44).
- Centrado en el Proceso Enfermero: Mejora en más del 95% de los indicadores del Proceso Asistencial Enfermero (Datos mínimos de Valoración al Ingreso, Valoración proactiva de Riesgos (Caídas, Úlceras por presión...), Planes de Cuidados, Informes de Alta...

CONCLUSIONES

El modelo de JCI aporta un enfoque integral e innovador en la asistencia sanitaria, constituyendo una herramienta para elevar la cultura de seguridad del paciente en la organización, y su mantenimiento. El trabajo enfermero toma un papel relevante como eje vertebrador de los cuidados, así como la visibilidad del impacto de los mismos propiciando el liderazgo de la profesión. Contribuye a que los profesionales enfermeros consoliden el liderazgo en los cuidados, y emerjan como garantes de la Seguridad del Paciente.

INTERCONEXIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE RECETA ELECTRÓNICA Y PRESCRIPCIÓN HOSPITALARIA: GARANTÍA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

 *Perez Hernández, Flora* ⁽¹⁾ • *Cantarero Prieto, David* ⁽²⁾ • *Talledo Pelayo, Federico* ⁽³⁾ • *Lanza León, Paloma* ⁽²⁾ • *Coca de Pablo, Daniel* ⁽⁴⁾ • *Priede Díaz, María Isabel* ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ *Consejería de Salud de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽²⁾ *Universidad de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽³⁾ *Gerencia de Atención Primaria- Servicio Cántabro de Salud* • ⁽⁴⁾ *Unidad de apoyo a la Investigación- Idival Valdecilla* • ⁽⁵⁾ *Consejería de Salud de Cantabria*

Identificador: 678

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

La continuidad asistencial es un elemento esencial en nuestro modelo de Sistema Nacional de Salud, que contempla prevención y promoción de la salud, asistencia a la enfermedad y rehabilitación. En este ámbito, los expertos continúan alertando de deficiencias importantes.

Se necesitan protocolos conjuntos, criterios de derivación consensuados y reuniones fluidas entre direcciones y profesionales de todos los niveles. Además, se requieren entornos de trabajo colaborativo entre profesionales de atención primaria, hospitalaria, atención urgente y servicios socio sanitarios.

En este contexto, se ha implementado la interconexión entre los sistemas de Receta Electrónica (RE) y Prescripción Electrónica Avanzada (PEA) de hospital. Este espacio común de trabajo permite acceder al tratamiento completo de un paciente, independientemente del lugar donde se haya pautado.

Aprovechando la oportunidad, se han incluido también nuevas funcionalidades encaminadas a ganar en longitudinalidad, accesibilidad e integralidad de la atención.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del proyecto fue diseñar, desarrollar e implementar la conexión entre RE y PEA, como elemento integrador de la atención entre niveles asistenciales.

La metodología seguida incluyó las siguientes fases:

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
2. Diseño del modelo RE-PEA, bidireccional y con visibilidad completa de tratamientos.
3. Diseño de funcionalidades adicionales, como la notificación directa en Tarjeta amarilla, la consulta de tratamientos antiguos y el acceso a datos de laboratorio clínico.
4. Pruebas en preproducción.
5. Implementación en producción, difusión y formación.
6. Análisis de incidencias y áreas de mejora.

RESULTADOS

La interconexión RE-PEA está operativa desde el 6 de febrero de 2024. Permite acceder al tratamiento completo de un paciente, realizado en receta médica o en orden hospitalaria.

Gracias a esta integración se facilita la conciliación terapéutica, evitando así duplicidades, interacciones, efectos adversos y sobre tratamientos. Además, de la coordinación de pautas posológicas para mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente.

La satisfacción percibida por los profesionales, especialmente de atención primaria, ha sido muy alta, respaldando la mejora.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de información sobre las intervenciones realizadas por el sistema a un paciente debe servir para la toma de decisiones clínicas. La implementación de esta solución ha supuesto un avance significativo en la continuidad asistencial, al proporcionar una visión compartida del tratamiento del paciente y facilitar el trabajo coordinado entre niveles.

Los requerimientos de continuidad asistencial aumentarán por incremento de la comorbilidad y complejidad de la asistencia, y por tratamientos más complejos. En este escenario, la coordinación terapéutica entre niveles será clave.



LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) COMO ALIADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

 Idoate Saralegui, DR. Fernando • Garcia, Jorge • Pradales Rodriguez, M^a del Juncal

 Mutua Navarra

Identificador: 679

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los **diagnósticos erróneos** en los servicios de urgencias se deben a fracturas no detectadas; con el consiguiente **riesgo de daño al paciente**.

La inteligencia artificial (IA) ha demostrado una gran capacidad para detectar fracturas y aumentar la capacidad diagnóstica de los profesionales.

OBJETIVO

Comprobar si el software de IA BoneView es útil y SEGURO como ayuda al diagnóstico de fracturas musculoesqueléticas en urgencias y ppor lo tanto evita que se produzcan eventos adversos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado las guías ECLAIR que proponen un protocolo de análisis de herramientas de tecnología y cuestiona :

- ¿Cuál es el problema que se pretende resolver y para quién está diseñada?
- ¿Cuáles son los potenciales beneficios y riesgos y para quién?
- Los potenciales beneficios incluye facilitar diagnóstico en urgencias, reducir el 30% de fracturas no detectadas, y evitar efectos adversos en el paciente.
- ¿Ha sido validado rigurosamente y de manera independiente el algoritmo?

Se han publicado recientemente dos estudios retrospectivos (3,4) y un prospectivo (5) sobre la fiabilidad diagnóstica de los algoritmos con buenos resultados.

- ¿Cómo se puede integrar la app en su flujo clínico y es interoperable la solución con su software existente?
- ¿Cuáles son los requisitos de infraestructura de TI?
- ¿Cumple con las regulaciones de protección de datos personales y dispositivos médicos del país objetivo y a qué clase de regulación cumple? Dispone de certificaciones europea y americana
- ¿Se han realizado análisis de retorno de inversión (ROI)?
- ¿Cómo se asegura el mantenimiento ?
- ¿Cómo se manejan la capacitación de usuario?
- ¿Cómo se manejarán los fallos potenciales, resultados erróneos? Se ha establecido un protocolo de tecnovigilancia

RESULTADOS

1. Clínicos

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente : Reducción significativa en la tasa de fracturas no diagnosticadas por el personal médico de urgencias, así como un menor número de Resonancias M. realizadas para confirmar el diagnóstico.
- Reducción de los tiempos de espera.

2. Tecnológicos

La implantación de la herramienta BoneView se realizó en dos meses, con un periodo de prueba de 6 meses, donde no hubo incidencia tecnológica alguna y con una satisfacción de usuario de 4.5 sobre 5.

CONCLUSIONES

La implementación de la inteligencia artificial en el protocolo diagnóstico de las fracturas musculoesqueléticas en el servicio de urgencias ha resultado útil.

Es necesario un análisis antes de la implementación y una prueba piloto para evaluar resultados tanto en disminución del riesgo de dañar al paciente como en ser eficientes con los recursos.

Igualmente es importante que estas herramientas dispongan de las certificaciones médicas correspondientes para no incurrir en daños al paciente.



UNA METODOLOGIA AGIL PARA IMPULSAR LA INNOVACION ORGANIZATIVA

 López Huarte, Iñaki • Pradales Rodriguez, M^o del Juncal • Cruchaga Herrera, Naiara

 Mutua Navarra

Identificador: 680

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente el sector sanitario se encuentra en un proceso de transformación con menor disponibilidad de profesionales, mayor digitalización y una búsqueda de prestación asistencial flexible y adaptado a necesidades de pacientes, profesionales y la sociedad en general.

Tras la última reflexión estratégica se ha concretado en definir un nuevo modelo asistencial centrado en el paciente, que garantice una atención sanitaria integrada, consiguiendo una recuperación óptima y sin secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conseguir estos objetivos, y definir un nuevo modelo asistencial, se ha utilizado una metodología ágil y dinámica que consiste en ciclos cortos de 6-8 semanas donde un equipo transversal con un alto grado de autonomía elabora y desarrolla propuestas que son reevaluadas al final del ciclo. El equipo está compuesto por profesionales de la operativa diaria y el enfoque de estas propuestas siguen el modelo down-up.

La metodología comienza con un análisis del mapa de procesos, entradas, salidas y áreas de mejora. Seguido de una priorización de objetivos y la selección del equipo que participará.

Posteriormente se inicia un ciclo de trabajo de 6-8 semanas donde el equipo define propuestas y acciones, incorporando la participación del paciente en algunas reuniones. Se valoran y seleccionan estas propuestas según criterios de factibilidad, sostenibilidad y resultados en el paciente.

Esta fase finaliza con la presentación a responsables y dirección de unos entregables que recogen las propuestas y los beneficios y resultados que se esperan de cada una de ellas.

Seguidamente se inicia otro ciclo con la priorización de iniciativas y con revisión de objetivos. Así hasta tres ciclos.

RESULTADOS

Inicialmente se elaboraron 12 propuestas, de las cuales, se priorizaron dos de ellas: la creación del modelo de células asistenciales centradas en el paciente, y un cambio organizativo de los profesionales en la participación tanto en urgencias como en asistencia continuada.

Se implementó una prueba piloto con este nuevo modelo y los beneficios objetivados son los siguientes: mejora en los procesos de recuperación, mejor gestión de recursos y continuidad asistencial tanto de relación, como información clínica entre profesionales y gestión del proceso asistencial.

CONCLUSIÓN

Esta metodología de ciclos cortos ha conseguido una participación conjunta y la satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente. Ha conseguido reducir el tiempo a favor de la transformación centrada en el paciente y eficiente del modelo asistencial que hasta el momento se estaba llevando a cabo.

El abordaje down-up ha sido exitoso pero probablemente sea más equilibrado combinarlo con un abordaje up-down. Hay que tener en cuenta que para el abordaje down-up los profesionales tienen que disponer del tiempo necesario para cumplir los principales hitos temporales. Por ello los ciclos cortos son más efectivos y productivos.



MEJORA DE LA CALIDAD DEL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE: PARAMETRIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO PERSONALIZADO DEL SERVICIO

 RODRIGUEZ RODIL, NURIA MARIA ⁽¹⁾ • MARTINEZ GOMEZ, JOSE ⁽¹⁾ • QUINTELA, ZITA ⁽²⁾ • FERNANDEZ CAMPOS, MARIA JOSE ⁽¹⁾ • MUÑOZ SAHAGUN, PEDRO ⁽¹⁾ • LLOPIS LOPEZ, PABLO ⁽¹⁾

 ⁽¹⁾ SUMMA 112 • ⁽²⁾ AP

Identificador: 681

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El Transporte Sanitario No urgente (TSNU) es 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 (ET)), precisando un gran despliegue de recursos humanos y materiales, y un sistema de coordinación, seguimiento y control para alcanzar unos estándares de calidad óptimos que garantice que el paciente recibe el servicio sin demoras que generen pérdidas de consultas o retrasos. Todo ello justifica que se realice un esfuerzo importante en el control de los diferentes intervinientes con el fin último de mejorar la satisfacción y experiencia del paciente que precisa este servicio

OBJETIVOS

Desarrollar un programa de seguimiento diario en el que el que la MST (Mesa de transporte Sanitario) y los CRM (Centro de Movilización de recursos) de las empresas puedan realizar de manera ágil el seguimiento diario de los servicio garantizando estándares de calidad y por supuesto el acceso de los pacientes a sus prestaciones

METODOLOGÍA

Grupo de trabajo con profesionales expertos en transporte y del departamento de Sistemas de Información

Se realiza identificación de los fallos en el servicio de TSNU y los motivos por los que se producen en base a criterios de frecuencia, gravedad y detectabilidad. En base a ello se realizan propuestas de mejora:

- Se establecen criterios más racionales, de manera de establecer un mejor servicio evitando retrasos y pérdidas de asistencia
- Se desarrolla una aplicación en la que diariamente, se identifique, a través de un sistema de alerta, todos los traslados que no se hayan ceñido a los criterios estándar de calidad establecidos
- Se establecen como criterios de evaluación: 1 El % de variación de los tiempos de recogida del paciente; y 2 El porcentaje de variación interanual de las reclamaciones
- Se comunica a las empresas adjudicatarias el fallo, y estas puede hacer las alegaciones pertinentes a cada salvedad establecida en el programa
- La MTS valora, revisadas las alegaciones, a quien es achacable el caso, declarándose conforme o no conforme con las alegaciones

RESULTADOS

- Los tiempos estándar de recogida del paciente mejoraron en casi todas las prestaciones entre 10-20%.
- A pesar de un aumento de los servicios de 22% entre los años 2022 y 2023, la tasa interanual de reclamaciones por demora tuvo un decremento de un 70%.
- Se estableció un modelo de trabajo diario en el que las dos partes eran conocedoras de los criterios a seguir así como el establecimiento de la comunicación diaria entre la MTSNU y los CRM

CONCLUSIÓN

- Abordar los objetivos de manera más racional, primando la llegada de paciente a destino en un tiempo suficiente para poder recibir la prestación, mejoró globalmente el servicio.
- Disminuyeron notablemente las pérdidas de cita y por tanto las reclamaciones por este motivo.
- Las empresas autogestionaron mejor la demanda
- Mejoró la globalidad del sistema



IMPACTO SOBRE LOS RIESGOS DEL PACIENTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN COMITÉ TÉCNICO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (CTEI)

 ROMERO PORRAS, RAQUEL • RUIZ MORENO, JAVIER • CRUZ OLIVERAS, ANNA • MARTIN FERNANDEZ, JAVIER

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR

Identificador: 682

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La sinergia entre profesionales asistenciales (PA) y profesionales no asistenciales (PnA) y entre directivos es infrecuente. Un CTEI facilita esa sinergia

OBJETIVOS

- Diseñar un CTEI que genere sinergias
- Socializar el 'know how' de los conocimientos tácitos de los PA y PnA
- Disminuir riesgos del paciente, tras cumplir normas externas e internas.
- Fomentar una cultura normativa.

METODOLOGÍA

- **Ámbito:** Hospital Universitari Sagrat Cor (Grupo QuirónSalud)
- **Período de estudio:** 1-XII-2022/31-III-2024
- Se crea la figura "neutral" de un 'compliance officer' del CTEI
- **Líneas de trabajo:**
 1. Legionella
 2. Dispositivos médicos (DM)
 3. Licencia Ambiental
 4. Organismos de Control Autorizados (OCAs)
 5. Eficiencia energética
 6. Seguimiento 'no conformidades' de auditorías
 7. Climatización
 8. Seguimientos preventivos de higiene
 9. Control de legislación en medio ambiente
 10. Fachadas y vados
 11. Cocina

Metodología específica:

- **Legionella:** soporte de consultoría específica. Plan de Prevención y Control de Legionella (PPCL). Evaluación de riesgos: Acciones urgentes y a medio/largo plazo. Key Performance Indicators
- **DM:** Adecuación a los European Medical Device Nomenclature y al Emergency Care Research Institute (ECRI)
- **Licencia Ambiental:** Adecuación a las normas de la Administración. Plan de Emergencia Ambiental
- **OCAs:** Inventario. Toda la información realizada se envía a una OCA colaboradora de la Administración
- **Eficiencia energética:** Migración del sistema supervisor '963®' al sistema para la gestión y monitorización energética de los edificios 'IQvision®'.
- **Seguimiento 'no conformidades' por auditorías:** Plan de seguimiento de de auditorías y evaluaciones
- **Climatización:** Plan de seguimiento de sectores concretos
- **Seguimientos preventivos de higiene:** Consideración de los protocolos corporativos. Plan de Limpieza. Integración de limpieza con el área asistencial
- **Control legislación en medio ambiente:** Plan de atención de normas corporativas
- **Fachadas y vados del HUSC:** Plan de reparación de las tres fachadas y de los tres vados del hospital.
- **Cocina:** Atención de todas las inspecciones y colaboración con Prevención de Riesgos.

RESULTADOS

Líneas

Legionella

- Niveles de cloración > 1 ppm; excepto en un área (0.8)
- Registro de acciones correctivas tras la detección de positivos
- Instalación de válvulas de retorno en grifos
- 55 muestras: 1 positivo de 120



- Colocación termo eléctrica dónde necesario
- Reparación de la fontanería del bloque quirúrgico realizada al 100%.
- En proceso el ajuste de válvulas y el arreglo de tubería

DM

- Según ECRI: Clase I 78, Clase IIa 96, Clase IIb 38, Clase III 10. Total 222
- De 2372 DM: 1655 propios, 602 cedidos, 97 privados, 7 alquiler


Eficiencia energética: Logro de la Escala de Certificación Energética 'C'

CONCLUSIONES

- EL CTEI favorece las sinergias y la socialización de conocimiento
 - La clasificación ECRI permite enfocarse en las clases IIb y III
 - El riesgo para el paciente disminuye
-



PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE EN LA ADQUISICIÓN DE SISTEMAS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA POR EL SERVICIO DE SALUD

 *Perez Hernández, Flora* ⁽¹⁾ • *Cantarero Prieto, David* ⁽²⁾ • *Lumbreras Fernández de Nograr, María Ángeles* ⁽³⁾ • *Herrero Urigüen, Laura* ⁽⁴⁾ • *Montalbán Carrasco, Coral* ⁽⁵⁾ • *Priede Díaz, María Isabel* ⁽³⁾

⁽¹⁾ *Consejería de Salud de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽²⁾ *Universidad de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽³⁾ *Consejería de Salud de Cantabria* • ⁽⁴⁾ *Tragsa* • ⁽⁵⁾ *Hospital de Valdecilla - Servicio Cántabro de Salud*

Identificador: 683

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La Ley 41/2002, de Autonomía del paciente, recoge el derecho del paciente a decidir. En este contexto, la toma de decisiones compartidas puede aplicarse a los procedimientos de compra pública de medicamentos y productos sanitarios.

La participación del paciente se ha incorporado en el reciente acuerdo marco para suministro de material fungible para Diabetes mellitus tipo I, tipo II y otras patologías insulino-dependientes, que con un presupuesto de 13,5 millones de euros ha tramitado el servicio de salud.

Las nuevas bombas de insulina y sensores son claves en el control de la enfermedad, aunque pueden producirse errores en su utilización. Por ello, en el contrato se incluyó un Test de usabilidad del paciente, como Garantía de calidad del proceso asistencial.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo fue integrar en el acuerdo de suministro la participación activa del paciente diabético.

Los criterios de valoración se recogieron en el pliego de cláusulas administrativas particulares. Y se realizó en el Laboratorio de Innovación y Experiencia de Usuario, del Instituto de Investigación IDIVAL Valdecilla, con la colaboración de la Asociación Cántabra de Diabetes, del 8 enero al 8 febrero de 2024.

Se aplicaron métodos y herramientas de Ingeniería de Factor Humano (IFH), para identificar potenciales errores asociados al uso y diseño de la tecnología, en concreto los 14 principios heurísticos para la evaluación de dispositivos médicos de Zhang.

RESULTADOS

La licitación ha finalizado y está comenzando el suministro a los centros sanitarios. En total, se categorizó la criticidad de cada lote que formaba parte de la licitación.

La valoración fue realizada en un entorno simulado con pacientes diabéticos representativos. Los expertos en IFH tomaron datos del rendimiento de cada dispositivo y registraron incidencias con potencial impacto en seguridad y eficiencia. Como aspectos relevantes se evaluó la configuración de inicio, la visualización y gestión de alarmas, y el cambio de sensor.

De manera adicional, el acuerdo contempla la recogida de los datos generados de la monitorización de la glucemia y el volcado en la Historia Clínica Electrónica del paciente, bajo criterios de interoperabilidad.


CONCLUSIONES

La mejora en la calidad de vida de los pacientes diabéticos debe ser objetivo de los sistemas de salud, sin obviar la monitorización de niveles glucémicos que reduce el desarrollo de complicaciones y su consecuente impacto sobre el gasto sanitario.

Incorporar al propio paciente en la decisión de compra se enmarca en una asistencia sanitaria orientada a generar valor. El profesional sanitario aporta sus conocimientos, mientras que el paciente lo hace sobre sus preferencias y experiencia en el manejo de los dispositivos de auto medición de glucemia.

Ha sido la primera experiencia del servicio de salud y, dado el buen resultado, está previsto continuar con esta línea de trabajo en la contratación pública de productos sanitarios.

SOSTENIBILIDAD MEDIOAMBIENTAL EN LA FARMACIA DE HOSPITAL: BUSCADOR CORPORATIVO DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

 *Perez Hernández, Flora* ⁽¹⁾ • *Cantarero Prieto, David* ⁽²⁾ • *Gómez Martínez, Marina* ⁽³⁾ • *Isaac Lera Torres, Javier* ⁽²⁾ • *Barreda Gutiérrez, Marina* ⁽²⁾ • *Priede Díaz, María Isabel* ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ *Consejería de Salud de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽²⁾ *Universidad de Cantabria- Idival Valdecilla* • ⁽³⁾ *Hospital de Laredo- Servicio Cántabro de Salud* • ⁽⁴⁾ *Consejería de Salud de Cantabria*

Identificador: 684

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

El contexto actual de emergencia climática, la pérdida de biodiversidad, la contaminación y la proliferación de microplásticos ha llevado a la Unión Europea (UE) a legislar en materia de sostenibilidad ambiental para intentar mitigar el impacto de la actividad económica en general y del sector de la salud en particular.

La huella ambiental del sector sanitario es responsable del 4,4% de las emisiones en la UE. Diariamente, se generan toneladas de residuos hospitalarios, en parte derivadas de la petición y recepción de medicamentos en los servicios de farmacia hospitalarios.

Enmarcado en la voluntad del servicio de salud de contribuir a la sostenibilidad medioambiental, se está abordando un cambio de modelo logístico en el área de farmacia.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del proyecto fue aprovechar los desarrollos realizados en la logística de la organización sanitaria, impulsados por la campaña vacunal Covid19, para mejorar las actividades de entrada y salida de medicamentos en los hospitales.

El nuevo modelo, basado en metodología Agile, responde a las necesidades sobrevenidas de medicamentos de alto impacto sanitario, económico y social sin patrones claros de consumo. Es flexible para adaptarse a cambios de estrategia, mercado y clínica. Contempla la posibilidad de operadores logísticos externos e integra procesos para compartir información y sinergias.

RESULTADOS

El nuevo sistema corporativo de gestión de Farmacia Hospitalaria está operativo en los hospitales del servicio de salud, salvo un hospital comarcal que tiene pendiente su implementación. Incorpora sistemas multialmacén que permiten trabajar como un centro logístico único, distribuido en tareas.


Como hito relevante, se diseñó un Buscador de medicamentos en cualquier punto del sistema sanitario. Con enfoque territorial, permite una localización inmediata del envase, con información de lote y caducidad, y una isócrona media de 30 minutos. Esto permite disponer de inventarios de medicamentos estratégicos a nivel de la comunidad, sin necesidad de comprar en todos los hospitales, reduciendo así los stocks, los almacenes y los pedidos que generan residuos y gastos de energía, papel, contaminación, etc.


CONCLUSIONES

Los procesos de compra, recepción, custodia, conservación, salida y transporte de medicamentos generan una importante huella de carbono por emisiones directas de la propia actividad farmacéutica. La mejora en la gestión de la demanda diaria de medicamentos, en base a consumos reales, permite una rotación eficiente de stocks. Pero además puede aprovecharse la integración de todos los agentes para crear un sistema multialmacén a nivel de la comunidad, con localizador inmediato de medicación estratégica.

Este proyecto muestra que es factible contribuir a la sostenibilidad medioambiental, e ilustra la responsabilidad del sector sanitario en dejar de ser parte del problema y comenzar a aportar soluciones.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD COMO AGENTES DE CAMBIO SANITARIOS: COMPARACIÓN DE HERRAMIENTAS DE MEDICIÓN DE DSS.

 Cervantes Aguilera, Luis Antonio ⁽¹⁾ • Varela Rodríguez, Carolina ⁽²⁾ • Martínez Domínguez, Gustavo ⁽³⁾ • Villegas Amézaga, Lorena del Carmen ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ Servicios de Salud de Nuevo León, O.P.D. • ⁽²⁾ Hospital Universitario 12 de Octubre • ⁽³⁾ Hospital General “Dr. Manuel Gea González” • ⁽⁴⁾ UNEME DEDICAM

Identificador: 686

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Aspectos éticos de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad persisten diferencias significativas entre grupos sociales que impactan en los resultados de salud principalmente de los más desfavorecidos. La equidad sanitaria busca alcanzar el mejor estado de salud posible para todos, eliminando las brechas basadas en factores socioeconómicos o culturales y políticos. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) juegan un papel fundamental en estas inequidades.

OBJETIVO

El objetivo principal es desarrollar y validar un marco conceptual que permita la evaluación estandarizada de los DSS en entornos sanitarios del contexto español y proporcionar herramientas y directrices para integrar la evaluación de los DSS en la práctica clínica diaria.

METODOLOGÍA

El estudio se basa en una revisión exhaustiva de la literatura, el análisis de herramientas existentes y la consulta con expertos en salud pública y profesionales clínicos. Se hizo un análisis comparativo de las herramientas: PRAPARE, Health Begins, PhenX Toolkit, CMS y WellRx Toolkit, y el análisis de sus similitudes y diferencias fundamenta un Marco Conceptual y las herramientas de implementación en la práctica habitual.

RESULTADOS


No todos los DSS se incluían en las diferentes herramientas, el conjunto de los DSS considerados por ellas supone una propuesta exhaustiva de factores sociales que afectan a la salud. Los objetivos y enfoque de las herramientas eran distintos e implicaban un foco y un interés diferente en los DSS seleccionados en cada herramienta. Ejemplo: PRAPARE busca comprender mejor el contexto social de sus pacientes, evalúa riesgos y recursos; Health Begins intenta generar debates y proporcionar datos útiles para una atención segura y eficiente; PhenX Toolkit proporciona protocolos estandarizados para la recopilación de datos con fines de investigación biomédica; CMS aborda necesidades sociales relacionadas con la salud de los beneficiarios de Medicare y Medicaid; y WellRx Toolkit, utilizado en la atención primaria para comprender mejor a sus pacientes. Las herramientas procedían de contextos diferentes al español y algunos DSS debían adaptarse, ejemplo la condición de veterano de guerra que se adaptó a “miembro de alguna fuerza de seguridad del estado”.

CONCLUSIONES

La evaluación de los DSS es esencial para mejorar la equidad en salud y los resultados clínicos. El marco conceptual propuesto facilita la integración de estas evaluaciones en la práctica diaria, proporcionando herramientas estandarizadas y directrices claras. Se recomienda su incorporación, capacitando a los profesionales de la salud en la utilización e interpretación de los DSS; habilitando en los registros electrónicos de salud la recogida de los datos; fomentando la colaboración entre distintos sectores y disciplinas y monitorizando el impacto que la medición de los indicadores tiene en el ajuste de las estrategias de tratamiento individual y de salud pública.



ESTRATEGIA MULTIMODAL PARA LA MEJORA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: MÁS ALLÁ DE LA PULSERA

 *Fernán Pérez, Patricia • Hernández Puente, Cristina • Pichardo Galán, Francisco Javier • Ortega Catalán, María • Díaz Redondo, Alicia • Rodríguez Quirós, Alejandro*

 *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Identificador: 687

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

La identificación correcta constituye la primera meta internacional en Seguridad del Paciente (SP) establecida por la OMS. En diferentes informes establecen que el 12,3% de los incidentes notificados guardan relación con errores en la identificación de pacientes. Habitualmente se establece como medida para la identificación inequívoca el empleo de pulsera ¿pero es suficiente?, debido a que se mantienen en alza dichos incidentes de SP, se decide establecer una estrategia multimodal para el abordaje de la reducción de errores relacionados con la identificación.

OBJETIVO

Mejorar la identificación inequívoca de los pacientes para reducir incidentes de SP.

METODOLOGÍA

Desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de SP, enmarcado dentro del Plan de SP de la organización se aborda:

- **CONSTITUCIÓN DE GRUPO DE TRABAJO** para el diseño de la estrategia a realizar para la mejora de la identificación inequívoca, y buscar otros métodos alternativos a la pulsera o sistemas de medición.
- **REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN** relativa al proceso de identificación inequívoca, aplicable a todas las oportunidades que impliquen un mayor riesgo para el paciente (procedimientos invasivos, administración de medicación...)
- **INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO**, con la publicación en la Intranet del Hospital, así como envío por correo electrónico, y difusión a través de campañas de sensibilización.
- **FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Metas internacionales. Para ello se diseña formación ágil y dinámica ad hoc reforzando los conocimientos y buenas prácticas en identificación inequívoca.
- **INCLUSIÓN DE UN NUEVO ÍTEM A OBSERVAR** en la realización de auditorías cruzadas de SP, verificando en cada uno de los servicios los comportamientos observables en materia de identificación cuando existan las oportunidades priorizadas en el protocolo.

RESULTADOS

Actualización del Protocolo, con la estandarización de las oportunidades en las que es imprescindible la identificación.

Diseño de campaña de sensibilización, un newsletter, así como cartelería en papel y material para campaña de mailing.

Realización de 6 talleres formativos (valoración global de 9,15/10, Conocimientos de 8,6/10, Interés despertado 9,03/10).

Rediseño del sistema de medición, incluyendo un nuevo ítem, no solo la colocación de pulsera identificativa, si no realización activa de la identificación según protocolo.

Mejora en la cultura de la seguridad del paciente (6,65 vs 7,44).

Reducción en más de un 3% de los incidentes de SP en 2024, frente al 2023.

CONCLUSIONES

La estrategia multimodal implantada para la reducción de los incidentes de SP relacionados con la identificación inequívoca, en el que se aborda la estandarización, el diseño de la formación, información y comunicación, así como la inclusión de un nuevo ítem a auditar, con la medición de comportamientos observables de identificación activa, ha sido un éxito logrando reducir un 3% los incidentes relacionados con la misma.



ONCOAND: SISTEMA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES EN LOS COMITÉS DE TUMORES

 Ferrándiz Pulido, Lara • Moreno Conde, Alberto • Moreno Conde, Jesús • Míguez Sánchez, Carlos • Salas Fernández, Samuel • Cuaresma Giráldez, Marta

 Hospital Universitario Virgen Macarena

Identificador: 688

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las enfermedades con mayor repercusión en la salud a nivel global. La atención oncológica es un proceso multidisciplinar donde están implicados diferentes especialistas evalúan, discuten y organizan conjuntamente el proceso asistencial. En el comité de tumores se pone de manifiesto la dificultad existente para acceder a la historia clínica completa. Debido a la complejidad del recorrido de los pacientes oncológicos, la información clínica y administrativa está fragmentada en diferentes sistemas y bases de datos propios de cada circuito, lo que dificulta considerablemente la toma de decisiones.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es desarrollar una herramienta de ayuda a la toma de decisiones en pacientes oncológicos especialmente diseñada para dar soporte al carácter multidisciplinar de las subcomisiones de tumores.

METODOLOGÍA

El sistema OncoAnd es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones en pacientes oncológicos, diseñada para asistir a la comisión y subcomisiones de tumores. Sus funciones incluyen, entre otras: acceso integrado a la información del paciente, seguimiento automático de indicadores de calidad, reglas de decisión clínica, comparativa de resultados (supervivencia, toxicidad...) y gestión transversal del comité. Cuenta con integraciones como BDU, pruebas, anatomía patológica, resumen de historia (hce, diagnósticos, procedimientos, estancias, alergias, vacunas), prescripciones, dispensaciones, radioterapia,...

RESULTADOS

Se ha desarrollado y validado un producto mínimo viable que proporciona acceso integrado a toda la información relevante del paciente en tiempo real de manera sencilla e intuitiva y un módulo para el control y seguimiento de todos los pacientes asignados a la Unidad de Gestión clínica. Actualmente, se encuentra en fase de validación funcional, siendo usado en la atención rutinaria en los primeros pacientes e identificando posibles mejoras que permitan su adaptación a los diferentes subcomités.

Además, se está trabajando en el desarrollo de un sistema de ayuda a la decisión que incorpore la evidencia científica disponible y recomendaciones obtenidas en base a la aplicación de algoritmos de aprendizaje automático sobre grandes volúmenes de datos de la rutina asistencial. El sistema incorporará información procedente de guías clínicas oficiales así como directamente aportada por pacientes (PROMs) para optimizar la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Actualmente el sistema se está optimizando para su utilización en subcomisiones de mama, melanoma, gammapatías monoclonales y amiloidosis, tumores cabeza y cuello, y torácicos. El proyecto pretende demostrar que la obtención de información clínica, epidemiológica y administrativa de los pacientes en tiempo real, permitiría mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos, para distribuirlos acorde a las necesidades del paciente y de la población que atendemos, al mismo tiempo generar planteamientos específicos adecuados a cada caso.





SALUD PARTICIPATIVA. CÓMO CREAR UN ESPACIO VIRTUAL EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

 TORRES SANTOS-OLMO, ROSARIO MARIA • MARTÍN SÁNCHEZ, FERNANDO • RIVERA NÚÑEZ, MARÍA ANGÉLICA • SAIZ RUIZ, ASCENSIÓN • ABAD REVILLA, ANGEL • COBAS GAMALLO, JAVIER

 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Identificador: 689

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La salud participativa representa un cambio transformador en la atención sanitaria, centrado en la participación activa del paciente en su propio cuidado. Es un enfoque innovador de la atención sanitaria que enfatiza la participación activa de los pacientes en su propio cuidado y en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Este proyecto se justifica por la necesidad de innovar y transformar la atención sanitaria, buscando empoderar a los individuos con el conocimiento y las herramientas necesarias para gestionar su bienestar de forma más efectiva.

OBJETIVOS

La implementación de un portal de salud participativa tiene como objetivos: 1. Empoderar a los pacientes para que gestionen su salud de manera autónoma 2. Mejorar la colaboración entre pacientes y profesionales a través de una relación sinérgica entre ellos. 3. Mejorar los resultados clínicos, reducir los errores médicos, incrementar la satisfacción del paciente y disminuir los costes del cuidado sanitario. 4. Integrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad, respetando sus valores, preferencias, prioridades y la consideración de sus deseos en todas las decisiones clínicas. 5. Desarrollo de una atención centrada en el paciente basándose en la premisa de que el cuidado debe ser respetuoso y responder a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente.

METODOLOGÍA

Diseño del Portal: creación de una plataforma intuitiva y accesible, compatible con dispositivos móviles y ordenadores con la implementación de tecnologías avanzadas.

Funcionalidades Clave: 1. Comunicación directa con profesionales de la salud. 2. Recursos educativos y materiales de autoayuda que aumenten la capacidad de los pacientes para participar activamente en su salud. 3. Seguridad y Privacidad con la implementación de protocolos de seguridad para proteger la información clínica de los pacientes.

Formación y Soporte: capacitación continua para los pacientes y el personal sobre el uso del portal y sus beneficios.

RESULTADOS

La implementación de un portal de salud participativa podrá mostrar resultados positivos en áreas clave: 1. Los pacientes podrán acceder a recursos educativos que les ayudarán a entender mejor sus enfermedades fomentando decisiones informadas. 2. La relación colaborativa entre pacientes y médicos mejorará al involucrar a los pacientes en la toma de decisiones. 3. Se reducirán los errores médicos, mejorando los resultados de salud. 4. La atención sanitaria de excelencia sustentada por el desarrollo de la atención centrada en el paciente.

CONCLUSIONES

El desarrollo de un portal de salud participativa en un hospital de alta complejidad significa un avance en la atención sanitaria, poniendo al paciente en el centro de su propio cuidado, fomentando una relación más colaborativa y eficiente con los profesionales de la salud. Permite el cambio hacia una sociedad más informada y empoderada en cuestiones de salud.





EVALUANDO LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRO SERVICIO

 QUINTELA MARTINEZ, MARTA • GABARRÓ i TAULÉ, TERESA • CASTELLÀ, MAGALÍ • BURGUÉS BURILLO, LUIS ALFONSO • RAMOS, ROSA • ARIAS GUILLÉN, MARTA

 CLINIC BARCELONA

Identificador: 690

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Desde la creación del Núcleo de Seguridad (NS) en 2016, los registros de notificaciones han ido en aumento hasta constatar en 2022, la implementación de la cultura de seguridad del paciente como una fortaleza en nuestros equipos asistenciales. Durante estos años, y dentro del proceso de mejora continua de calidad y seguridad del paciente, se han implementado varios sistemas de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015: programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal, consulta ERCA y programa de Trasplante Renal. También hemos aumentado un 70.5% los miembros del NS distribuidos en diferentes colectivos asistenciales, consiguiendo gestionar de forma más eficaz la resolución de incidentes. Las medidas implantadas por el NS han conseguido incentivar y optimizar de forma satisfactoria la cultura de seguridad del paciente, pero había llegado el momento de conocer la percepción de los profesionales sobre la seguridad de los pacientes.

OBJETIVO

Valorar la seguridad del paciente en nuestro servicio desde la perspectiva de los profesionales.

METODOLOGÍA


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 servicio, utilizando una plataforma que permite el envío de cuestionarios al personal de forma anónima entre el 31 de noviembre al 10 de diciembre 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 53 encuestas completas de un total de 98, significando una participación del 54,1%. La implementación de los sistemas de calidad y seguridad del paciente es percibida de manera positiva por los profesionales, el abordaje de las incidencias por parte del NS informando las intervenciones realizadas representa una fortaleza. Destacan puntos fuertes en la dimensión de "trabajo en equipo" así como en la "mejora continua". 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" y que la rotación del personal pone en peligro la seguridad del paciente. Ante la evolución del perfil de los pacientes cada vez más específico y complejo, nuestros profesionales consideran indispensable asegurar la continuidad asistencial y adecuar las ratios de las unidades a la intensidad de los cuidados.



EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

 Galván Sasía, Jesús Vicente • González Fernández, Manuel Ángel • Sánchez Hernández, Rosa María • Maya Rodríguez, Fernando Alejandro

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 691

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

El conjunto de Tarjetas Sanitarias asignadas a nuestro hospital es aproximadamente de 414.191, atendiendo a una media de 78.397 pacientes en los tres últimos años. La gran complejidad de casos, las necesidades particulares de los pacientes, el colapso de los pacientes ingresados pendiente de hospitalización en los pasillos y por consiguiente, la falta de espacio físico, provoca que los profesionales se pregunten y preocupen por el grado de satisfacción de los usuarios. Para ello, desde la Gerencia del hospital, en el año 2019 se apostó por la introducción de terminales táctiles que nos permitieran conocer el feedback de nuestros pacientes con la fin de buscar acciones de mejora, así como influir positivamente en la experiencia de los pacientes. En la actualidad continúa el proyecto habiendo sustituido las pantallas táctiles por el envío de sms a todos los pacientes dados de alta desde el Servicio de Urgencias.

OBJETIVO

Analizar la satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y los factores que influyen en el grado de satisfacción del usuario.

METODOLOGÍA

Periodo de estudio: se envían aleatoriamente encuestas de satisfacción por sms, desde 01/01/2023 – 31/12/2023 a los pacientes dados de alta en el Servicio de Urgencias

El sistema de medición selecciona: RateNow HEALTH-TRACK® sistema de medición continua

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Población atendida en 2023: 82.566 usuarios

Población dada de alta en 2023: 71.255 usuarios

Porcentaje de pacientes ingresados en 2023: 13.7%

N.º de sms enviados en 2023: 24.929

N.º de sms recibidos en 2023: 5.109 sms (7,17% de los pacientes dados de alta)

NPS global = -1

Se observó que el N.º de sms recibidos fue distinto cada mes, recibiendo una media de 1120 sms hasta el mes de abril y el resto distribuido y en disminución hasta diciembre; no obstante, pese a que hubo meses con casi nula respuesta, si que podemos observar que en los meses de enero – abril, la probabilidad de recomendación del servicio fluctuó entre recomendable a no recomendable, finalizando en el mes de abril con un NPS de 9. Entre los aspectos mejor valorados destacaron: el trato y la amabilidad del personal, información recibida por el profesional, capacidad de los profesionales para resolver su problema de salud y entre los peores, el tiempo de espera desde su llegada hasta ser atendido. Además, la satisfacción global fue del 63.9%.

Es fundamental conocer la percepción del paciente sobre los resultados de salud, pero también debemos tener en cuenta que, a menudo las respuestas varían en función de la calidad de vida del paciente, su situación personal y familiar. No obstante, debemos estar en un continuo proceso de mejora, analizando y midiendo la experiencia de los pacientes, buscando contribuir y renovar la prestación del servicio asistencial y la práctica clínica para ofrecer la máxima calidad posible.

IMPLEMENTACIÓN DE PRE-RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REVISIÓN DE PROCESOS EN EL HOSPITAL

 Peruzza Lencero, Irma ⁽¹⁾ • Alfaro Cadenas, Laura ⁽¹⁾ • Rodríguez Nieto, Marien Silvina ⁽²⁾ • Garcia Velasco, Beatriz ⁽²⁾ • de la Fuente Escobar, Juan Pablo ⁽¹⁾ • Pascual Martínez, Adriana ⁽²⁾

 ⁽¹⁾ Hospital Universitario General de Villalba • ⁽²⁾ Hospital Universitario Infanta Elena

Identificador: 692

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Las pre-rondas de seguridad es una metodología de trabajo esencial para mejorar la seguridad del paciente en los diferentes procesos hospitalarios con el objetivo de contribuir a promover la cultura de seguridad del paciente tanto con los profesionales del proceso como con los pacientes.

OBJETIVOS

Facilitar la participación de los profesionales en el planteamiento de acciones de mejora.

Incrementar el compromiso del personal asistencial para mejorar la seguridad del paciente.

Detectar riesgos y adelantarse a posibles eventos adversos y errores a través de la realización de las pre-rondas formando al personal in situ.

Fomentar la notificación de riesgos, incidentes o errores de seguridad.

Tomar contacto con pacientes o familiares, si es posible y está indicado en cada caso, favoreciendo la participación de estos.

Optimizar el entorno de trabajo garantizando que los procesos estén debidamente equipados y mantenidos para facilitar el trabajo del profesional.

Cumplimiento normativo asegurando que los procesos cumplen con las normativas y estándares de seguridad y salud vigentes.

METODOLOGÍA

Se realizan pre-rondas previas a las rondas de seguridad en la que participan todo el personal sanitario del proceso evaluado incluyendo médicos, equipo de enfermería y personal no asistencial cuando sea necesario. Para ello se siguen las siguientes fases:

- Diseño:** Crear el listado de verificación específico del proceso a evaluar, incluyendo todos los ítems relacionados con la seguridad del paciente.
- Planificación:** Organizar las pre-rondas, sin previo aviso al personal del proceso, máximo una semana antes de que tenga lugar la ronda de seguridad.
- Implementación:** Realizar la pre-ronda siguiendo el listado de verificación y subsanando en dicho momento, si es posible, las incidencias detectadas junto con el personal implicado. Ajustar el listado de verificación según necesidades del proceso para la siguiente pre-ronda buscando la mejora continua.
- Evaluación y resultados:** Cuando se realiza la ronda de seguridad del proceso se transmite la información obtenida de las pre-rondas a los mandos intermedios y equipo directivo y proporcionando acciones para la mejora continua.

RESULTADOS

Se hace un seguimiento a través de los siguientes indicadores:

nº rondas con pre-ronda realizadas previamente.

nº total incidencias identificadas en las pre-rondas con acciones correctivas llevadas a cabo.

Satisfacción del personal (medir la satisfacción del personal a través de encuestas)

Satisfacción de los pacientes (medir la satisfacción de los pacientes a través de encuestas)

CONCLUSIONES

Compromiso de todo el personal del hospital en la seguridad del paciente además de asegurar el apoyo y la participación activa de la dirección y mandos intermedios del centro sanitario.

Comunicación efectiva manteniendo una comunicación abierta y continua con todo el personal involucrado.

Adaptabilidad estando preparados para ajustar los planes y protocolos según los resultados y la retroalimentación recibida.



DESPLIEGUE DEL PLAN ESTRATÉGICO DE CALIDAD

 de Diego Bernal, Manuel • Navarro Arqued, Bibiana

 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Identificador: 693

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Desarrollo de un Plan Estratégico de Calidad con despliegue de líneas y objetivos estratégicos a través del sistema de gestión digital, Qualios.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

A través de la herramienta de gestión, Qualios, se realiza el despliegue de las líneas estratégicas, con los objetivos operativos anuales de los procesos implicados.

Se realiza el seguimiento a través de una planificación anual, basada en Planes de acción junto con Indicadores de seguimiento asociados al Objetivo Estratégico.

Toda la información es cargada y gestionada a través de Qualios, a la cual todo el personal con implicación en la consecución, tanto de las tareas de los planes de acción como de la totalidad del objetivo Estratégico, pueden realizar el seguimiento y desarrollo de este hasta su cumplimiento y consecución.

De cada Línea Estratégica y sus objetivos operativos se realizan seguimientos en los diferentes Comités y procesos para su resolución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES


Todo el desarrollo implica la caída en cascada del Plan de Calidad Estratégico desde el Comité de Dirección, hacia los mandos intermedios y al resto de la organización implicada en el desarrollo del Plan.

Con la herramienta Qualios se permite:

- Disponer de una estructura y mejora de la comunicación.
 - Permite desplegar la estrategia a toda la organización.
 - Facilita el flujo de información para el seguimiento y análisis de acciones e indicadores a todo el personal implicado.
-



SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ERCA

 *Salgueira Lazo, Mercedes • Moreno Conde, Alberto • Moreno Conde, Jesús • Cintra Cabrera, Melissa • Cuaresma Giráldez, Marta*

 *Hospital Universitario Virgen Macarena*

Identificador: 694

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

La presencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como anomalías de la estructura o función renal que perdura al menos tres meses y presenta implicaciones para la salud. Supone riesgo de precisar tratamiento renal sustitutivo (TRS), implica una mortalidad aumentada por cualquier causa y en especial de origen cardiovascular, además de conllevar mayor riesgo de desarrollo de un deterioro renal agudo (DRA) ante un proceso intercurrente.

La identificación, monitorización y toma de decisiones con respecto a pacientes con ERC es un proceso complejo, los datos clínicos a los que los especialistas necesitan acceder en las consultas de seguimiento (hemograma, pruebas de imagen, bioquímica incluyendo perfil hepático y nutricional, gasometría venosa, pruebas de orina, determinación del filtrado glomerular,...) proceden de múltiples sistemas de información que no dan soporte a la extracción y explotación integrada de los datos. Esta situación dificulta la detección precoz de la progresión de la enfermedad y de posibles complicaciones.

OBJETIVOS

Desarrollar y validar una plataforma informática para la gestión, seguimiento y control de la población de pacientes con Enfermedad Renal Crónica orientado a la implementación de una estrategia de atención temprana en el área de referencia del hospital.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado un sistema para realizar estudios observacionales descriptivos en nuestro área sanitaria que tendrán como objetivo caracterizar clínicamente a los pacientes con ERC y analizar su relación con eventos cardiovasculares y otras comorbilidades. Para ello se construye una base de datos que permite establecer las relaciones entre las variables que caracterizan la población con ERC y otras variables clínicas de interés.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La plataforma informática para la gestión, seguimiento y control de la población de pacientes con Enfermedad Renal Crónica unifica el conocimiento disponible sobre factores de riesgo, características clínicas, complicaciones y pronóstico de pacientes con ERC en nuestro área sanitaria. Dispone de un cuadro de mandos que permite visualizar la evolución de indicadores definidos en el manual de acreditación ACERCA de la Sociedad Española de Nefrología y otras variables propias de la práctica clínica habitual en el seguimiento de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, como la tasa de filtración glomerular (TFG) o los niveles de albuminuria patológica (índice urinario albúmina/creatinina). Además incluye un sistema de recogida de información estructurada que permite comparar los datos con la presencia de daño renal agudo (DRA) o con los resultados de información proporcionada por los pacientes (PROMs). Actualmente el registro cuenta con 647 pacientes de ERC de nuestro centro.

PERFIL DE LA ENFERMERA DOCENTE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN COMO ACCIÓN DE MEJORA

 *Sánchez Hernández, Rosa María • Alemán García, María Nadiuska • Falcón López, Adela M^a • Gismero Hinojal, María Cristina • Hernández Santana, Alicia*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil*

Identificador: 695

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

El Servicio de Esterilización, certificado desde 2010 por la Norma ISO 9001, propone en el año 2022, como acción de mejora para su Sistema de Gestión, la incorporación de la figura de la enfermera docente. Este Servicio está compuesto, en su mayoría, por enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares en enfermería y personal subalterno, durante las 24 horas del día, todos los días del año. En la mayoría de los casos, el Servicio está sujeto a una alta rotación de personal, incorporación de sofisticada maquinaria y costoso material quirúrgico, en aras de apostar por los nuevos avances tecnológicos y ofrecer una mayor calidad y seguridad a los pacientes. Por todo ello, el Servicio decidió apostar por la formación continuada, de carácter interno y externo, pudiendo cubrir todas las necesidades de los trabajadores y así facilitar los conocimientos específicos necesarios para el desarrollo de su actividad.

OBJETIVOS

disminuir el tiempo de aprendizaje del personal de nueva incorporación al servicio

proporcionar la autonomía necesaria para desempeñar las actividades diarias

detectar posibles voluntarios para la preparación de sesiones formativas, fomentando la participación y el trabajo en equipo

detectar necesidades formativas

METODOLOGÍA

elaboración de documentación específica: ficha descriptiva del puesto

entrega de hoja informativa de acogida al personal de nueva incorporación

plan anual de formación y capacitación para el personal de nueva incorporación y adscrito al Servicio acorde a las necesidades que se presenten, mediante la realización de: talleres prácticos, sesiones informativas, formación y actualización en nuevas tecnologías, avances en el reprocesamiento del material quirúrgico, preparación y divulgación de videos ilustrativos, deficiencias observadas en la actividad, demanda formativa del personal

colaboración en la coordinación del plan formativo con la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales y casas comerciales

Encuestas de satisfacción

formación acreditada a través de la Unidad de Formación Continuada y Docencia

Se planificaron sesiones formativas entre 01/01/2023 – 30/11/2023

RESULTADO Y CONCLUSIONES

En enero del año 2023 comienza la actividad de la enfermera docente en el Servicio de Esterilización. Con un total de 12 sesiones impartidas durante el periodo de estudio el personal asistente realiza, al final de año, una encuesta de satisfacción. Se recogen respuestas del 30% de los asistentes a las diferentes sesiones (un total de 31 encuestas). Grado de satisfacción global del 9.06/10, destacando la gran aceptación del empleo de videos ilustrativos, el interés por aumentar el tiempo de formación y sugerencias de nuevos temas.

No habiendo podido encuestar a la totalidad del personal discente, los resultados muestran la excelente valoración de la función docente, poniendo en valor la capacidad de comunicación y accesibilidad para la transmisión de nuevos conocimientos, dejando claro el beneficio añadido al Servicio de este perfil profesional.



IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA NANDA, NIC, NOC EN LOS CUIDADOS DEL NEONATO

 Medina Ylleras, Olga • Ulloa Marín, Monica • Vicente Garcia, Mireia • Castellano Ruiz, Judith • Orive Isern, Joana • Pérez Vallejo, Eva María

 Hospital Universitari de Mollet

Identificador: 696

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Las enfermeras de este servicio ya utilizaban el modelo de la fundación, viendo la importancia de su uso para garantizar la atención integral como la continuidad asistencial, el uso de un lenguaje estandarizado y la importancia de poder tener herramientas que nos puedan ayudar a calcular la carga de trabajo, realizaron una petición expresa de poder trabajar tanto con los adultos como los neonatos con este modelo y de esta forma equiparar todos los cuidados realizados.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Implementar el modelo de la fundación en los cuidados del neonato (NANDA, NIC, NOC)

Objetivos específicos:

- Realizar de forma ordenada y correcta todas las fases del proceso de atención enfermero (PAE), evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- Garantizar el registro de documentación referente a la seguridad del neonato.
- Facilitar la comunicación entre profesionales enfermeros usando un lenguaje común.
- Evaluar los resultados conseguidos de forma grupal e individual.
- Evaluar las cargas asistenciales de los profesionales de enfermería de forma sistemática.
- Obtener indicadores enfermeros para obtener resultados de salud.

METODOLOGIA

Para poder implementar el modelo de Virginia Henderson y la aplicación del uso de metodología enfermera NANDA, NIC, NOC en los cuidados del neonato se crea un grupo de trabajo específico que está formado por:

- 2 enfermeras del servicio de neonatos
- 1 enfermera coordinadora de sala de partos
- 1 comadrona de sala de partos
- 1 TCAE de sala de partos
- 1 enfermera referente del grupo de metodología

Este grupo de trabajo tiene la visión que este proyecto ha de tener una visión muy transversal e implica a todos los servicios donde se pueden registrar los datos del neonato.

Debido a su envergadura se ha llevado a cabo en tres grandes fases.

- En la primera fase se implementó la nueva valoración enfermera del neonato revisada y adaptada a las 14 necesidades básicas del modelo de V. Henderson definiendo de forma meticulosa cuales eran los datos que se habían de valorar en estos pacientes.
- En la segunda fase se trabaja con los profesionales de sala de partos para poder informatizar toda la información necesaria sobre el neonato y su madre, antes y después del parto, aprovechando la nueva actualización del programa intellispace perinatal, utilizado para la monitorización fetal.
- En la tercera fase se elaboran nuevos diagnósticos enfermeros a añadir al plan de atención básico para todas las personas hospitalizadas. Se formulan diferentes NOC y NIC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos elaborado 7 diagnósticos enfermeros cada uno con sus NIC y sus NOC.

Gracias a la elaboración de este proyecto se ha conseguido equiparar el registro del neonato al del adulto, asegurar que toda la documentación e información esté informatizada, aumentar la seguridad del neonato en el traspaso de información y registrar la valoración de la lactancia materna y así asegurar un buen acompañamiento.



CONECTADOS FSM

 ULLOA MARIN, MONICA • DIAZ, INES • ROMÁN, MARTA • VICENTE, MIREIA

 FUNDACIÓN SANITARIA MOLLET

Identificador: 697

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El hospital Universitario de Mollet dispone de 160 camas de hospitalización. La misión de nuestra institución es cuidar de las personas de nuestro entorno, buscando la excelencia en los servicios de salud y sociales, de calidad y sostenibles, contando con el talento profesional. Tras la pandemia surgieron dos nuevos retos en el día a día que nos hicieron plantearnos diferentes formas de poder llegar a todos los profesionales de nuestros servicios. Nos encontramos, por un lado, con un gran volumen de profesionales de nueva incorporación y por otro, la imposibilidad de realizar reuniones en grupos

Las gestoras de la atención continuada se plantearon como poder llegar a todos estos equipos enfermeros de forma rápida y global para poder realizar una correcta difusión de información y/o formación

Por lo que se inició la implementación de una nueva iniciativa: la realización de sesiones formativas dirigidas a todo el personal

OBJETIVOS

Brindar las herramientas y conocimientos necesarios a los profesionales de los servicios de atención continuada

Actualizar los conocimientos sobre las mejores prácticas de la institución

Incentivar a los profesionales de los grupos de expertos a dar a conocer los procedimientos en los que trabajan

METODOLOGÍA

Estas sesiones se realizan a través de la plataforma google meet de forma semanal en dos franjas horarias y con una duración de una hora

Se planteó la idea que estas sesiones fueran concisas y eficaces, asegurando que se puedan integrar los conocimientos de forma óptima por parte de nuestros profesionales

Una vez al mes se facilita un calendario con las fechas y las horas específicas para cada sesión

En estas sesiones se tratan tanto temas transversales de toda la institución y temas más específicos de casa servicio

RESULTADOS

Se han realizado un total de 150 sesiones, con más de 2500 conexiones de 275 profesionales.

CONCLUSIÓN

Este formato de formación ha sido una potente herramienta para la difusión de información a todos los profesionales

Se ha conseguido llegar a todos los profesionales que nos planteamos al inicio y se han hecho extensivos a otros servicios o centros de la institución, como el hospital sociosanitario de la FSM

En estas sesiones se realiza un feedback bidireccional con los profesionales.


Ha sido gratificante la integración de los profesionales de los grupos de expertos como docentes de estas sesiones.

Tras realizar una encuesta a todos los participantes se han obtenido los siguientes resultados:

- El 100% de los participantes encuentra interesante este formato para la formación, la duración de las sesiones y los temas tratados.
- El 85% considera adecuado el horario en el que se realizan las sesiones formativas.
- El 98% de los participantes cree que estas sesiones contribuyen a mejorar su desarrollo o competencias profesionales.
- El 90% de los profesionales de nueva incorporación piensan que estas sesiones son útiles en su inicio en la institución.



TRAZABILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

 *Sánchez Hernández, Rosa María • Alemán García, María Nadiuska • Gismero Hinojal, María Cristina • Falcón López, Adela M^a • Toledo Medina, Rita M^a • González Castro, Monserrat*

 *Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil*

Identificador: 699

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

El Servicio de Esterilización pretende asegurar la seguridad del paciente garantizando la trazabilidad de su actividad incorporando un sistema informático diseñado para gestionar y controlar el material quirúrgico en cada etapa del proceso.

OBJETIVO

- Digitalización de todos los procesos de una central de Esterilización: recepción, limpieza, empaquetado, esterilizado, distribución y almacenaje
- Identificación del personal/trabajador que valida el proceso
- Seguimiento y control del material quirúrgico. Histórico de Esterilizados, localización eficaz
- Garantizar la seguridad del paciente almacenando la información relevante de manera precisa y fiable durante el proceso de esterilización. Con la vinculación final del material quirúrgico con el paciente intervenido

METODOLOGÍA

A través de un programa de trazabilidad se realiza el registro de toda la actividad de la central de Esterilización. Este programa ofrece etiquetas identificativas con códigos de barra, únicos e inequívocos para todo el material quirúrgico lo que ayuda a identificarlo y facilita la recuperación de la información. También registra los ciclos de lavado y esterilizado, quedando constancia de los controles físicos, químicos y biológicos que se realizan durante el reprocesamiento. Además, identifica al personal mediante un usuario y contraseña para realizar la validación de todo el proceso.

El sistema permite registrar incidencias y comentarios durante toda la actividad así como el registro de averías en el aparataje de la Central (lavadoras, incubadoras y esterilizadores).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El registro informático ha facilitado:

- la localización del material y la búsqueda de la información a tiempo real de los artículos
- identificación del material prioritario acortando los tiempos de reprocesamiento
- información del tipo de lavado, empaquetado y esterilizado que requiere el material, evitando errores en el reprocesamiento del material.

La revisión de las incidencias ha ayudado a detectar problemas concretos y a solventarlos; como por ejemplo, la alta incidencia de cargas mojadas que se han vinculado a un tipo de filtro de contenedor y material muy pesado. Las acciones tomadas fueron: cambio de tipo de filtros de contenedores, aligerar pesos y controlar las cargas del autoclave. No cabe duda que con la llegada de la trazabilidad la seguridad del paciente ha aumentado considerablemente, su vinculación a la historia clínica del paciente garantiza en todo momento la obtención de información quirúrgica en todo el proceso de hospitalización del paciente y por tanto, la reducción del riesgo.





ANÁLISIS INMEDIATO DE RESOLUCIÓN EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

 MEDRANO MARTINEZ, MARIA JOSE • LLOPIS LOPEZ, PABLO • MARTINEZ GOMEZ, JOSE • RODRIGUEZ RODIL, NURIA MARIA

 SUMMA 112

Identificador: 700

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

Ante la necesidad de priorizar de manera eficiente y objetiva la atención a los pacientes, para mejorar la gestión de recursos y optimizar el rendimiento del servicio de urgencias, se necesitaba una aplicación que nos permitiera realizar un triaje correcto a los pacientes. El propósito del triaje es determinar el tipo de asistencia y priorizar los pacientes según su gravedad.

OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta para la priorización de pacientes en los servicios de urgencias, basado en la evaluación rápida de la gravedad de la condición de un paciente para determinar la urgencia de su atención. Este método de triaje ofrece varias ventajas y justificaciones que lo hacen una herramienta esencial en la gestión de emergencias médicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El triaje es la clasificación de la gravedad, sintomatología y problema de salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias y que permite definir la prioridad de la atención. Esta clasificación se realiza a través de la valoración del médico o enfermero profesional, quienes identifican qué enfermedades requieren atención inmediata para priorizarlas sobre aquellas que pueden esperar.

A partir del diseño del proceso inicial, se realizó una primera toma de requisitos que permitió definir:

- Determinar la urgencia de la atención del paciente
- Estandarizar los métodos de clasificación.

Se creó una aplicación basándonos en un listado de motivos, cada motivo tiene su discriminante, divididos en grupos de colores, según su urgencia, que permite determinar la urgencia de la atención del paciente.

La aplicación Airee, está integrada en los sistemas del centro coordinador del SUMMA 112, lo que nos permite la perfecta trazabilidad de los casos.

RESULTADOS

Se ha conseguido una aplicación con una interfaz sencilla e intuitiva que permite a los usuarios del centro coordinador evaluar rápidamente la condición del paciente, y con ello ganar en eficiencia y efectividad a la hora de determinar la urgencia de la atención.

CONCLUSIONES

La aplicación Airee, no solo ofrece mejoras en los tiempos de clasificación de los pacientes, sino que además permite estandarizar las atenciones a los pacientes, ya que todos los profesionales usan las guías de acción que muestra la aplicación.

La aplicación está concebida para poder integrarse con cualquier sistema de información.



MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

 STARINA, OLGA • FERNANDEZ MORALES, LUIS • CARBONELL, CAROLINA

 HOSPITAL RUBER INTERNACIONAL

Identificador: 701

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

JUSTIFICACIÓN

La experiencia del paciente en el servicio de Diagnóstico por Imagen es crucial para garantizar no solo la precisión diagnóstica, sino también la comodidad y satisfacción del paciente.

OBJETIVOS

Optimizar la experiencia del paciente desde su llegada al hospital hasta la obtención de sus resultados mediante la implementación de las siguientes mejoras: Reducción del tiempo de espera; Mejora de la comunicación y la información proporcionada; Aumento del confort y la seguridad durante los procedimientos; Incorporación de tecnología avanzada para una experiencia más eficiente y precisa; Plan de humanización.

METODOLOGÍA

1. Reducción del Tiempo de Espera: Control de los flujos de trabajo, revisando y optimizando los procesos internos para garantizar que los procedimientos se realicen de manera eficiente y puntual.
2. Mejora de la Comunicación: Información previa al procedimiento facilitando a los pacientes información detallada del procedimiento que se les realizará, incluyendo preparativos, duración y cuidados posteriores, a través del Portal del Paciente, sms, email. Designación de un informador, personal administrativo especializado en diagnóstico por imagen que puede responder preguntas y brindar soporte durante todo el proceso haciendo de enlace entre paciente-radiólogos+técnicos+administrativos.
3. Aumento del Confort y Seguridad: Actualización de las instalaciones, modernizando las salas de espera y los espacios donde se realizan los procedimientos para que sean más cómodos y acogedores, incluyendo sillas ergonómicas, ambientación relajante y recursos de entretenimiento (TV). Capacitación del personal en técnicas de trato amable y empatía, asegurando que los pacientes se sientan comprendidos y bien cuidados.
4. Incorporación de Tecnología Avanzada: Renovación de los equipos de diagnóstico de última generación para que ofrezcan resultados más precisos y rápidos, disminuyendo la dosis de radiación a los pacientes y mejorando la precisión diagnóstica. Implantación del Portal del Paciente como plataforma segura en línea donde los pacientes puedan acceder a sus resultados de manera rápida y cómoda.
5. Plan humanización: Colocación de vinilos con paisajes relajantes, mariposas en techos y paredes en las salas de pruebas.

RESULTADOS

La implementación de estas mejoras en el servicio de diagnóstico por imagen no solo optimiza la experiencia del paciente, sino que también aumenta la eficiencia del servicio y la satisfacción del personal. Incremento +5 puntos NPS acumulado a mayo 2024 versus mayo 2023 (81,38 vs 76,38) y +3,5 puntos con respecto al año 2023 (81,38 vs 77,89).

CONCLUSIONES

Estas iniciativas con enfoque global fortalecen la relación de confianza entre el hospital y sus pacientes, consolidando nuestra reputación como un centro de excelencia en atención médica y contribuyendo positivamente a la experiencia del paciente en nuestro servicio de diagnóstico por imagen.



INDICADORES DE CALIDAD EN PATIENT BLOOD MANAGEMENT Y ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

 Garcia-Casanovas, Albert ⁽¹⁾ • Bisbe, Elvira ⁽²⁾ • Garcia-Altes, Anna ⁽³⁾ • Vizoso, Adrià ⁽¹⁾ • Colomina, Maria J ⁽⁴⁾ • Basora, Misericordia ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Hospital del Mar Research Institute • ⁽²⁾ Parc de Salut Mar • ⁽³⁾ Departament de Salut • ⁽⁴⁾ Hospital Universitari de Bellvitge • ⁽⁵⁾ Hospital Clínic de Barcelona

Identificador: 705

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La anemia, el sangrado y la transfusión sanguínea son factores de riesgo, potencialmente modificables, de peor evolución clínica en los pacientes intervenidos de cirugía ortopédica mayor. Las guías de práctica clínica recomiendan optimizar y preservar la propia sangre del paciente mediante un conjunto de intervenciones perioperatorias, implementadas en forma de vía clínica y conocidas como programa de “patient blood management” (PBM). Sin embargo, existe poca información sobre el grado de implementación en los hospitales.

OBJETIVO

Analizar la adecuación de la práctica clínica de PBM y la variabilidad entre hospitales, en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla (PTR) y cadera (PTC) y validar un indicador de calidad sintético de la vía clínica PBM en los hospitales.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de cohortes de todos los pacientes de PTC y PTR operados en 2021 en 39 hospitales españoles, incluidos en el proyecto MAPBM. Se evaluó el cumplimiento de nueve recomendaciones PBM de manera individual a través de indicadores de calidad, y de forma conjunta mediante un indicador sintético. Se consideraron dos tipologías de indicador sintético: opportunity-based (PBMs1) y all-or-none (PBMs2). Los indicadores de calidad se obtuvieron a partir de la información administrativa, de laboratorio, de farmacia y de transfusión disponible a nivel de paciente en los sistemas de información hospitalarios. Para la validación del indicador sintético, se comprobó su asociación negativa con el índice ajustado de transfusión total (ITT) mediante un modelo de regresión lineal.

RESULTADOS

Un total de 8561 episodios de PTR y PTC de 33 hospitales fueron incluidos en el análisis tras las exclusiones. En los hospitales situados en la mediana, se implementaron el 62% de las intervenciones PBM recomendadas (PBMs1) y el 12% de los pacientes recibieron de forma adecuada la vía clínica completa (PBMs2). Las recomendaciones PBM con mayor variación entre hospitales fueron la evaluación preoperatoria del metabolismo del hierro en pacientes anémicos (primer cuartil 6% - tercer cuartil 37%) y la transfusión de una sola unidad (35–67%), respectivamente.

Los hospitales con un mejor índice sintético PBM se asociaron con una menor transfusión (ITT ajustado) en ambos tipos de indicadores sintéticos por procedimiento quirúrgico. La asociación más fuerte se observó en PBMs1 en PTC ($\beta = -1.18$ [95% IC -2.00 to -0.36]; $p = 0.007$)

CONCLUSIONES

La práctica clínica en PBM es subóptima y variable entre centros. El seguimiento de indicadores de calidad en PBM, medibles a partir de información estructurada disponible en los hospitales, pueden facilitar la implementación de las recomendaciones y mejorar la adecuación de la práctica clínica y resultados en pacientes intervenidos de cirugía ortopédica mayor.

PROCESO PARTICIPATIVO PARA IDENTIFICAR RETOS Y DEFINIR EL FUTURO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: COMPARTIENDO EL CONOCIMIENTO

 Burzako Pérez, Miren Arantza ⁽¹⁾ • Martín Pesado, Iker ⁽²⁾ • Arrospeide Elgarresta, Arantzazu ⁽³⁾ • Muriana Paniagua, David ⁽⁴⁾ • Encinar Martín, Fernando ⁽⁵⁾ • Valverde Citores, Rosa ⁽⁶⁾

 ⁽¹⁾ OSI Barrualde Galdakao • ⁽²⁾ IMQ Igorco • ⁽³⁾ Dpto. Salud Gobierno Vasco • ⁽⁴⁾ Servicios Generales Osakidetza • ⁽⁵⁾ OSI Araba - Osakidetza • ⁽⁶⁾ OSI Goierri Alto Urola - Osakidetza

Identificador: 706

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

El futuro de la Calidad Asistencial es una preocupación recurrente, también para SECA.

Con esta y otras preocupaciones, desde nuestra sociedad científica, se organizó una jornada que permitiera identificar y enfrentar los desafíos actuales y futuros del sector. En ella se reunieron representantes de diversas organizaciones públicas y privadas de la comunidad autónoma, abarcando el ámbito sanitario y sociosanitario. La variedad de participantes, -desde personal auxiliar hasta gerencias- y conocimiento, permitió un enfoque amplio y colaborativo, esencial para identificar buenas prácticas explorando soluciones innovadoras.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal fue identificar los retos del sector asistencial y determinar el papel de nuestra sociedad en las soluciones. Los objetivos específicos incluyeron la promoción de buenas prácticas, el uso de nuevas tecnologías y la mejora de la gestión de recursos.

Para ello, se organizaron grupos de trabajo que emplearon dinámicas, como elevator pitch, design thinking y análisis pasado/presente, facilitando la colaboración y el intercambio de ideas entre los diferentes niveles jerárquicos y tipos de organizaciones.

RESULTADOS

En la jornada se abordaron temas críticos:

1. Consecuencias de la pandemia: Se identificaron estrategias para mejorar la resiliencia del sector ante futuras crisis sanitarias.
2. Falta de profesionales y retención de talento: Se propusieron iniciativas de formación y promoción de buenas prácticas a través de nuestra sociedad, como el uso de gamificación para hacer más atractivo el entorno laboral.
3. Mejora de la coordinación y comunicación: Se trataron aplicaciones y la promoción de grupos de trabajo para optimizar la interacción entre niveles jerárquicos.
4. Potencial de la Inteligencia Artificial (IA): Se exploraron aplicaciones de IA en la atención sanitaria para optimizar procesos y mejorar la atención a pacientes.
5. Brecha generacional: Se debatieron estrategias para facilitar el encuentro y la cooperación entre el personal veterano y novel.

Se destacaron ejemplos de buenas prácticas, como el benchmarking y el uso de bases de datos amplias para mejorar la gestión de costes. También se subrayó la importancia de la participación política y la gestión del conocimiento para evitar errores pasados y explorar nuevas soluciones.

CONCLUSIONES

La jornada demostró ser un valioso espacio de intercambio y colaboración. Las personas participantes lograron identificar desafíos clave y proponer soluciones prácticas e innovadoras. La diversidad de perspectivas y el uso de dinámicas participativas fueron cruciales para su éxito.

El compromiso continuo de nuestra sociedad en la formación, promoción de buenas prácticas y uso de tecnologías avanzadas, nos posiciona como un actor fundamental en la transformación del sector asistencial. La jornada, además de proporcionar un análisis detallado de los retos actuales, estableció una hoja de ruta para futuras actuaciones y mejoras en la calidad asistencial.



IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 14001: UN PASO HACIA LA SOSTENIBILIDAD

 Hernández Santana, Alicia • Torres Aragón, Cristina • Martel Santiago, Carmen Rosa • Robaina Hernández, Gloria • Torres Arucas, Juan Jesús • Cremades Díaz, Alberto

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (Gran Canaria)

Identificador: 707

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

La Unidad de Gestión de la Calidad junto con la Subdirección de Gestión de Servicios de Ingeniería del hospital ha desarrollado un proyecto de implantación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) basado en la Norma UNE-EN ISO 14001:2015, integrable con el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 ya existente en la Organización.

OBJETIVOS

Desarrollar un sistema de gestión integrado de calidad y ambiental (SIG) que contribuya a mejorar la eficiencia, cumplimiento de requisitos legales, reducción de riesgos y mejora continua de los procesos.

METODOLOGÍA

Auditoría ambiental (diagnóstico inicial) en enero de 2021 para valorar el grado de preparación del hospital para afrontar la certificación por la Norma ISO 14001. Identificadas las principales desviaciones, se elaboró un plan de acción.

En mayo de 2023, con la implicación de Dirección Gerencia, se constituye el Comité de Gestión Ambiental (CGA) formado por un grupo multidisciplinar de profesionales encargados de impulsar y liderar el proyecto de implantación del SGA. La Unidad de Gestión de la Calidad aporta el apoyo metodológico al CGA. Se crea la Unidad de Sostenibilidad y Medioambiente con la incorporación de un ingeniero.

Cronograma de trabajo con el despliegue de las acciones necesarias para dar respuesta a los requisitos de la Norma.

Tras análisis del contexto, desde el punto de vista ambiental, se identificaron necesidades y expectativas de las partes interesadas y aspectos ambientales con impacto significativo mediante la matriz de riesgos y oportunidades.

Se definen objetivos y metas con responsabilidades definidas, elaborando un cuadro de mando con indicadores ambientales. Se habilitó un sistema que garantiza la identificación de requisitos legales ambientales. Despliegue de actividades de capacitación a los equipos de implantación.

Adecuación del sistema documental existente, manual de gestión, procedimientos generales y política de calidad y ambiental. Elaboración de procedimientos específicos, instrucciones técnicas, registros y manual de buenas prácticas ambientales. Creación de un entorno colaborativo para consulta y archivo de la documentación normalizada.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La auditoría interna se realizó en octubre de 2023. El informe contempló 4 no conformidades, 7 observaciones, 6 puntos fuertes y 2 oportunidades de mejora. La evaluación del equipo auditor fue favorable para evolucionar a la fase 2 de la certificación para febrero de 2024.

La Unidad de Gestión de la Calidad ha integrado con éxito el sistema de gestión de la calidad preexistente con los requisitos de gestión ambiental. Además, se ha dado un nuevo enfoque, dada la transversalidad del SGA respecto a la gestión de calidad que se realiza por Servicios. A pesar de la dificultad, se ha podido comprobar la conformidad del SGI.

La colaboración y el compromiso de los profesionales con las directrices del CGA han sido claves para la implantación del SGA y obtención de la certificación.

EL INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO PIEZA ANGULAR EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

 **GUILLEN TOLEDANO, MARTA MARIA** ⁽¹⁾ • **ALONSO PONCELAS, MARIA EMMA** ⁽²⁾ • **DIAZ MELIAN, RUTH AUXILIADORA** ⁽³⁾ • **ESTEVEZ PEREZ, VICTORIA** ⁽⁴⁾ • **HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, ELIZABETH** ⁽⁴⁾ • **TRISTANCHO AJAMIL, RITA** ⁽⁴⁾

 ⁽¹⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD, SCS • ⁽²⁾ GERENCIA SERVICIOS SANITARIOS DE LANZAROTE, SCS • ⁽³⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD, SCS • ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD

Identificador: 708

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En España, la Ley 14/1986, General de Sanidad, establece la configuración de las Áreas de Salud para organizar un sistema sanitario coordinado con dos niveles de asistencia: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) [1,2]. En este contexto, los nuevos modelos asistenciales destacan la importancia de la continuidad de la atención y la coordinación entre niveles asistenciales, subrayando el papel crucial de las enfermeras. El ICE es un documento escrito donde el profesional de enfermería de AH describe el plan de cuidados desarrollado desde el ingreso, utilizando metodología enfermera [3]. Este documento se fundamenta en el Real Decreto (RD) 1093/2010, que aprueba el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) [4]. Los ICE deben utilizar las terminologías NANDA International (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC) para su cumplimentación. La presencia del ICE permite una transferencia de información adecuada entre niveles asistenciales [5].

OBJETIVO

Identificar el aporte del ICE en la calidad asistencial a través de una revisión narrativa de la literatura científica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de estudios descriptivos (2015-2023) sobre el ICE, utilizando bases de datos como PUBMED, SciELO, Cuiden, CINAHL, Cochrane Plus y Google Académico. Se incluyeron estudios en español e inglés que valoraran aspectos del ICE. La búsqueda se hizo mediante descriptores MeSH y el operador booleano AND. Se examinaron títulos y resúmenes, seguidos de una lectura crítica de los textos completos. Los datos relevantes se recopilaron en una tabla que incluyó año de publicación, contexto, tipo de estudio, entorno asistencial, intervención, variables y resultados.

RESULTADOS


Se identificaron 415 registros, los cuales pasaron por un proceso de selección en distintas fases. Primero se descartaron publicaciones duplicadas y aquellas que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos. Luego se eliminaron las publicaciones que no respondían adecuadamente al objetivo principal de la revisión. También se descartaron los artículos relevantes a los que no se pudo acceder al texto completo. Se realizó una lectura completa de todos los artículos restantes. Se analizaron los artículos considerados adecuados para abordar los objetivos de la revisión, asegurando la calidad y relevancia de la información recopilada.

CONCLUSIONES

El ICE es fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria. La estandarización mejora la comunicación interdisciplinaria, facilita el seguimiento de los cuidados, y apoya la investigación y mejora continua de las prácticas. Informes completos permiten decisiones más informadas, mejorando la calidad del cuidado y acelerando la recuperación del paciente. Por lo tanto, el ICE debe ser obligatorio para todos los pacientes dados de alta, garantizando la continuidad de cuidados.

CALIDAD EN LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA COLABORATIVA

 **GUILLEN TOLEDANO, MARTA MARIA** ⁽¹⁾ • **ALONSO PONCELAS, MARIA EMMA** ⁽²⁾ • **COMPANY SANCHO, MARIA CONSUELO** ⁽³⁾ • **Hernández González, Elizabeth** ⁽⁴⁾ • **TRISTANCHO AJAMIL, RITA** ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General del Paciente y Cronicidad, SCS • ⁽²⁾ GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE LANZAROTE, SCS • ⁽³⁾ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, SCS • ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD • ⁽⁵⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD

Identificador: 709

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La distancia temporal entre la investigación y su aplicación clínica en la salud puede extenderse hasta 17 años, y solo una minoría de intervenciones basadas en evidencia se aplica en la práctica habitual (1,2,3). La Ciencia de la Implantación busca cerrar esta brecha integrando efectivamente buenas prácticas en los sistemas de salud. Por otro lado, resulta crucial utilizar registros normalizados en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para asegurar datos de calidad y realizar análisis que mejoren el cuidado basado en la evidencia, adaptándose a las necesidades específicas del entorno. El objetivo es optimizar la adaptación de los registros en HCE para reflejar cuidados basados en evidencia, a través de un enfoque colaborativo interhospitalario en la implementación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) del Programa Internacional de Buenas Prácticas en Cuidados (BPSO), con el fin de mejorar la gestión sanitaria y los resultados en salud en la Comunidad Autónoma.


METODOLOGÍA

En 2023 se inicia un trabajo colaborativo interinstitucional a nivel autonómico constituyendo seis grupos de trabajo organizados por áreas temáticas: prevención de caídas, accesos vasculares, lactancia materna, lesiones por presión, pie diabético y ostomías. Estos grupos incluyen representantes de todos los centros aplicando las GBP correspondientes. Las reuniones, realizadas bimestralmente a través de Webex, se complementaron con herramientas corporativas para facilitar la colaboración y el seguimiento de proyectos. Hasta la fecha, se han llevado a cabo siete reuniones por cada GBP, con la participación de 7 de las 11 gerencias del servicio de salud, manteniendo un trabajo coordinado en red entre reuniones.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

El proceso colaborativo condujo a la modificación consensuada de 35 propuestas unificadas para el sistema de registro en HCE y la identificación de la necesidad de revisar al menos otros 6 protocolos y formularios. Se plantea implementar estas mejoras en los próximos meses. Además, se destacó la relevancia de incluir a otras gerencias no participantes en el Programa BPSO y expandir las GBP bajo este modelo colaborativo. Este enfoque ha probado ser efectivo para reducir la brecha entre la evidencia y la práctica clínica, promoviendo una integración rápida de las GBP en varios entornos hospitalarios. La colaboración intergerencial ha enriquecido el proceso, permitiendo el intercambio de conocimientos y experiencias, profundizando la comprensión de las necesidades de atención y fortaleciendo la cohesión entre equipos. Este modelo no solo optimiza los resultados sanitarios, sino que también ofrece un esquema replicable para otras comunidades y sistemas de salud que busquen implementar intervenciones basadas en evidencia de manera efectiva y adaptada a sus realidades locales, destacando así la importancia y efectividad del trabajo colaborativo en la gestión de la salud y su potencial de adaptabilidad y replicación en diferentes contextos.

EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN EN UN PROGRAMA BPSO AUTONÓMICO

 **GUILLEN TOLEDANO, MARTA MARIA** ⁽¹⁾ • **ALONSO PONCELAS, MARIA EMMA** ⁽²⁾ • **COMPANI SANCHO, MARIA CONSUELO** ⁽³⁾ • **Hernández González, Elizabeth** ⁽⁴⁾ • **TRISTANCHO AJAMIL, RITA** ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Dirección General del Paciente y Cronicidad, SCS • ⁽²⁾ GSS LANZAROTE • ⁽³⁾ DGSP, SCS • ⁽⁴⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD, SCS • ⁽⁵⁾ DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD

Identificador: 711

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

La práctica basada en la evidencia (PBE) combina experiencia clínica y evidencia externa, mejorando la atención y resultados en pacientes, elevando estándares, reduciendo riesgos y aumentando la satisfacción laboral. Su implementación efectiva requiere tiempo, capacitación y acceso a información. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son esenciales para traducir la investigación en beneficios clínicos, aunque su adherencia es baja y requiere superar barreras.

El programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) promueve la aplicación de GPC, mejorando la calidad de atención. La PBE disminuye la variabilidad, reduce costos, mejora la seguridad clínica y promueve el crecimiento profesional. Su adopción depende de un entorno adecuado y una cultura de innovación e investigación, donde enfermeras motivadas mejoran la calidad de la atención.

OBJETIVO

Identificar elementos favorecedores y barreras de implantación en el Programa BPSO a nivel autonómico.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio evaluativo del proceso de implantación de guías de práctica clínica en instituciones de las dos primeras cohortes de un Programa BPSO® autonómico. El análisis se basó en memorias de implantación de las instituciones implicadas, utilizando un enfoque inductivo y codificación según la estructura DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).

El análisis incluyó lectura, interpretación y codificación de las memorias elaboradas por los centros, categorizando hallazgos en debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, así como en niveles de proceso relacionados con barreras y facilitadores: sistemas de información, difusión de resultados, profesionales, cuidados e institución.

RESULTADOS

Se analizaron 28 memorias y 2 informes de predesignación de 6 gerencias, con la implantación de 12 GPC. Las guías más utilizadas fueron accesos vasculares, prevención de caídas, cuidado y manejo de la ostomía y lactancia materna.

Las principales debilidades fueron problemas con los sistemas de información, calidad de los registros y complejidad de su explotación. Las amenazas incluyeron inestabilidad de plantillas, dificultades en la captación de impulsores y cambios en equipos directivos.

Las fortalezas destacaron la dedicación exclusiva de personal al proyecto y la vinculación a objetivos institucionales. Como oportunidades, se identificaron la comparación estandarizada de resultados (benchmarking) y la difusión de resultados.

CONCLUSIONES

Las memorias del programa BPSO revelan factores que impactan en la implementación exitosa de la PBE. Los elementos relacionados con los profesionales, la difusión de resultados y las características de los cuidados e instituciones configuran un patrón útil para cualquier sistema sanitario que busque implementar cuidados basados en evidencia. Este patrón permite formular estrategias comunes para potenciar fortalezas, minimizar debilidades, prevenir amenazas y aprovechar oportunidades.



ABORDAJE AUTONÓMICO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

 **GUILLEN TOLEDANO, MARTA MARIA** • *Hernández González, Elizabeth* • **TRISTANCHO AJAMIL, RITA**

 **DIRECCIÓN GENERAL DEL PACIENTE Y CRONICIDAD, SCS**

Identificador: 712

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Innovación tecnológica

INTRODUCCIÓN

La continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria es esencial para optimizar la atención, gestionar los procesos post-alta y reducir reingresos y visitas no deseadas a urgencias. Un nuevo programa piloto, denominado Proyecto Cuida+, ha sido desarrollado para mejorar estos aspectos, especialmente en pacientes crónicos y de edades avanzadas, fomentando la relación y confianza entre el personal de enfermería y los pacientes.

OBJETIVO

Evaluar la sistemática del Proyecto Cuida+ en una zona de salud específica, con el objetivo de extenderlo a todos los pacientes ingresados en hospitales públicos, garantizando una práctica asistencial homogénea y de calidad tras el alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio piloto en una zona de salud que incluye varios consultorios locales y un hospital de referencia, atendiendo a una amplia población. Tras el alta hospitalaria, los pacientes son citados automáticamente con su profesional de enfermería para seguimiento. En estas citas, se utiliza un informe de cuidados de enfermería realizado en el hospital para abordar las necesidades asistenciales y no asistenciales del paciente, derivándolo al profesional adecuado según sea necesario. La experiencia del paciente y la satisfacción de los profesionales también se evalúan.


RESULTADOS

El análisis de la fase piloto mostró que la implementación de Proyecto Cuida+ facilita la detección de problemas post-alta y la toma de decisiones adecuadas. La sistemática del programa permitió una atención centrada en la persona, mejorando la comunicación entre profesionales y pacientes. Se atendieron necesidades asistenciales como curas, analíticas y ajustes de tratamiento, así como necesidades no asistenciales como bajas laborales y transporte sanitario. La percepción del paciente y la satisfacción de los profesionales fueron positivas, indicando una mejora en la calidad de la atención.

CONCLUSIONES

El Proyecto Cuida+ ha demostrado ser eficaz en la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, mejorando la satisfacción de pacientes y profesionales, y reduciendo reingresos y visitas a urgencias. La implementación de este programa a nivel regional puede estandarizar la práctica asistencial post-alta, optimizar los cuidados y crear un sistema sanitario más eficiente y coordinado. Los resultados sugieren que Proyecto Cuida+ es un modelo viable para mejorar los resultados en salud y la eficiencia del sistema sanitario.

EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD OBJETIVA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 2019 - 2023

 Botella Mira, Roberto • Burlachenko, Ganna • Martínez Álvarez, Gloria • Gea Velázquez de Castro, M^o Teresa • Jiménez Pericás, Fátima • Arencibia Jiménez, Mercedes

 Hospital San Juan de Alicante

Identificador: 713

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La satisfacción del paciente constituye un elemento deseable del resultado de la asistencia sanitaria.

El cuestionario SERVQHOS está diseñado a partir de la teoría de discrepancias entre expectativas y percepciones y se utiliza ampliamente para estimar la calidad percibida. Consta de 19 ítems, cuyas respuestas están dadas con una escala de Likert de 5 puntos donde se combinan expectativas y percepciones y se obtiene una puntuación de la magnitud de la diferencia (entre 1 y 5).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo del estudio es evaluar la evolución de la percepción de calidad objetiva de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel.

Para ello se han revisado y evaluado las respuestas de los últimos 4 años (2019-2023, no se realizó durante el 2020 por la pandemia COVID-19) sobre calidad objetiva del cuestionario SERVHQOS (valorada en 9 preguntas de las 19 que conforman el cuestionario). En este apartado se pregunta sobre la tecnología, la apariencia del personal, el estado de las habitaciones, etc. El mismo se ha remitido de manera anual por correo postal, unos 20 días tras el alta hospitalaria, a una cohorte de pacientes ingresados cada año en un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Con respecto a la tecnología de los equipos médicos diagnóstico-terapéuticos, el 63,4% de los pacientes opinan que es mejor de lo que esperaban (Siendo el 2021 el año con mejor porcentaje, con un 69,6%). El 60,2% opinan que la apariencia del personal es adecuada, sin variaciones reseñables. El 7,6% de los encuestados opinan que la señalización en el hospital es peor de lo que esperaban. Con respecto a si la información proporcionada por los médicos es adecuada si se observa una mejoría progresiva, pasando de un 59% en 2018 a un 71% en 2023. Lo mismo ocurre con la información proporcionada a los familiares, pasando de un 66,2% del 2018 al 82,6% en el 2021 (tras la pandemia por COVID), con valores posteriores ligeramente peores pero estabilizados. Sobre el tiempo de espera para ser atendido, el 83,71% opina que es al menos como esperaba, siendo el 2023 el año con mejor puntuación (92,1%). El 20,1% opina que la puntualidad de las consultas médicas ha sido peor de lo esperado, siendo el ítem con peor puntuación global, junto con el estado de las habitaciones (22,3%, siendo el 2023 el peor registro).

CONCLUSIONES

Los ítems mejor valorados entre las expectativas e impresiones objetivas a lo largo del tiempo han sido la apariencia del personal, la información que los médicos proporcionan a los familiares, la tecnología de los equipos médicos y la facilidad de llegada al hospital, mientras que aquellos ítems con peores puntuaciones y, por tanto, susceptibles de mejora, son el estado de las habitaciones, el tiempo de espera en ser atendido y la puntualidad de las consultas médicas.



IMPLANTACIÓN DEL MARCAJE QUIRÚRGICO COMO LÍNEA ESTRATÉGICA DENTRO DE LA CIRUGÍA SEGURA EN EL HOSPITAL

Villán Villán, Yuri Fabiola • Mendieta Azcona, Covadonga • Rubio Pérez, Inés • Caldera Álvarez, María Victoria • Duran de la Fuente, Pilar • Hernández Gancedo, Carmen

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 716

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

El proceso de verificación preoperatoria se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Joint Commission International (JCI).

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS, “La cirugía segura salva vidas”, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. Se identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. El resultado es la Lista de verificación quirúrgica, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo.

Entre estas recomendaciones está el marcaje preoperatorio del sitio quirúrgico para indicar de forma no ambigua el lugar concreto en que se debe llevar a cabo la incisión, evitando así la cirugía en el lugar erróneo.

En un hospital terciario con todas las especialidades quirúrgicas y alrededor de 50 quirófanos funcionando diariamente, constituye un reto la estandarización del marcaje quirúrgico.

El marcaje quirúrgico se implantó en los quirófanos pediátricos en el año 2021 con muy buenos resultados por lo que se ha exportado a los quirófanos de adultos.

OBJETIVOS

1. Estandarizar el marcaje del sitio quirúrgico utilizando el mismo símbolo de marcaje en todas las intervenciones quirúrgicas, de manera que sea inequívoco.
2. Promover la utilización de prácticas seguras para la localización del sitio quirúrgico y lateralidad para evitar la intervención quirúrgica en el lugar equivocado o en el lado equivocado

METODOLOGÍA

Desarrollo de todas las acciones desde el Grupo de Trabajo Cirugía Segura de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, de carácter multidisciplinar conformado por representantes de todos los estamentos implicados. Revisión de la bibliografía y protocolos de referencia nacional e internacional basados en el protocolo de marcaje del Hospital Infantil que ya se encontraba en marcha.

RESULTADOS


1. Definición de una única marca para todos los pacientes adultos
2. Realización del protocolo de marcaje quirúrgico del hospital a aplicar en todas las especialidades de pacientes adultos
3. Revisión por los responsables de seguridad del paciente de los servicios quirúrgicos (medicina y enfermería)
4. Revisión por los Jefes de Servicio y el equipo directivo del área quirúrgica
5. Difusión del protocolo en las sesiones clínicas de los servicios quirúrgicos

CONCLUSIONES

La implantación de un protocolo de marcaje del sitio quirúrgico en un hospital terciario es posible gracias al trabajo en equipo de todas las partes implicadas, contando con el apoyo de los responsables de seguridad del paciente y del equipo directivo. Se ha conseguido unificar el marcaje en una marca única, estandarizada y fácil de realizar con importantes repercusiones para la seguridad del paciente.



PROTEGER AL PACIENTE CON TRASPLANTE CARDÍACO: RECOMENDACIONES PARA EVITAR LAS INFECCIONES FÚNGICAS

 Villán Villán, Yuri Fabiola ⁽¹⁾ • San Juan Sanz, Isabel • Hernández Rivas, Lucía • García Segovia, Paula • Álvarez Alba, María Luz • García Marín, Cristina

 Hospital Universitario La Paz

Identificador: 717

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con trasplante cardíaco tienen un mayor riesgo de presentar una infección fúngica, pero dado que las esporas fúngicas son ubicuas resulta imposible determinar el momento y lugar de exposición de los pacientes a las mismas.

Debido a que se han presentado varios casos de pacientes que han adquirido una infección fúngica en el postoperatorio del trasplante cardíaco, desde el Servicio de Medicina Preventiva se ha realizado un análisis de situación y propuesta de acciones de mejora.

OBJETIVOS

1. Mejorar la bioseguridad ambiental en las distintas ubicaciones del paciente trasplantado cardíaco
2. Disminuir el riesgo de infecciones fúngicas en los pacientes con trasplante cardíaco

METODOLOGÍA

Estudio de las instalaciones de las que dispone el hospital en el postoperatorio inmediato de estos pacientes.

Revisión de la literatura para evidenciar las recomendaciones actuales en estos pacientes.

RESULTADOS

Comprobado el circuito del paciente en el postoperatorio inmediato, se evidencia que en el quirófano y en la REA cardiorácica se cuenta con ambiente controlado. Sin embargo, no es así en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos, ni en la planta de Cardiología, siendo este un importante factor determinante en el desarrollo de infecciones fúngicas.

Se realizó reunión multidisciplinar contando con el equipo directivo del hospital en donde se propusieron varias opciones para la mejora de la bioseguridad ambiental del circuito. Entre ellas, se descartó la posibilidad de realización de obras para instalar salas con ambiente controlado (con esclusas similares a las de pacientes con Trasplante de Médula Ósea) por imposibilidad estructural para su realización.

Con el objetivo de minimizar en la medida de lo posible la exposición a las esporas fúngicas en el postoperatorio y así disminuir el riesgo de infecciones, el Servicio de Medicina Preventiva propuso la instalación de un purificador de aire portátil que ha mostrado evidencia científica en la eliminación de *Aspergillus* mediante esterilización, nanofiltrado, control térmico y microcirculación del aire.

Previo a la instalación de este purificador se realiza limpieza general y descontaminación con Peróxido de Hidrógeno (eficacia microbicida muy alta descontaminando todas las superficies). Para ello se debe comunicar el traslado con 24h de anticipación para preparar adecuadamente la habitación.

Se realizó un protocolo específico con la participación de todos los Servicios implicados tanto en pacientes adultos como en población pediátrica y se puso en marcha a partir de febrero de 2024 con muy buena aceptación.

CONCLUSIONES

La descontaminación previa de la habitación con Peróxido de Hidrógeno y el uso de un purificador de aire portátil puede disminuir el riesgo de infecciones fúngicas en los pacientes en el postoperatorio inmediato de trasplante cardíaco. Desde que se han implantado estas recomendaciones no se han registrado nuevos casos en nuestro hospital.



HOSPITALES VERDES: PROSPECTIVA ESTRATÉGICA PARA UNA SALUD SOSTENIBLE

 Vargas Guati Rojo, María Fernanda • Ramirez, Paola Isabel • Galvez, Luis Alberto

 Hospital Metropolitano

Identificador: 720

Tipo de comunicación: Póster

Área temática: Sostenibilidad ambiental y transición ecológica

JUSTIFICACIÓN

Los efectos del cambio climático y la contaminación exacerbaban las enfermedades, aumentando la carga sobre los sistemas de salud, que a menudo son incapaces de responder eficazmente. Aunque el sector salud contribuye a estos problemas ambientales, tiene la capacidad de adaptarse y transformar sus prácticas para promover la sostenibilidad y la equidad sanitaria.

El objetivo es desarrollar una comprensión integral de cómo las futuras dinámicas de cambio tecnológico, regulaciones ambientales y factores económicos influirán en la adopción de prácticas sostenibles en los hospitales, utilizando la prospectiva estratégica para identificar y analizar posibles trayectorias y preparar a los hospitales para adaptaciones efectivas hacia un futuro verde y sostenible hacia el año 2040.

METODOLOGÍA

En el estudio de prospectiva estratégica para hospitales verdes, seguimos un proceso bifásico hasta el horizonte del 2040. La primera fase de divergencia, realizamos nuestra investigación capturando señales de cambio que pueden influir en la adopción de prácticas sostenibles, utilizando fuentes tanto convencionales como no convencionales para recoger datos relevantes, los cuales luego clasificamos utilizando herramientas como la Matriz de Incertidumbre e Impacto para evaluar su relevancia y potencial impacto. Durante la fase de convergencia, priorizamos las señales más críticas para desarrollar escenarios prospectivos que exploran diferentes futuros posibles para los hospitales verdes. Basados en estos escenarios, formulamos estrategias y recomendaciones para ayudar a los hospitales a navegar y capitalizar efectivamente los cambios anticipados hacia prácticas más sostenibles y respetuosas con el medio ambiente.

RESULTADO


Como resultado se realizaron 4 escenarios, el primero “revolución verde” en este escenario se implementan políticas gubernamentales fuertes que impulsan la adopción de tecnologías verdes y prácticas sostenibles en los hospitales. El segundo escenario “pioneros verdes” para el 2040 algunos hospitales han tomado la iniciativa de adoptar tecnologías verdes de manera proactiva, incluso en ausencia de regulaciones estrictas. El tercer escenario “cumplimiento reactivo” desde 2024, el incremento en las regulaciones ambientales ha obligado a los hospitales a cumplir y adoptar las Normas Verdes. Por último, el “futuro sostenible en peligro” la ausencia de regulaciones claras y la lentitud en los avances tecnológicos han estancado la implementación de prácticas sostenibles en hospitales.


CONCLUSIONES

Se concluye que para alcanzar un futuro sostenible, los hospitales deben integrar plenamente las prácticas sostenibles dentro de sus operaciones y estrategias de gestión. Se recomienda que los hospitales adopten un enfoque proactivo en la planificación de la sostenibilidad, invirtiendo en tecnologías verdes y capacitación del personal. Asimismo, es vital que el sector de la salud colabore con los gobiernos para desarrollar políticas y incentivos que faciliten la transición hacia la sostenibilidad.



RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN MATERNA EN EL PARTO

 Machín Martín, Elisabet ⁽¹⁾ • Fernández García, Nicolás ⁽²⁾ • Martín Pineda, Manuel ⁽³⁾ • Suárez Hernández, María Isis ⁽⁴⁾ • De la Torre Pérez, Nerea ⁽⁴⁾ • Bordón Reyes, Haridian ⁽⁵⁾

 ⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil • ⁽²⁾ Hospital General de La Palma • ⁽³⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Canarias • ⁽⁴⁾ Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria • ⁽⁵⁾ Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Identificador: 723

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

INTRODUCCIÓN

La experiencia materna positiva en el parto es uno de los estándares de calidad asistencial en el ámbito obstétrico.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre la satisfacción materna en el parto con otras variables obstétricas, categorizando el tipo de experiencia en el parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo de métodos mixtos, utilizando el "Cuestionario de Experiencia en el Parto" CEQ 2-E, en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias durante los meses de noviembre de 2023 a mayo 2024. La muestra constituyó 29 mujeres en periodo postparto. Esta investigación forma parte de los resultados parciales de un estudio multicéntrico. Se utilizó un muestreo aleatorio. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de las variables obstétricas y la puntuación del CEQ 2-E. Se realizó un análisis con enfoque cualitativo categorizando las respuestas en función del tipo de experiencia en el parto.

RESULTADOS

La media de edad materna 30.9 (DT 6.06). Un 66% (19) de las mujeres usó analgesia epidural. La media global de satisfacción materna en el parto fue de 3.29. Las participantes no reportaron comentarios negativos, salvo en dos ocasiones que las participantes reportaron mucho dolor a pesar de estar satisfechas con el parto. Se sugirió el uso de la bañera de parto. El 62% (18) de los comentarios fueron positivos y de agradecimiento al personal sanitario, en concreto a la asistencia recibida por la matrona.

DISCUSIÓN

La puntuación global del CEQ 2-E en la muestra de estudio es de 3.28 sobre un total de 4. Esta puntuación es mayor que los estudios de validación del CEQ 2 iraní (2.62), chino (2.65) y similar al sueco (3.30) y al español (3.32). Se objetivaron experiencias positivas en la mayoría de las mujeres, con datos similares al estudio SAMAPA primera fase. Al igual que otros estudios, el manejo del dolor de parto se erige como un componente a evaluar en las experiencias del parto.

CONCLUSIONES

La satisfacción materna en el parto es alta en la muestra estudiada. La mayoría de las mujeres manifiestan comentarios de experiencia positiva y agradecimiento por la atención recibida y el trato amable. El apoyo recibido por la matrona es una de las categorías principales. Se debe explorar en profundidad las experiencias negativas relacionadas con la gestión del dolor, y poner en valor la opción de otras alternativas como la bañera de parto.



LA UNIDAD DE CALIDAD COMO NEXO CLAVE DE GESTIÓN DE LA EXCELENCIA EN CENTROS SANITARIOS

 Cruz Salgado, Oscar • Román Fuentes, Mercedes • Barroso Gutierrez, Carmen • Casasola Luna, Natalia • Carcamo Baena, Jesús • Cuaresma Giraldez, Marta

 Hospital Universitario Virgen Macarena

Identificador: 724

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los elementos claves en la Gestión de la Calidad de las instituciones sanitarias la presencia de Unidades de Calidad como servicio de apoyo transversal a objetivos, líneas de trabajo y políticas sanitarias es un factor fundamental para garantizar estrategias estables.

La Unidad de Calidad se concibe como un eje vertebral que coordina, monitoriza y evalúa una serie de procesos estratégicos, con objeto de desarrollar las actividades necesarias para la gestión de la calidad asistencial y promover la mejora continua en el Hospital.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de la metodología empleada en el desarrollo funcional, según cartera de servicios de esta Unidad en 5 dimensiones.

1. EFECTIVIDAD.

- Gestión de las Comisiones Clínicas Asistenciales
- Certificaciones/Acreditaciones (Unidades y Profesionales)

2. EFICIENCIA

- Gestión por Procesos (Asistenciales, Lean y Grupos de trabajo)
- Gestión de evaluación y seguimiento de contrato programa y acuerdos de gestión clínica

3. SEGURIDAD

- Estudios Observacionales de Higiene de manos
- Identificación inequívoca del paciente,
- Uso seguro de medicamentos,
- Listado de verificación de seguridad quirúrgico
- Sistema de notificación y análisis de incidentes
- Monitorización de Indicadores de Calidad y Seguridad del Paciente.

4. OPORTUNIDAD

- Seguimiento de Indicadores de Continuidad de cuidados
- Formación del personal
- Asesoría al Equipo Directivo
- Ranking Sanitarios (benchmarking)


5. ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Calidad percibida por el Usuario
- Colaboración con el Área de Relaciones Institucionales del Hospital
- Se aportarán datos de actividad/indicadores de los 3 últimos años en cada dimensión

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- La Unidad de Calidad cuenta con el respaldo y apoyo de la Dirección del Centro, pionero en apostar por dotar al centro de una estructura de Calidad sólida y estable a lo largo del tiempo y que depende Jerárquicamente de la Dirección Gerencia y Direcciones Asistenciales Médica y de Enfermería.
- La Unidad de Calidad, en base a los resultados presentados, aporta valor añadido a la calidad de la asistencia prestada.
- Los profesionales del hospital precisan del apoyo metodológico experto para avanzar hacia la excelencia de la asistencia prestada, por ello, resulta esencial contar con esta Unidad.
- La Unidad de Calidad, contribuye además a dar respuesta a objetivos estratégicos y normativos, a nivel no sólo autonómico sino también nacional.

TUTORIZACIÓN DE RESIDENTES EN EL ENTORNO DE URGENCIAS

 Galván Sasía, Jesús Vicente • Riol López, Eduardo • Fuentes Morillas, Manuel • Aidasani Babani, Bhisham • Casamitjana Ortega, Ana María

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 727

Tipo de comunicación: Oral Breve

Área temática: Perspectiva de profesionales

JUSTIFICACIÓN

El sistema de formación especializada mediante residencia implica para los especialistas en formación el desarrollo de las actividades previstas en el programa de formación de su especialidad, de forma tutelada y sujeta a las evaluaciones reglamentarias.

En la actualidad no se dispone de una normativa específica que regule el ejercicio de la docencia en los Servicio de Urgencias (SU) como parte de la formación transversal de médicos internos residentes (MIR).

OBJETIVOS

Regular la labor asistencial y docente de los MIR en el SU de un hospital universitario de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Ante la necesidad de organizar la formación que deben recibir los MIR acerca de la medicina de urgencias, se ha implementado una estructura docente y una metodología pedagógica con contenidos que se ajustan a necesidades formativas y demandas asistenciales.

Elaboración de un protocolo que describe la actividad docente y asistencial de los MIR, para graduar la supervisión, nivel de responsabilidad y autonomía de las actividades que lleven a cabo durante sus rotaciones y guardias en el SU.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante el año 2022 se atendieron 78781 urgencias y en el año 2023 un total de 82566, de las cuales precisaron hospitalización 13954 y 11875 pacientes respectivamente. El SU dispone de un total de 66 boxes y 3 en la sala de emergencias.

El número de residentes por guardia oscila entre 6 a 9 de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y hospitalarias. Los servicios que realizan rotación reglada son Medicina Nuclear, Neumología, Reumatología y Medicina Interna.

Se determinan dos coordinadores docentes. La figura del tutor de residentes en el SU no está definida al no constituir una especialidad acreditada en la actualidad. Aún así, se denomina como tutor colaborador a la figura del adjunto del SU que tenga residentes a su cargo, nombrado a propuesta del Jefe de Servicio, la Comisión de Docencia del hospital y la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Las Palmas.

Cada residente que realiza una rotación tendrá asignado un colaborador docente que supervisa y garantiza el alcance de los objetivos determinados en su hoja de evaluación de la rotación en urgencias. Los residentes que solo realizan guardias quedan a cargo de los adjuntos del equipo de guardia. Los residentes de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria y los que soliciten rotación específica realizarán guardias en la ambulancia medicalizada coincidiendo con médicos adscritos al propio SU.

La formación de especialistas en ciencias de la salud constituye un objetivo prioritario de los sistemas de salud, siendo el SU un paso crucial en sus carreras y además, un elemento clave en la calidad de la asistencia. Por ello, es evidente la necesidad inmediata de la creación de la Especialidad de Urgencias y Emergencias en España, tras haber demostrado, a lo largo de los años, contenido específico, doctrinal y de habilidades, demandado por otras especialidades y reconocido a nivel internacional.





ÁREA DE OBSERVACIÓN PSIQUIÁTRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

 Galván Sasía, Jesús Vicente • Gutiérrez Calderín, José • Díaz Araujo, María Cristina • Martín Zurita, Javier • Garrido del Caño, Francisco Javier

 Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Identificador: 728

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Gestión de la Calidad

JUSTIFICACIÓN

La atención del paciente psiquiátrico no difiere sustancialmente de la que recibe otro paciente. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son los mismos que se aplican a cualquier paciente que acude al Servicio de Urgencias.

No obstante, en la atención del paciente psiquiátrico puede darse una serie de condicionantes que exceden el ámbito sanitario, como actuaciones judiciales o de los cuerpos de seguridad, o circunstancias que dificultan su atención, como la negativa u oposición del paciente a ser atendido. Esta situación puede ser una fuente de incertidumbre y confusión para los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS

Garantizar un adecuado abordaje y tratamiento para los pacientes con patología mental, en un entorno adaptado y con las medidas de seguridad recomendadas y personal especializado.

METODOLOGÍA

Creación de un espacio adecuado, para ello se habilita un área específica para observación psiquiátrica en el Servicio de Urgencias con 5 camas.

Se asigna personal destinado al área, con enfermeras especialistas en Salud Mental que dependen orgánica y funcionalmente de la supervisión de enfermería del Servicio de Psiquiatría.

Desarrollo de un circuito de atención al paciente con patología psiquiátrica en el área de urgencias, dando una respuesta eficaz y de calidad a sus necesidades.

Elaboración de un protocolo que describe el triaje de pacientes con síntomas psiquiátricos y el flujo de pacientes con sospecha de patología psiquiátrica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El paciente es atendido inicialmente por el médico de urgencias, quien establece un diagnóstico diferencial sobre la etiología de los síntomas, fundamentalmente si son debidos a un trastorno psiquiátrico o a una situación aguda derivada de una intoxicación o un cuadro orgánico, si se precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales y si es necesaria la interconsulta con el psiquiatra.

La entrada del paciente al hospital, en su mayoría, se realiza a través del Servicio de Urgencias, pero como novedad gracias a la puesta en marcha de este módulo, el paciente derivado directamente desde su unidad de salud mental no precisa la realización del triaje de Urgencias, permitiendo un abordaje temprano y adaptado a las necesidades, mejorando así la calidad asistencial.

Existe una coordinación y trazabilidad de los cuidados del paciente, ya que el mismo personal realiza una rotación entre el módulo ubicado en Urgencias y la planta de hospitalización de salud mental que permite la continuidad de los cuidados. Desde la puesta en marcha de este módulo específico los pacientes han advertido un mejora en la calidad asistencial.

En conclusión, disponer de un espacio específico y especialistas para realizar el abordaje de los pacientes con patología mental es fundamental para llevar a cabo una rápida valoración y atención específica.



MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES EN DERMATITIS ATÓPICA Y PSORIASIS BASADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

 Bezos Daleske, Carlos • Rodríguez Matías, María José • Lazareno, Paola • Montané, Carla • Lanza, Simón • Guixá, Roser

 IEXP

Identificador: 729

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Perspectiva y participación de pacientes

INTRODUCCIÓN

ExpaDerm es un programa diseñado para mejorar los procesos asistenciales a través de la experiencia de los pacientes y profesionales de salud en el tratamiento de dermatitis atópica y psoriasis. Desde su inicio, el programa se ha implementado en 16 hospitales en 6 comunidades autónomas de España, con la participación de más de 240 pacientes y 190 profesionales de la salud obteniendo resultados en salud, calidad de vida, eficiencia para pacientes y para hospitales.

OBJETIVOS

Los objetivos principales del programa ExpaDerm son:

- Mejorar la experiencia del paciente mediante proyectos específicos.
- Lograr impactos significativos en la integración de procesos desde la atención primaria a la especializada en el hospital

METODOLOGÍA

El enfoque metodológico se basa en la Investigación Acción Participativa (IAP), permitiendo la inclusión activa de los pacientes como agentes de investigación e innovación. Este proceso implica varios ciclos de iteraciones, comenzando con el Taller de Sanidad Participativa (TSP®) y Design thinking, que combina recomendaciones de las Guías FDA sobre la involucración de pacientes en investigación con principios de IAP y elementos de co-diseño.

Durante el TSP®, se busca una colaboración estrecha entre pacientes, médicos, enfermería, familiares, autoridades y laboratorios. Los talleres han logrado:

- Comprensión compartida de los problemas por todos los actores involucrados.
- Identificación de retos y co-diseño de soluciones, incluyendo estrategias, procesos y protocolos.

RESULTADOS

Desde su implementación en 2022, ExpaDerm ha identificado más de 25 tipos de barreras asistenciales para los pacientes con dermatitis atópica y psoriasis, categorizadas principalmente en:

- Salud mental
- Brotes entre consultas
- Adherencia a tratamientos
- Coste de medicamentos
- Educación al paciente
- Coordinación entre atención primaria y especializada
- Autogestión de la enfermedad

Como respuesta, se han desarrollado más de 40 soluciones dirigidas a estas barreras, centradas en:

- Salud mental
- Manejo de brotes entre consultas
- Formación y empoderamiento del paciente
- Reducción del estigma asociado a las enfermedades

Estas iniciativas han llevado a:

- Rediseño de más de 12 procesos asistenciales
- Desarrollo de 5 soluciones digitales
- Implementación de 16 acciones formativas

Los hospitales participantes han reportado:

- Reducción en la frecuentación hospitalaria
- Mejora en la adherencia a los tratamientos
- Disminución de visitas a urgencias

CONCLUSIONES

El programa ExpaDerm ha demostrado ser efectivo en la identificación y superación de barreras asistenciales en el tratamiento de dermatitis atópica y psoriasis. La integración de pacientes como agentes activos en la investigación y desarrollo de soluciones ha




facilitado el co-diseño de estrategias efectivas, mejorando tanto la calidad de vida de los pacientes como la eficiencia de los procesos asistenciales.

Los resultados indican que la metodología la experiencia del paciente y del profesional es una herramienta poderosa para la innovación en salud. La implementación de soluciones basadas en estas metodologías ha llevado a mejoras sustanciales en la experiencia del paciente y en la eficiencia del sistema de salud, demostrando el valor del enfoque participativo en la gestión de enfermedades crónicas.



CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN UNA ORGANIZACIÓN: AHRQ Y MOSPS

 BUENO DOMÍNGUEZ, MARIA JOSÉ • ALMAGRO LORCA, M^a JESÚS • ESQUIROL SOLÉ, M^a ANGELES • SERRA ALTES, MARTA • BENET CATALÀ, ANTÓN • BRIANSÓ FLORENCIO, MARIA

 SALUT SANT JOAN DE REUS-BAIX CAMP

Identificador: 731

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Seguridad del paciente

JUSTIFICACIÓN

En 2002, se instauró Línea Estratégica SP con objetivos anuales. En 2022, evaluar cultura SP fue eje central, definida como conjunto de valores comunes que implica posicionamiento de SP como objetivo común.

OBJETIVOS

Evaluar cultura SP en hospital (H) y Atención Primaria (AP).

METODOLOGÍA

En 2023 se formó en SP con Moodle a profesionales y finalizaron con encuesta AHRQ o MOSPS, según ámbito.

RESULTADOS

Participaron **1130** profesionales: **851** hospital (AHRQ), siendo 49,65% de plantilla, y **279** Atención Primaria (MOSPS), 86,37%
Resultados en % de la suma de los dos valores más positivos de cada pregunta.

Hospital (H):

Grado SP: 7,8 Carga trabajo: 67,6% suficiente personal 23,9% jornada agotadora: 57,5% sobrecarga y ayuda compañeros 70,2% trabajar bajo presión 57% Problemas en cambio de turno: 20,3% pérdida información 19,5% transferencia 29,2% Uso de errores: compañeros/superiores no usan error en contra 62,4% medidas para no repetir errores 73% uso de procedimientos seguros 65,3% cooperación entre unidades 46,8% Prescripción y medicación: revisión de medicación 55,2% comunicación de cambios 50,6% Gerencia: demuestra importancia de SP 40% se preocupa cuando ocurre algo 31,5% satisfacción del jefe con sugerencias de SP 61,9% para evitar riesgos 52% temor a hacer preguntas 45,5% pasa por alto problemas SP 5,5% Errores: buscar causa antes que culpable 50% informe post notificación 30% notificación de errores con daño previsible 44,2% de errores antes de afectar al paciente 49,7% de errores sin daño 42,9%

Atención Primaria (AP):

Grado SP: 72,4 Atención: equitativa 86,8% eficiente 62% a tiempo 47,3%; efectiva 74,7% responde a necesidades de pacientes 68% se atiende con prisa 44,1% se da más importancia a cantidad que calidad 42,6% demasiados pacientes por profesional 58,8% Procesos: cambio evitando problemas 66,3% realizar tareas sin formación 24% formación a sanitarios 55,6% nuevos procedimientos 57,3% Errores: prevenir errores 67,7% procesos previenen fallos 68,8% uso de errores en contra 43,7% fallos evitados por casualidad 8,6% pasan por alto fallos 10% Notificación: disposición notificar 51,3% dificultad expresar desacuerdo 45,5% se hablan problemas 41,9% errores usados en contra de no sanitarios 27,4% tareas según procedimientos 56,3% Ambiente laboral: buen ambiente 74,4% ayuda de compañeros 63,8% formación personal sanitario 65,4% trabajan según protocolos 67,7% seguimiento de pacientes 72% correcto seguimiento de crónicos 56,3% promoción trabajo en equipo 64,5% evaluación de trabajo 48,4% trato respetuoso 79,6%

CONCLUSIONES

Para garantizar cultura SP, se realizaron sesiones de discusión en cada servicio.

Medir la percepción marca líneas de trabajo: prevención errores médicos, seguridad en medicación, gestión del riesgo, control de infecciones, seguridad tecnologías, gestión de recursos humanos, formación continua y comunicación con pacientes.

Es esencial cultura SP, impulsando comunicación basada en confianza, percepción de SP y relevancia de acciones preventivas.



IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA INFORMATIVA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SOBRE LA CALIDAD Y SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE

 FERNANDEZ MORENO, ALEJANDRO • BERMEJO LOPEZ, SARA • HEREDERO BLAZQUEZ, TERESA • MARTIN FREILE, CRISTINA

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Identificador: 732

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACIÓN

el derecho a la información asistencial es un derecho reconocido legalmente que contribuye a empoderar a los pacientes en la toma de decisiones. Proporcionar información veraz y adaptada a los procesos asistenciales, contribuye a mejorar la concordancia entre las expectativas previas del paciente y la atención recibida e influirá en última instancia en la satisfacción y calidad percibida por el paciente. En el contexto de las pruebas diagnósticas, un correcto proceso informativo contribuye a adecuar las expectativas; reduce la ansiedad y mejora el grado de satisfacción. Se plantea por tanto, desarrollar una estrategia informativa en base a infografías y video-formación, dirigida a pacientes de Consultas Externas (CEX) del Hospital Universitario de Fuenlabrada que van a someterse a pruebas diagnósticas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo es evaluar la efectividad de una nueva estrategia informativa dirigida a pacientes que se someterán a pruebas diagnósticas en CEX, evaluando el impacto de esta estrategia en el nivel de conocimiento sobre dichas pruebas diagnósticas y en último término el impacto en la calidad percibida y satisfacción del paciente. Este es un estudio cuasi experimental con grupo control no equivalente correspondiente a los pacientes antes de la estrategia formativa propuesta y un grupo intervención correspondiente a los pacientes tras la estrategia formativa. Se evaluará la satisfacción y la suficiencia de la información recibida por el paciente mediante una modificación del *cuestionario validado SUCE (Satisfacción en una Unidad de CEX)* antes y después de la intervención. La estrategia informativa consistirá en la creación de infografías con un código QR enlazado a un video informativo.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Se calcula un tamaño muestral mínimo de 86 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, un error de estimación del 20% y un error muestral absoluto máximo del 10%. Se espera obtener una mejora en el nivel de conocimiento, satisfacción y calidad percibida por los pacientes del estudio tras la instauración de la estrategia formativa. Se pretende constatar que políticas y estrategias de mejora de la información aportada a los pacientes pueden tener un impacto positivo, tanto en las expectativas del paciente, como en su grado de satisfacción; lo que indudablemente repercute en la calidad asistencial percibida por aquellos.



USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES INTELIGENTES EN LA GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

 GONZALEZ MARCO, MARIA DEL MAR • REVILLA ARAGON, ASCENSION • PEREZ GOMEZ, MARIA VICTORIA

 FUNDACION JIMENEZ DIAZ

Identificador: 733

Tipo de comunicación: Oral Larga

Área temática: Innovación tecnológica

JUSTIFICACION

El uso de dispositivos móviles inteligentes ha revolucionado la sociedad y la atención sanitaria. Casi el 83% de los hospitales ha implementado alguna iniciativa en la asistencia de la salud. La seguridad de los pacientes es una prioridad y una exigencia legal de las organizaciones sanitarias, resultando necesario establecer un seguimiento de la trazabilidad en los cuidados enfermeros para mantener la calidad y la transparencia en los procesos asistenciales.

El uso de teléfonos inteligentes en el ámbito hospitalario proporciona la posibilidad de realizar una gestión de cuidados a pie de cama del paciente, con acceso inmediato a la información clínica, mejorando la gestión del tiempo, la comunicación y sincronía entre profesionales.

Se han incorporado dispositivos móviles en la gestión de cuidados de los pacientes ingresados en una Unidad de Cardiología como herramienta útil para optimizar la seguridad y calidad en la gestión de cuidados del paciente, así como la disminución de los tiempos y cargas de trabajo.

OBJETIVO

Analizar el uso de dispositivos móviles en la gestión de cuidados de los pacientes ingresados en una Unidad de Cardiología

METODOLOGIA

Se implementó el uso de dispositivos móviles para la actividad asistencial de los profesionales de la plantilla de enfermería de la Unidad de Cardiología para las intervenciones:

- Administración segura de hemoderivados
- Monitorización y gestión de alarmas
- Tomas de cuidados, formularios, dietas y balances
- Confirmación de fármacos
- Confirmación de analíticas

Se ha realizado un corte observacional con muestreo por conveniencia, del uso de los dispositivos móviles en la gestión de las anteriores intervenciones en los pacientes ingresados en la unidad.

RESULTADOS

En el análisis, los profesionales de enfermería utilizaron habitualmente los dispositivos para la administración de hemoderivados, la monitorización de telemetría y gestión de alarmas.

Los TCAE realizaron más uso del teléfono inteligente (Casiopea Mobility) que las enfermeras para el registro de cuidados y balance.

CONCLUSIONES

El uso del dispositivo móvil es elevado en la enfermería para la monitorización con telemetría, gestión de alarmas y administración de hemoderivados, permitiendo la identificación activa, toma de decisiones informadas con ajuste inmediato del tratamiento y cuidados según la evolución del paciente.

Es necesario impulsar en la enfermería un mayor uso de los dispositivos móviles en las otras intervenciones para favorecer la continuidad en la gestión de cuidados, dedicando más tiempo a la atención centrada en el paciente.

El uso de dispositivos móviles mejoró la atención integral y la seguridad del paciente, facilitando la comunicación interprofesional.

